

зоны, перекрывают величину костного дефекта на 7-10 см, обеспечивают стабильное удержание отломков специально изготовленными металлическими пластинами, фиксация которых предусматривает проведение винтов через трансплантаты. Такая методика позволяет в послеоперационном периоде отказаться от применения внешней иммобилизации и приступить к раннему восстановлению функции конечности.

! Самоизлечение после перелома на фоне костной кисты в единичных случаях наблюдали зарубежные ортопеды и на этом основании в качестве лечения проводили ортопедическое пособие (иммобилизацию конечности с последующей разгрузкой).

J.M. Farber и R.P. Stanton (1990) представили данные о самостоятельном разрешении солитарных костных кист в каждом четвертом случае патологического перелома. Консервативное лечение зависело от возраста пациента, локализации и типа перелома. Авторы также придерживались такой тактики лечения патологических переломов при костных кистах маленьких размеров у пациентов до десяти лет из-за большого количества рецидивов после хирургического лечения. В случае повторного перелома более показанным считают оперативное вмешательство.

J.I. Ahn и J.S. Park (1994) провели ретроспективный анализ лечения 52 детей с патологическими переломами при солитарных костных кистах и выявили, что в большинстве случаев киста сохранялась, а иногда и увеличивалась без какого-либо ускорения заживления. И. Андреев и Р. Райчев (1993) среди 232 больных ни в одном случае не отметили самопроизвольного излечения.

Следовательно, выжидательная тактика консервативного лечения в расчете отдельных хирургов на обратное развитие костных кист после перелома не оправдана из-за длительности и неэффективности.

Е.Н. Кунег и R. Kirchner (1981) полагают, что при костных кистах экскоклекция должна сопровождаться обработкой фрезой

стенки кисты вместе с компактным веществом кости и плотной упаковкой аллогенной спонгиозной костью. В случае рецидива или увеличения кисты показана радикальная резекция «en bloc» с костной пластикой и внешней фиксацией. Н. Rohner с соавт. (1984) считают целесообразной при переломах на фоне костных кист сегментарную резекцию с замещением дефекта ребром или ауто- и аллокортикальными трансплантатами в сочетании с остеосинтезом.

Ряд авторов придерживается дифференцированных методик чрескостного остеосинтеза в зависимости от величины распространения патологического очага, характера перелома, наличия укорочения и деформации сегмента. Причем в случаях неоднократных переломов Л.М. Куфтырев с соавт. (1998) отдают предпочтение внутрикостной резекции очага деструкции с последующей свободной аутопластикой из крыла подвздошной кости и фиксацией аппаратом Илизарова.

Для стабилизации и заживления патологических переломов, а также предотвращения перелома и заживления костных кист у подростков после чрескожной биопсии применяют канюлированные винты или внутрикостные гибкие стержни Эндера, позволяющие избежать внешней иммобилизации и быстрее восстановить функцию конечности. Исчезновение или излечение кисты в данном случае связано с тем, что окружающее штифт капиллярное пространство дренирует кисту, давление внутри кисты нормализуется и наступает репарация костной ткани. Однако при этом в 6% случаев также возможны рецидивы.

Сроки консолидации патологических переломов на фоне фиброзной дисплазии у детей зависят от состояния диспластической ткани. При диффузном ее разрастании отмечено замедленное срастание отломков, тогда как при очаговом поражении консолидация наступает в соответствующие для данной кости сроки. В ряде случаев по мере прогрессирования процесса отмечаются резорбция кости и дальнейшее истончение кортикального слоя. В связи с этим, на наш

взгляд, совершенно оправданно, что М. Djuric с соавт. (1991) при патологических переломах на фоне фиброзной дисплазии отдают предпочтение хирургическому лечению.

