

УДК 616.718.5/6-001.5-08(043.3)

**КОМПЛЕКСНА РЕКОНСТРУКЦІЯ У ХВОРОГО З НЕЗРОЩЕННЯМ
ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ**

А.К. Рушай, доктор медичних наук, професор, професор кафедри хірургії, анестезіології та інтенсивної терапії післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

О.Р. Бебих, лікар травматологічного відділення Київської міської клінічної лікарні №1

Н.О. Борзих, кандидат медичних наук, докторант ДУ «Інститут травматології та ортопедії» НАМН України

Резюме. У роботі наведені результати комплексного лікування незрошення кісток гомілки з високому ризиком отримання негативного результату (за шкалою Non-Union Scoring System NUSS - 84 бали). Пластика незрошення проводилася з використанням остеокондуктивних і остеоіндуктивних матеріалів, поліпшення васкуляризації зони незрошення, жорсткої малотравматичної фіксації апаратом Ілізарова. Результат лікування хворого був оцінений за шкалою Любошица-Маттіса-Шварцберг і відповідає гарному результату.

Ключові слова: незрошення великогомілкової кістки, комплексне лікування.

Вступ. Лікування незрошення великогомілкової кістки являє собою медичну і соціальну проблему. Існує оціночна система незрошення Non-Union Scoring System (NUSS), запропонована Calori G.M. et al., 2007. Вона є найбільш визнаною і широко використовується дослідниками в даний час. З ростом кількості балів збільшуються вимоги до складності реконструкції кінцівки в кожному клінічному випадку. Кількість балів більше 75 є підставою для розгляду питання про проведення ампутації, ймовірність відновлення кінцівки як органу вкрай сумнівна [3,4,5,6]. Результати такого лікування наведені в даному спостереженні.

Мета роботи - сформулювати, застосувати на практиці та оцінити ефективність складного багатоетапного комплексного реконструктивного лікування хворого з незрошенням великогомілкової кістки з високим ризиком розвитку ускладнень і низькою ймовірністю отримання доброго результату.

Завдання. Визначити принципи реконструкції незрошення кісток гомілки з низькою ймовірністю отримання хорошого результату.

Використовувати принцип «діамантового стандарту», етапність реконструкцій.

Оцінити результати за шкалою Любошица - Маттіса – Шварцберга (1985).

Матеріали і методи дослідження. Хворий Л., поступив у відділення травматології через 4 місяці після відкритого осколкового перелому кісток лівої гомілки. Травма автодорожня – гомілка була травмована між бамперами легкових автомобілів. При надходженні накладався кільцевої апарат Ілізарова, проводилася багаторазова обробка перелому (рис. 1).

На момент госпіталізації стан хворого середньої важкості. Кількість лейкоцитів 12×10^9 , ШОЕ - 24 мм/год. В інших аналізах, з боку внутрішніх органів патології не виявлено.

Відмічаються набряк гомілки, відламки фіксовані апаратом. Фіксація нестабільна. На передньо-внутрішній поверхні рана 10x24 см, з виділеннями гнійного характеру, у великій кількості. Дном рани є некротизована кістка. Периферична пульсація знижена, рухи пальців і стопи обмежені. Хворий курить. Тривало приймав нестероїдні протизапальні препарати з знеболюючим ефектом.

