

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОНАННЯ КІСТКОВОЇ ПЛАСТИКИ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

За даними літератури світі та в Україні відслідковується тенденція до зростання чисельності високоенергетичної травми та випадків порушення репаративної регенерації переломів. Важливою складовою лікування даної групи пацієнтів є кісткова пластика. На сьогодні в практиці ортопедів травматологів зберігаються різні підходи до вибору способів кісткової пластики, хоча «золотим стандартом» залишається пластика аутологічною спонгіозою.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Визначити оптимальні параметри пластичного матеріалу для виконання кісткової пластики в клінічній практиці, розглянути переваги та недоліки різних її видів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 34 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в період з 2013 по 2016 рр. Одним з етапів оперативних втручань даної вибірки пацієнтів було виконання кісткової пластики, де в ролі пластичного матеріалу виступали: аутоспонгіоза з крила тазу, аутоспонгіоза з проксимального відділу великогомілкової кістки, ксеногенний матеріал «Тутопласт» в вигляді блоків та гранул.

Необхідність кісткової пластики виникала при лікуванні багатофрагментарних переломів проксимального епіметафізу великогомілкової кістки, порушенні репаративної остеорегенерації діафізарних переломів, рефрактурах, застарілих переломах. В значній більшості випадків (30 хворих) відмічалась необхідність пластичного матеріалу в фракції 3-6 мм та загальному об'ємі 3-4 см³. Даним вимогам відповідає аутоспонгіоз-

на кісткова тканина та ксено-кістка в гранулах або в блоках попередньо подрібнена до потрібного розміру. Варто відмітити, що остеоіндуктивні властивості аутоспонгіозного матеріалу з крила тазу більш виражені ніж з великогомілкової кістки. Ксеногенний матеріал бичачої кістки по своїй природі не має остеоіндуктивних властивостей, але на відміну від аутологічного матеріалу не обмежений за доступним об'ємом. Спонгіозний аутоотрансплантат проявляє виражену остеоіндукцію за рахунок клітин ендосту, стовбурових мезенхімальних клітин червоного кісткового мозку, факторів росту та остеокондукцію за рахунок природньої будови трабекул, що навіть без перебудови є функціональною структурою. Недоліками при використанні аутологічної спонгіози в дослідній групі пацієнтів відмічено: необхідність виконання додаткового операційного доступу в межах 5-7 см, що в свою чергу продовжує час оперативного втручання до 30 хв та збільшує загальний травматизм оперативного втручання.

ВИСНОВКИ

Таким чином, найчастіше виникає потреба в пластичному матеріалі фракції 3-6 мм та порівняно незначного об'єму 3-4 см³. Остеоіндуктивні та остеоіндуктивні властивості в більшій мірі притаманні спонгіозному алотрансплантату з крила тазу. Недоліками використання якого є продовження часу оперативного втручання та збільшення операційної травми. За нашим спостереженням має віддаватись перевага використанню спонгіозного аутоотрансплантату з крила тазу, але перспективним залишається подальший пошук методик менш травматичного і швидшого забору пластичного матеріалу.