

КОМБИНИРОВАННАЯ ПЛАСТИКА КОСТНОЙ КИСТЫ

Хотим О.А.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель – к.м.н., доцент Аносов В.С.*

Актуальность. Существует ряд методик лечения костных кист: малоинвазивные (пункционные, инъекционные), открытые с резекцией патологического участка. У каждой методики имеется ряд недостатков и осложнений [1].

Цель – оценка в практике малоинвазивного, малотравматичного метода комбинированной пластики костных кист.

Материалы и методы. Результат лечения пациента, находившегося на лечении в УЗ «ГОДКБ» с диагнозом костная киста правой пяточной кости. Рентгенография пяточной кости в 2-х проекциях, компьютерная томография.

Результаты. Больная Т. с диагнозом: костная киста правой пяточной кости. Размер кисты: 2,25*1,9*1,5 см. Произведена операция «комбинированная пластики костной кисты» правой пяточной кости. Под общей анестезией пункционной иглой производят опорожнение содержимого кистозной полости кости, при пункции кисты уточняют ее содержимое и свойства. Устанавливают дополнительную пункционную иглу. Через пункционные иглы, после промывания аминокaproновой кислотой, производят коагуляцию внутренней выстилки костной кисты высокоинтенсивным лазерным облучением длиной волны 0,97 мкм, мощностью 20 Вт, в непрерывном режиме излучения в несколько этапов. После коагуляции всей внутренней выстилки костной кисты через прокол производят пункцию стенки кисты троакаром диаметром 5,5 мм под рентгенологическим контролем. Выполняют пункцию крыла подвздошной кости пункционной иглой, специально предназначенной для данной процедуры, с целью получения костного мозга. Через тубус эндоскопа (диаметром 5,5 мм) проводят заполнение полости костной кисты смесью, состоящей из измельченной губчатой аллогенной кости, имbibированной аутогенным костным мозгом, взятым из крыла подвздошной кости. Степень заполнения полости костной кисты определяется с помощью рентгенологического контроля. Отмечено устранение и ремоделирование костной полости в позднем послеоперационном периоде.

Выводы. Лазерное излучение с длиной волны 0,97 мкм мощностью 20 Вт проникает в мягкие ткани на глубину не более 2-3 мм, что соответствует высоте клеточной выстилки костной кисты. Измельченный аллогенный трансплантат является остеокондуктором, а аутогенный костный мозг – остеоиндуктором, что оптимизирует ремоделирование костной полости кисты.

Литература

1. Terry Canale S. Campbell's operative orthopaedics / S. Terry Canale, James H. Beaty; ed.: Kay Daugherty. – 12 ed. – Philadelphia: ELSEVIER Mosby, 2013. – P. 873 – 875.