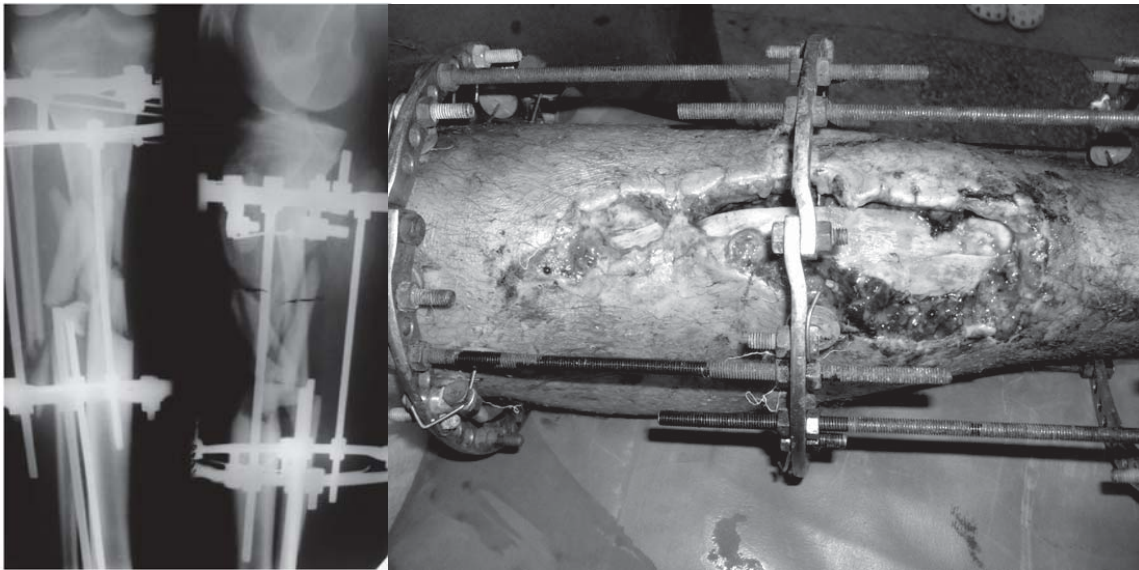


Рис. 1. Рентгенограми і зовнішній вигляд лівої гомілки при госпіталізації

При оцінці предикторів за шкалою незрощення Non-Union Scoring System (NUSS) – 84 бали – клінічний випадок віднесений до групи з вимогою проведення комплексної складної багатоетапної реконструкції (група 75 -100 балів). Автори вважають, що пацієнти з балами вище 75 можуть бути кандидатами для розгляду питання про проведення ампутації, ймовірність відновлення кінцівки як органу – вкрай сумнівна [5,6].

Комплексне реконструктивне лікування на першому етапі полягало в наступному: була проведена субтотальна сегментарна резекція великогомілкової кістки в межах здорових тканин. В дефект, що утворився, транспонована малоомілкова васкуляризована кістка, яка фіксована інтрамедулярним тонким стержнем і апаратом зовнішньої фіксації. М'якотканий дефект пласцірован вільним васкуляризованим торакодорзальним клаптем мікрохірургами (рис.2).

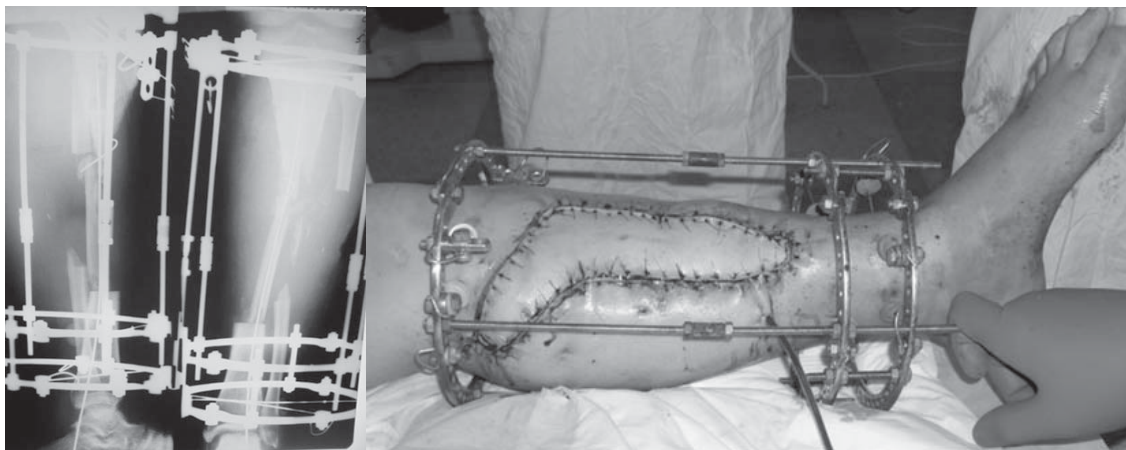


Рис.2. Рентгенограми і зовнішній вигляд гомілки після операції

З метою профілактики незрощення проведено операційне втручання з усунення зсувів і синостозування великогомілкової і малоомілкової кісток на 2 рівнях, з використанням ауто трансплантації з крил

клубових кісток, коллапана, PRP плазми і гемостатичнорї губки. Мультиmodalьне знеболювання полягало в проведенні спинномозкової анестезії, дексалгіну і інфлугана. В післяопераційному періоді призначалися

розчини глюкози з вітамінами, берлітрон, аміносол, пентоксифілін, низькомолекулярний гепарин – цибор. Демонтаж апарату проведено через 7 місяців, ще 2 місяці гомілку фіксувалася

пластиковим татором. Лікувальна та фізіотерапія проводилися з першого тижня після операції. Через 1,5 року отримано хороший результат (рис. 3).



Рис.3. Рентгенограми і зовнішній вигляд гомілки після лікування

Хворий ходить без тростини, вкорочення до 4 см коригується ортопедичним взуттям. У колінному суглобі руху в повному обсязі, контрактура гомілковостопного суглоба. Від подовження по Ілізарову пацієнт утримується.

