

ОДНОЭТАПНАЯ МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ КРУПНЫХ СЕПТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Ладутько Д.Ю.¹, Пекарь А.В.¹, Барьяш А.В.^{1,2}, Губичева А.В.¹,
Козека М.В.¹, Федоров К.А.¹, Литвинчик А.А.¹, Скакун П.В.^{1,2},
Лаутько Ю.Н.², Подгайский В.Н.²*

¹*Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и
гематологии, г. Минск, Республика Беларусь*

²*Белорусская медицинская академия последипломного образования,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. В структуре заболеваний опорно-двигательного аппарата хронический остеомиелит составляет 10-25%. Тяжелый воспалительный процесс приводит к серьезным нарушениям структуры и регенеративных возможностей костной ткани. Замещение на этом фоне крупных дефектов длинных трубчатых костей (КДДТК) представляется сложной задачей, при этом рецидивы остеомиелита отмечаются у 20-30% пациентов, что в некоторых случаях приводит к ампутации конечности.

Цель. Изучение эффективности одноэтапной микрохирургической реконструкции инфицированных крупных дефектов длинных трубчатых костей.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 51 пациент с крупными дефектами длинных трубчатых костей. В первую группу вошли 30 пациентов с асептическими КДДТК верхних и нижних конечностей. Во вторую группу вошли 21 пациент с инфицированными КДДТК. Группы были однородны по возрастному и половому составу, сопутствующей патологии и размеру дефекта. В обеих группах пациентам проводилась одноэтапная реконструкция костных дефектов васкуляризированным костным трансплантатом.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде в обеих группах отмечались осложнения, характерные для васкуляризированной пересадки комплексов тканей. Количество ранних послеоперационных осложнений на одного пациента не было статистически значимо и составило 0,13 и 0,14 соответственно в первой и второй группах пациентов. Ни одного случая острого инфекционного процесса в раннем послеоперационном периоде мы не наблюдали в обеих группах пациентов.

В позднем послеоперационном периоде (более 30 дней) количество осложнений на одного пациента во второй группе было значимо выше, чем в первой (соответственно 0,52 и 0,23). Во второй группе преобладали основные виды осложнений: замедленное сращение (4 случая), стрессовые переломы трансплантата (2 случая), рецидив хронического остеомиелита (2 случая). Частота встречаемости характерных для данного метода лечения осложнений (стрессовые переломы малоберцового трансплантата и

замедленная консолидация концов трансплантата с реципиентной костью) не имели статистически значимого различия в сравниваемых группах. Несмотря на то, что поздние осложнения в виде рецидива хронического остеомиелита не имели статистически значимую разницу в относительных частотах осложнений, они предопределили все неудовлетворительные результаты лечения у пациентов второй группы. Причиной рецидива инфекционного процесса в обоих случаях явилась нерадикальная хирургическая обработка очага инфекционного поражения большеберцовой кости. Во всех остальных случаях, когда проводилась расширенная сегментарная резекция костей в пределах здоровой ткани рецидива глубокого инфекционного процесса не наблюдалось.

Средние сроки сращения трансплантата с реципиентным ложем и средняя скорость гипертрофии трансплантата не имели статистически значимого отличия в обеих группах.

Выводы. Таким образом, не выявлено статистически значимой разницы в сроках сращения и скорости гипертрофии трансплантата в сравниваемых группах пациентов. Однако ВКП при септических дефектах приводит к увеличению относительных частот поздних послеоперационных осложнений и основной причиной неудовлетворительных исходов лечения пациента являлся рецидив хронического остеомиелита после проведенной нерадикальной санации костного ложа по общепринятой методике (9,5%). Сравнивая исходы лечения пациентов, можно отметить снижение количества отличных исходов и роста удовлетворительных и неудовлетворительных в группе пациентов с инфицированными костными дефектами.