

АРТРОДЕЗ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА ПРИ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОМУ ДЕФОРМУЮЧОМУ ОСТЕОАРТРОЗІ

Деформуючий остеоартроз розвивається від 9% до 25% випадків при травматичному пошкодженню структур гомілковостопного суглоба. Ця патологія є основною причиною виникнення больового синдрому, контрактур та вторинних синовітів, а тимчасова та постійна непрацездатність при ній виросла у 3-5 разів. (Г.В. Гайко, 2005). Захворюваність на остеоартроз в Україні становить 500, розповсюдженість – 2200 на 100000 населення (В.Н. Коваленко, 2003). В 11,5-22% така патологія призводить до інвалідності хворих найбільш працездатного віку, що вказує на велику медико-соціальну значимість проблеми (А.Б.Багіров 1992, М.О. Корж, 1999, О.А.Бур'янов,Т.М.Омельченко 2009.).

Методом вибору при артрозах гомілковостопного суглоба на сьогодні залишається операція артродезу не залежно від віку і професії хворого (А.П. Олекса 2006 р.) Ускладнення при артродезу гомілковостопного суглоба сягають 11-30 % (Лушня С.Л. 2004.)

Мета дослідження – вивчення результатів артродезу гомілковостопного суглоба при післятравматичному деформуючому остеоартрозі.

Матеріалом для роботи стали результати лікування 66 хворих з ДОО гомілковостопного суглоба, що лікувалися в клініці патології стопи та складного протезування ІТО АМН України з 2004 по 2010 р., яким було виконано артродез. Середній вік хворих становив 46,5 років (від 23 до 74 років). Чоловіків було 36, жінок 30. Застосували: клініко-рентгенологічне, лабораторне, магніто-резонансне томографічне дослідження.

Використовували класифікацію по Kellgren J. H., Lawrence J.S. 1957р.

- 0 ст. Рентгенологічних змін немає
- 1 ст. Зниження висоти суглобової щілини, формування остеофітів в вигляді загострення на краю суглобової поверхні
- 2 ст. Невелике зниження висоти суглобової щілини, маленькі остеофіти на краю суглобової поверхні
- 3 ст. Помірне зниження висоти суглобової щілини, помірно виражені остеофіти на краю суглобової поверхні, незначний субхондральний остеоосклероз, невеликі деформації країв суглобів та суглобових поверхонь
- 4 ст. Різко виражене зниження висоти суглобової щілини, множинні великі остеофіти, виражений субхондральний остеоосклероз, деформація суглобових кінців кісток

Всі хворі мали 3-4 ст. по Kellgren J. H., Lawrence J.S. з вираженим больовим синдромом. Деформація заднього відділу стопи до операції коливалась від варусної 18° до вальгусної 20°.

Результати та обговорення

В більшості випадків (38 хворих) використовували резекційний шеврон-артродез гомілковостопного суглоба по Ranlall E. Marcus. (J Bone Joint Surg Am. 1983;65:833-838.). У 7 пацієнтів артродез гомілковостопного суглоба був виконаний із застосуванням пластини та гвинтів, у 15 випадках застосовували апарат зовнішньої фіксації (Гришина, Гофмана, інш.), та у 6 хворих внутрішньомедулярний блокований стержень. При асептичному некрозі таранної кістки вважаємо за недоцільне збереження в подальшому підтаранного суглоба і це є показом для застосування фіксації внутрішньомедулярним блокованим стержнем. Досягали оптимального положення стопи відносно гомілки в усіх площинах – під кутом 90° в фронтальній, вальгусне відхилення заднього відділу стопи – 5°, а також виконували зсув стопи до заду 5-15% ширини резекційної ділянки великогомілкової кістки в горизонтальній площині. Додатково фіксували гіпсовою або скоч-кастовою пов'язкою «чобіток», розітненою поздовжньо. Загоєння п/о ран спостерігали в терміни 12-17 добу. Імобілізація тривала в середньому 4 тижні. Далі пацієнтам дозволяли дозоване навантаження оперованої кінцівки в пов'язці «чобіток» з гумовим каблучком протягом 4 тиж.

Кістковий великогомілково-таранний анкілоз досягнуто у 57 пацієнтів в середньому за 8 тижнів. У 2 хворих із застосуванням АЗФ зрощення настало після 10 тижнів. У 7 випадках після використання пластин та гвинтів спостерігали післяопераційні ускладнення, які потребували подальшого хірургічного лікування. Функціональні результати були досліджені від 1 до 5 років по Н.Китаока 1994 р. До операції в середньому 35,78 балів, після артродезу гомілковостопного суглоба 72,57 бали.

Висновки

Резекційний шеврон-артродез гомілковостопного суглоба по Ranlall E. Marcus. дозволяє оптимально зіставити поверхні великогомілкової та таранної кісток в усіх площинах. При цьому кістковий анкілоз настає в середньому за 8 тижнів. При розповсюдженому асептичному некрозу таранної кістки не доцільно збереження підтаранного суглоба та показане застосування інтрамедулярного блокуючого стержня.