

Пацієнти з МС належать до групи високого ризику розвитку серцево-судинних захворювань, тромбозів та тромбоемболій. Це потребує проведення протитромботичної профілактики, в тому числі протягом пре - та післяопераційного періоду, що дозволить запобігти розвитку тромботичних ускладнень у пацієнтів МС.

Key words: metabolic syndrome, thrombotic complications, antiphospholipid syndrome, genetic thrombophilia.

Ключевые слова: метаболический синдром, тромботические осложнения, антифосфолипидный синдром, генетическая тромбофилия

Ключові слова: метаболічний синдром, тромботичні ускладнення, антифосфоліпідний синдром, генетична тромбофілія

УДК 616.717/.718-001.5-089

А. И. Корольков, П. М. Рахман, Г. В. Кикош

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ИЛИ НЕСРАЩЕНИЙ ДИСТРАКЦИОННОГО РЕГЕНЕРАТА БЕДРА И ГОЛЕНИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

COMPARATIVE ANALYSIS OF CONSERVATIVE AND SURGICAL TREATMENT OF FRACTURES OR NONUNION OF DISTRACTION REGENERATE THE FEMUR AND TIBIA IN YOUNG PATIENTS

ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М. И. Ситенко НАМН Украины», г. Харьков

Вступление. Одним из серьезных осложнений при удлинении бедра и голени у подростков и молодых пациентов является замедленное формирование дистракционного регенерата или его несращение, а также переломы на уровне сформированной костной мозоли, которые по данным разных авторов встречаются от 3 до 21%. В случае возникновения такой патологии, перед врачом возникает целый ряд задач (иногда взаимоисключающих), которые необходимо решать в максимально сжатые сроки:

- обеспечение условий для сращения кости при сохранении правильных осевых взаимоотношений сегмента и конечности в целом;
- возможно более ранняя активизация пациента и восстановление движений в смежных суставах;
- оптимизация процессов регенерации различными консервативными и хирургическими способами, а также предупреждение развития осложнений.

Цель работы: представить сравнительный анализ эффективности лечения переломов или несращений дистракционного регенерата бедра и голени у пациентов молодого возраста.

Материал и методы: Исследованы 2 клинические группы больных, в возрасте 12-22 лет идентичные по полу, возрасту, типу патологии и виду первичного хирургического вмешательства. Критерием включения в данное исследование являлось то, что у всех больных в процессе лечения отмечался перелом или несращение дистракционного регенерата бедра или голени. В 1-ю гр. включены 15 больных, которые находились в ГУ «ИППС им. проф. М.И.Ситенко НАМН Украины» с укорочением бедра и голени и им был выполнен дистракционный остеосинтез аппаратами внешней фиксации (АВФ) с целью элонгации соответствующих сегментов. В связи с

помощи больным этой группы были выполнены вмешательства с применением различных металлоконструкций. Во 2-ю гр. включены 9 больных, находившихся на лечении по поводу патологии, аналогичной 1-й гр., однако для лечения возникшего осложнения (перелома или несращения дистракционного регенерата) применялись методики консервативного лечения без имплантации металлоконструкций.

Пациенты были обследованы согласно общепринятым требованиям, а оценка эффективности лечения в отдаленном периоде проводилась по таким критериям: сроки консолидации; длительность стационарного лечения; стоимость лечения; наличие гнойно-септических и других осложнений.

Результаты и их обсуждение. В 1-й гр. применялись два вида металлоостеосинтеза: накостный - пластинами с угловой стабильностью, или внутрикостный блокирующий. При оценке результатов лечения 1-я гр. была разделена на две подгруппы: в одной из них (7 больных) сращение кости и последующая реабилитация происходила в стандартные сроки и без осложнений; во второй подгруппе (8 больных) отмечались различные осложнения, повлиявшие на конечный результат лечения. Так, замедленное формирование регенерата отмечалось в 7 случаях, что обуславливало ограничение нагрузки на конечность, необходимость проведения длительной консервативной терапии (местно – физиотерапия, медикаментозное (остеотропное и хондропротекторное) и санаторно-курортное лечение). Также следует отметить, что в 7 из 8 вышеупомянутых случаев на разных этапах лечения возникла необходимость в дополнительных вмешательствах: выполнение костной ауто- или аллопластики (5 случаев, замена метода фиксации на внеочаговый остеосинтез – 3 случая. Отдельной проблемой у больных этой группы являлось восстановление объема движений в суставах нижней конечности, что вызывало необходимость в проведении систематической механотерапии, ЛФК, разработки движений и массажа. У 11 больных этой группы объем движений в смежных суставах так и не удалось восстановить до дооперационного уровня. У 2 больных сращение фрагментов костей так и не было достигнуто из-за хронического воспалительного процесса в области регенерата, их лечение продолжается.

Во 2-й гр. после демонтажа АФВ, при сохранении правильных осевых взаимоотношений сегмента конечности, выполнялась иммобилизация гипсовой повязкой – 4 случая (в зависимости от локализации – гонитная или функциональная повязка "сапожек" с моделировкой на мышелки большеберцовой кости), или фиксация с использованием повязок на основе материала scotch-cast - 3 случая, а также – в индивидуально изготовленном ортезе из полимерных материалов – 2 случая. Кроме этого, перед наложением повязки в 5 случаях выполнялась стимуляция остеорегенерации сверлением по Беку, а также введением плазмы обогащенной тромбоцитами в область замедленной консолидации регенерата (в 4 случаях). Обязательным условием лечения в этой группе больных являлась постоянная и регулярная дозированная осевая нагрузка на пораженную нижнюю конечность (ходьба в повязке или туторе-ортезе), что служило биомеханическим фактором, стимулирующим сращение. Сращение фрагментов костей во 2-й группе достигнуто во всех случаях в сроки от 1,5 до 2,5 мес., однако общий срок последующей реабилитации занимал от 2 до 6 месяцев, из-за восстановления объема движений в суставах. Проведенное сравнение стоимости лечения показало, что в 1-й гр. она в 10-15 раз (!) превышала таковую во 2-й гр.

Заключение. Таким образом, при планировании и проведении лечебных мероприятий в случаях переломов или несращений костного регенерата бедра или голени у пациентов молодого возраста необходимо учитывать значительные риски в плане развития осложнений и при сохранении правильных осевых взаимоотношений сегмента конечности необходимо отдавать предпочтение методам консервативного ведения таких больных.

Key words: fractures or nonunion of distraction regenerate the femur and tibia, conservative and surgical treatment

Ключові слова: переломи або незрощення дистракційного регенерату стегна та гомілки, консервативне і хірургічне лікування

Ключевые слова: переломы или несращения дистракционного регенерата бедра и голени, консервативное и хирургическое лечение