Однако и в настоящее время при фиброзной дисплазии некоторыми авторами в зависимости от формы поражения признается возможным консервативное лечение перелома. Есть сведения, что во время оперативного вмешательства по поводу патологических переломов при фиброзной дисплазии не удаляется патологический очаг, а остеосинтез дополняется костной пластикой. R. Wirbel с соавт. (2001) описывают случай излечения в течение 10 месяцев патологического перелома и остеопорозной дисплазии у девочки 4,5 года после внутрикостного остеосинтеза титановым стержнем. У части больных заживление сопровождается обызвествлением гематомы с последующим развитием костной ткани, и в таких случаях необходимость в операции отпадает. При сохранении патологического очага производят краевую резекцию с заполнением дефекта аллотрансплантатами или гидроксипатитом. По мнению С.Т. Зацепина (2001), при переломе на фоне фиброзной дисплазии операция возможна в первые же дни. Т.Р. Vail и J.M. Harrelson (1991) считают, что внутрикостная фиксация патологических переломов улучшает качество жизни, снижая боль у большинства пациентов.

М.Е. Easley и J.S. Kneisl (1997) изучили 22 пациента с неосифицирующей фибромой кости для оценки риска возникновения патологического перелома. Ранее ими был предложен абсолютный порог размера для неосифицирующей фибромы, подразумевающий надвигающийся перелом. В представленном исследовании при 13 больших неосифицирующих фибромах патологического перелома не произошло, несмотря на превышение предварительно установленного порога размера, а у 4 пациентов имели место переломы длинной кости, в которой неосифицирующая фиброма была расположена вне перелома. У 9 пациентов с патологическим переломом заживление отмечено после закрытой репозиции и иммобилизации.

Принимая во внимание, что абсолютные параметры размера очага деструкции могут быть полезны для предсказания патологического перелома, авторы в данном случае не считают целесообразным профилактический кюретаж с костной пластикой. По их мнению, лечение большинства пациентов с большой неосифицирующей фибромой может быть проведено без хирургического вмешательства, а переломы могут успешно лечиться консервативно. Т. Hase и Т. Miki (2000) описывают полное восстановление лучевой кости в течение года у 10-летней девочки после кюретажа по поводу перелома при неосифицирующей фиброме с заполнением полости аутогенным костным мозгом.

Таким образом, при лечении патологического перелома должно устраняться не только осложнение, но и основное заболевание. При этом лечебная тактика зависит от ряда причин:

- нозологической формы;
- характера патологического процесса;
- стадии развития опухоли;
- первичности или вторичности опухолевого процесса.

В настоящее время оперативное лечение патологических переломов на фоне первичных и вторичных злокачественных процессов при поражении суставного конца предполагает эндопротезирование, а при поражении диафизарного отдела длинных костей – сегментарную резекцию с применением костного цемента или костную пластику и фиксацию костных отломков наружными или внутренними металлическими конструкциями, причем могут использоваться различные методики чрескостного остеосинтеза.

При патологических переломах на фоне доброкачественных опухолей и опухолеподобных поражений следует придерживаться активной хирургической тактики и выполнять резекцию кости в сочетании с остеосинтезом в первые дни после его возникновения, не дожидаясь возможного срастания отломков.

«Травматология и ортопедия России», №2(52), 2009

37

Анкета читателя

Здоров'я України
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Нам важно знать Ваше мнение!

Понравился ли вам тематический номер «Хірургія. Ортопедія. Травматологія»?

Назовите три лучших материала номера

1.

2.

3.

Какие темы, на ваш взгляд, можно поднять в следующих номерах?

Публикации каких авторов вам хотелось бы видеть?

Хотели бы вы стать автором статьи для тематического номера «Хірургія, ортопедія, травматологія»?

На какую тему?

Является ли для вас наше издание эффективным в повышении врачебной квалификации?

Для получения тематического номера газеты заполните анкету и отправьте по адресу:

«Медична газета «Здоров'я України»,
ул. Народного ополчения, 1, г. Киев, 03151.

Укажите сведения, необходимые для отправки тематического номера «Хірургія. Ортопедія. Травматологія»

Фамилия, имя, отчество

Специальность, место работы

Индекс

город

село

район

область

улица

дом

корпус

квартира

Телефон: дом

раб.

моб.

E-mail: