

ПРИМЕНЕНИЕ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

*Линник С.А., Афиногенов Г.Е., Афиногенова А.Г., Карагезов Г., Коршунов
Д.Ю., Кучеев И.О., Цололо Я.Б., Кондратьев И.П., Поликарпов А.В.*

ФГБОУВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И.
Мечникова МЗ РФ», Санкт-Петербург, Россия.

Актуальность. В общей структуре заболеваний опорно-двигательного аппарата, хронический остеомиелит составляет 12-25% Многочисленные

публикации, касающиеся изучения микробного спектра в остеомиелитической полости, свидетельствуют о преобладании в структуре возбудителей стафилококков (в том числе MRSA) в пределах 32–60%, так же отмечается увеличение числа грамотрицательных возбудителей, а также их ассоциаций.

В настоящее время в связи с эволюцией, появлением антибиотико-резистентных штаммов микроорганизмов и изменением резистентности человеческого организма к ней, отмечается увеличение числа неудачных исходов лечения инфекции. По-прежнему сохраняется высокой частота рецидивов хронического остеомиелита после оперативных методов его лечения и колеблется от 9% до 56%.

Хирургия хронического остеомиелита – это пластическо-восстановительная хирургия, так как после радикальной хирургической обработки гнойного очага осуществляется пластика остеомиелитической полости.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с хроническим остеомиелитом путем применения антимикробных и остеоиндуктивных композиций пролонгированного действия.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 130 пациентов в возрасте от 28 до 59 лет с хроническим остеомиелитом. Всем больным применялись клинические, лабораторные (гематологические), лучевые (обзорная рентгенография, КТ), микробиологические методы исследования.

Радикальная хирургическая обработка очага целью которой является иссечение и удаление всех патологических тканей, инородных тел, включая медицинские. Доступ к инфекционному очагу должен позволять возможность удаления нежизнеспособных тканей и выполнить второй этап операции – заполнение остеомиелитической полости. При выполнении этого этапа следует применять лазерный скальпель, ультразвуковую кавитацию и тщательное промывание операционной раны с использованием пульс-лаважа.

Важнейшим этапом операции является заполнение костной полости. Это достигается в зависимости от состояния окружающих мягких тканей и консолидации костных отломков. Применение кровоснабжаемых биологических тканей является приоритетным.

Костная пластика с применением остеозамещающих препаратов нередко приводит к их отторжению и рецидиву заболевания. Поэтому разработка композиций с костной пластикой с целенаправленным антибактериальным действием и обладающих остеиндуктивными свойствами является актуальным.

В зависимости от характера пластического материала, применяемого для заполнения остеомиелитической полости, больные разделены на 2 группы. В первую группу вошли 55 больных, которым остеомиелитическую полость заполняли костными аутоотрансплантатами по традиционной методике. Больным второй группы осуществляли замещение полости, предложенной антибактериальной и остеиндуктивной композицией (костная аутопластика, антибиотики широкого спектра действия- Полимиксин В, Ванкомицин и гель

гиалуроновой кислоты). В послеоперационном периоде больные обеих групп получали курс антибактериальной терапии

Результаты. Результаты лечения оценивали непосредственно в раннем послеоперационном периоде с учетом характера заживления ран и клиникогематологических показателей. Оценка результатов «Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья» ВОЗ (2001) показала, что в обеих группах через 1 и 3 года результаты лечения больных оказались почти аналогичными результатам, полученным по функциональной шкале. Хорошие результаты 88,9 % получены у пациентов, которым применялась костная пластика с применением высокомолекулярной гиалуроновой кислоты и антибиотиков полипептидной группы, что на 4,1 % больше чем пациентов, которым применялась стандартная костная аутопластика. Напротив, неудовлетворительных результатов в этот же срок в группе 2 оказалось на 3,1% меньше, чем в 1 группе, что статистически значимо ($p < 0,05$). Аналогичные показатели получены и через 3 года в группе 2 на 3,5% меньше, чем в группе 1.

Выводы. При наличии грамм- и микробных ассоциаций разработан способ замещения остеомиелитических костных полостей композицией, состоящей из высокомолекулярной гиалуроновой кислоты и антибиотиков пептидной группы (Полимиксин В, Ванкомицин)

Костная аутопластика с применением предложенной композиции на основе высокомолекулярной гиалуроновой кислоты позволяет улучшить результаты лечения на 4,1 % и уменьшить число неудовлетворительных результатов на 2,2 % через 1 и 3 года по сравнению с группой где применялась костная пластика без указанной композиции.

Путиами улучшения результатов лечения пациентов с хроническим остеомиелитом являются: тщательный отбор пациентов для проведения оперативного вмешательства с учетом данных бактериального исследования для определения тактики лечения и выбора способа замещения остеомиелитической полости.