Результати дослідження та їх обговорення. Незрощення великогомілкової кістки з високим ризиком розвитку ускладнень і з низькою ймовірністю досягнення позитивних результатів лікування (за шкалою Non-Union Scoring System (NUSS) – 84 бали) вимагав складної реконструкції з використанням сучасних підходів і методів. Радикальна обробка вогнища (сегментарна резекція ураженої великогомілкової кістки в межах здорових тканин) була ефективною лише у варіанті одночасної пластики дефекту малоюмілковою кісткою і пластики м'якотканного дефекту торакодорзальним клаптом і фіксації апаратом Ілізарова. Проводилися і етапні втручання з використанням принципів «діамантового стандарту» [6, 7]. Жорстка фіксація уламків поєднувалася з використанням

остеокондуктивних і остеоіндуктивних матеріалів, поліпшення васкуляризації зони незрощення. Пластика васкуляризованим м'якотканним клаптом поліпшила кровообіг зони ураження. Медикаментозна терапія, спрямована на поліпшення кровообігу і корекцію обмінних порушень, забезпечення необхідним пластичним матеріалом, хоча вона і була не провідною, але створила додаткові можливості для реалізації поставленої мети.

Отримані результати задовольняють хворого. Оцінка за шкалою Любошица-Маттіса-Шварцберг [1,2] відповідає гарному результату.

Висновки

Пластика незрощення переломів проводилась з використанням остеокондуктивних і остеоіндуктивних матеріалів, додаткова васкуляризація малоюмілкового трансплантату із жорсткою малотравматичною фіксацією апаратом Ілізарова дозволило отримати добрий результат лікування за шкалою Любошица-Маттіса-Шварцберга.

Література

1. Маттис, Э.Р. Система оценки исходов переломов костей опорно-двигательного аппарата и их последствий: Автореф. дис. д-ра мед. наук. - 1985 - 30 с.
2. Шварцберг И.В. Методика оценки результатов лечения переломов длинных трубчатых костей / Шварцберг И.В., Любошиц И.А. // Ортопед., травматол. — 1980. №3. - С. 52-55.
3. Calori G.M. Enhancement of fracture healing with the diamond concept: the role of the biological chamber/ Calori GM, Giannoudis P.V. // Injury – 2011 - №42 - p.1191–1193
4. Calori G.M. Monotherapy vs polytherapy in the treatment of forearm non-unions and bone defects. /Calori G.M., Colombo M., Mazza E.// Injury – 2013 - №44 -S.1 -p.63–69.
5. Calori G.M. Risk factors contributing to fracture non-unions./ Calori G.M., Albisetti W., Agus A.// Injury -2007- №38 - S.2 - p.1–18.
6. Moghaddam A, Ermisch C., Schmidmaier G. Non-Union Current Treatment Concept/ Moghaddam A, Ermisch C., Schmidmaier G.//Shafa Ortho J. - 2016 - February - 3(1) - p45 - 46.
7. Staged Procedures after Failing Ring Fixators of Lower Limb? /Kornah B.A., Safwat H.M., Sultan A.M., Abdel-Al M.A // J Trauma Treat - 2016 -5 -p. 337 - 339. doi: 10.4172/2167-1222.1000337

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Заруцький Я.Л.

УДК 616.12-008.331.1

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

І. М. Ткачук, кандидат медичних наук, доцент кафедри військової загальної практики - сімейної медицини Української військово-медичної академії

Резюме. У військовослужбовців-учасників антитерористичної операції, які хворіють на артеріальну гіпертензію виявлено значну поширеність факторів ризику серцево-судинних захворювань та хибних звичок, низьку прихильність до лікування, що вимагає індивідуального підходу щодо модифікації всіх потенційних чинників ризику та обумовлює розробку комплексних ефективних лікувально-профілактичних стратегій.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, військовослужбовці, військовослужбовці-учасники антитерористичної операції, фактори ризику серцево-судинних захворювань.

Вступ. В Збройних Силах України хвороби системи кровообігу (ХСК), протягом багатьох років посідають лідируючі позиції в структурі захворюваності, працевтрат, смертності та звільнень військовослужбовців за медичними показами в мирний час [2].

Дослідження, що проводились на основі даних статистичної звітності за 1994–2012 рр. (Волик О. М., 2001; Волянський О. М., 2007; Огороднійчук І. В., 2007; Камалов Р. Х. з співавт., 2011; Діденко Л. В. з співавт., 2011; Чорна Л. М., Устінова Л. А., 2013; Чорна Л. М. з співавт., 2015; Буженко А.І. з співавт., 2016), виявили: у військовослужбовців різного контингенту в структурі захворюваності на ХСК, структурі

госпіталізацій та непридатності до військової служби - перше місце займала артеріальна (АГ). При цьому зазначалось, що показники мали тенденцію до збільшення [1-5, 15, 20, 21]. Професійна діяльність військовослужбовців є джерелом психоемоційного перенавантаження, особливо в зоні проведення бойових дій, що сприяє розвитку хронічного стресу та негативно впливає на стан здоров'я, сприяє розвитку та прогресуванню психосоматичних захворювань, до яких належить і АГ [7, 8, 11, 17, 19]. Все це обумовлює необхідність дослідження особливостей клінічного перебігу АГ у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції (АТО) задля