

ISSN 1684-9280

Травматология
ЖӘНЕ
Ортопедия

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЛАППАНА В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ

Н.Б. ОРЛОВСКИЙ, М.Н. ОРЛОВСКИЙ

Казахская государственная медицинская академия

Одной из проблем травматологии и ортопедии имеет место лечение ложных суставов и несросшихся переломов. Имеющиеся в арсенале ортопедов методы лечения данной патологии (костная пластика, компрессионно-дистракционный остеосинтез, декортикация, стимуляция по Беку т др.), а также всевозможные методы стимуляции костной регенерации не всегда приводят к желаемым результатам. Несращение ложных суставов и несросшихся переломов, особенно с дефектами костной ткани в зоне перелома, по данным различных авторов составляют от 15% до 45% случаев, что зачастую предполагает повторные оперативные вмешательства.

В связи с этим существует необходимость поиска методов способствующих сращению ложных суставов и несросшихся переломов.

Цель исследования. Определить влияние гидроксиапатита колаппана на регенерацию костной ткани при ложных суставах и несросшихся переломах.

Материал и методы. Оперативное лечение с использованием колаппана применено у 24 больных. Возраст пациентов составил от 35 до 50 лет. Мужчин было 19 человек, женщин - 5. Ложный сустав наблюдался в 13 случаях (ложный сустав бедра 3 случая, ложный сустав голденги-5 случаев ложный сустав костей предплечья-3 случая, ложный сустав плечевой кости-1 случай). Несросшиеся переломы имели место в 11 случаях: у 9 больных с локализацией перелома в области голени и у 2 в нижней трети бедра. При этом следует отметить, что несросшиеся переломы чаще отмечались у больных после открытых переломов, преимущественно переломов голени в средней трети, с дефектом кости (так называемые «бампер-переломы»). Ложные суставы и несросшиеся переломы с дефектом костной ткани наблюдались в 6 случаях. Дефект кости составлял от 0,5 до 2 см.

Из 24 больных, ранее лечились оперативным путем 19 пациентов (костная аутопластика с накостным остеосинтезом - 8 больных, аппаратное лечение - 7 больных). Аппаратный остеосинтез использовался преимущественно при переломах голени. Остальные

больные лечились гипсовыми повязками. Некоторым больным предпринято от 2 до 5 оперативных вмешательств. В 87% случаев на рентгенограммах отмечалась картина гипертрофического ложного сустава, в 13% случаев имел место склероз концов отломков с формированием атрофического ложного сустава (переломы голени с дефектом костной ткани). Клиника характеризовалась болями, в 16 случаях тугой подвижностью. Во всех случаях имела деформация, чаще в виде варусного отклонения оси конечности (72%), а в ряде случаев (28%) сочетание варусной деформации с рекурвацией. Все больные пользовались дополнительной опорой.

Оперативное лечение предпринято во всех случаях. При лечении ложных суставов объем оперативного вмешательства заключался в декортикации с последующей поднадкостничной или интракостальной имплантацией колаппана и остеосинтезом. При дефектах костной ткани (дефекты которые возникли вследствие удаления осколков при первичной хирургической обработке ран при открытых переломах или были «потеряны» во время травмы), кроме перечисленных манипуляций, дефекты заполнялись колаппаном. Количество колаппана определялось размером дефекта и составляло от 5 до 20 грамм. Раны ушивались наглухо. Фиксация осуществлялась в 8 случаях накостными фиксаторами, в 13 случаях аппаратами внешней фиксации и в 3 случаях выполнен билоскелетный остеосинтез с целью одновременного удлинения сегмента.

Результаты и обсуждение. Контроль регенерации костной ткани в послеоперационном периоде осуществлялся рентгенологическим методом и денситометрическим исследованием.

При рентгенологическом и денситометрическом контроле образование костной мозоли с применением колаппана происходило постепенно, без характерной для перестройки трансплантатов картины. В первые 3-4 недели отмечалось быстрое формирование «облачка» мозоли вокруг патологического очага. Однако в последующие 2-3 месяца этот процесс как бы

замедлялся, не проявляя активности. Далее в течение 1,5-2 месяцев процесс формирования костной мозоли проходил более активно и завершался на 3-5 недель позже обычных сроков сращения характерных для каждого сегмента. Плотность образующейся костной ткани нарастала постепенно и соответствовала или была близка к показателям здорового сегмента к моменту появления рентгенологической картины сращения. При этом было отмечено, что активность формирования костной мозоли в участках с поднадкостничной имплантацией колаппана протекала медленнее, чем в участках, где имплантация производилась с декортикацией. В двух случаях после поднадкостничной имплантации колаппана сращения не наступило, в связи с чем, были выполнены повторные опе-

рации с декортикацией и интракортикальной имплантацией колаппана. Через 6 месяцев наступило сращение ложных суставов. Помимо этого было отмечено, что чем тщательней производилось «освежение» ложа ложного сустава или несросшегося перелома, чем бережней было отношение к окружающим тканям, тем лучше протекал процесс регенерации.

Таким образом, в сочетании с традиционными методами лечения ложных суставов и несросшихся переломов, использованный нами остеогенный материал гидроксиапатит колаппан позволил улучшить результаты хирургического лечения сложной категории пациентов с нарушением репаративных процессов в костной ране.