

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПСЕВДОАРТРОЗАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

Ложные суставы при переломах костей являются одним из наиболее частых и серьезных осложнений, приводящих к инвалидности от травм опорно-двигательного аппарата из-за отсутствия достоверных методов диагностики. Нами изучено 754 больных с несросшимися переломами и ложными суставами костей опорно-двигательного аппарата: ключица – 38 (5,0%), плечо – 67 (8,9%), предплечье – 140 (18,6%), кости кисти – 28 (3,7%), бедро – 175 (23,2%), голень – 306 (40,6%). На наш взгляд, главным при выборе способа лечения, является диагностика состояние кровоснабжения в зоне несращения, то есть вида псевдоартроза. Проведено исследование предложенным нами способом, а также световая и электронная микроскопия, позволившие систематизировать выявленные признаки, и выделить три основных вида несращения: гипертрофический, атрофический и нормотрофический, с характерными для каждого из них признаками. Гипертрофический псевдоартроз: гиперемия и цианоз тканей, тугоподвижность, неполное нарушение функции; рентгенологические – гиперплазия кости, наличие замыкательных пластинок, склероз отломков, сохранность регенераторного процесса; флебографические – центральный венозный канал извит, хорошее периостальное кровообращение, сохранены в/костные сосуды, протяженность склероза менее 5 мм; световая микроскопия – частое расположение капилляров, поверхность костных отломков покрыта гиалиновым хрящем с высокодифференцированными хондроцитами, митотически делящиеся и гипертрофические клетки, широкая зона кальцификации; электронная микроскопия – в эндотелиоцитах увеличение численной плотности митохондрий, увеличение объемной плотности эндоплазматического ретикулула и численной плотности прикрепленных рибосом. Высокая концентрация в фибробластах всех цитоплазматических органоидов. Характерные признаки для атрофического псевдоартроза: клинические – атрофия тканей, бледность, цианоз, патологическая подвижность, нарушение опорной функ-

ции; рентгенологические – атрофия кости с заострением отломков, замыкательные пластинки, остеопороз с остеонекрозом, угнетение репаративного процесса; флебографические – выраженные изменения центрального венозного канала, симптом «контрастного озера», симптом «мраморного рисунка», симптом «ампутации вен», бессосудистая зона и склероз более 10мм; световая микроскопия – слабая васкуляризация, фибротизирование капсулы сустава с зонами некроза, малодифференцированные хондроциты, пенетрация сосудов отсутствует; электронная микроскопия – снижение концентрации митохондрий, уменьшение плотности свободных рибосом. Уменьшение микропиноцитозных везикул и увеличение лизосом, низкая концентрация в фибробластах цитоплазматических органоидов. Нами выделен третий вид несращения с проявлениями, носящими промежуточный характер между гипертрофическим и атрофическим, определяющий выбор метода операции – нормотрофический. Характер оперативных вмешательств определялся в зависимости от вида несращения. Для гипертрофического ложного сустава показан компрессионно-дистракционный остеосинтез с остеопериостальной декортацией и без нее, а для атрофического – освежение фрагментов ложного сустава в пределах поражения с обязательной костной аутопластикой. Для больных с нормотрофическим ложным суставом выбор операции склонялся в сторону выявленных репаративных нарушений. Сравнительные результаты значительно отличались друг от друга. Так, в исследуемой группе, где способ оперативного лечения планировался в зависимости от характера репаративных нарушений, из общего числа (377) больных неудовлетворительные результаты наблюдались у 8, а в контрольной группе (377) плохих исходов было 50. Главным в лечении ложных суставов является не самый эффективный способ лечения, а подобранный соответственно диагностики состояния репаративных нарушений в зоне несращения, то есть выявленного вида псевдоартроза.