

РЕЗЕКЦІЙНИЙ АРТРОДЕЗ НАДП'ЯТКОВОГОМІЛКОВОГО СУГЛОБА ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ РЕТРОГРАДНОГО ІНТРАМЕДУЛЯРНОГО БЛОКОВАНОГО СТЕРЖНЯ

Захворюваність післятравматичним остеоартрозом гомілковостопного суглоба становить до 25% від усіх випадків остеоартрозу. При вираженому больовому синдромі артродез гомілковостопного суглоба, як правило, є фінальною операцією у цієї групи пацієнтів. Ускладнення при виконанні артродеза гомілковостопного суглоба досягають 11-30%. При цьому терміни кісткового зрощення варіюють від 2 до 6 міс. Це значною мірою обумовлено порушенням трофіки та розвитком асептичного некрозу надп'яткової кістки. Значний прогрес у вирішенні цієї проблеми досягнуто при застосуванні в якості імпланта ретроградного інтрамедулярного блокованого стержня.

Метою нашого дослідження було поліпшити результати лікування у хворих з посттравматичним остеоартрозом.

Під нашим спостереженням знаходилося 12 хворих з після травматичним остеоартрозом гомілковостопного суглоба, яким виконано артродез гомілковостопного суглоба ретроградним інтрамедулярним блокованим стержнем у клініці патології стопи та складного протезування ДУ «Інститут травматології та ортопедії АМН України» за період з 2009-2011 рр. Середній вік 43,5 років (від 22 до 83 років). Чоловіків було 8, жінок 4. Всім пацієнтам проводилась рентгенографія гомілковостопного суглоба з захопленням кісток гомілки в двох проекціях в навантаженні, при необхідності пряма проекція контра латерального суглоба в навантаженні і КТ дослідження хворого суглоба з метою визначення обсягу поширеності асептичного некрозу, наявності кистовидної перебудови, набряку кісткового мозку.

У всіх пацієнтів був післятравматичний остеоартроз гомілковостопних суглобів 3-4 стадії за класифікацією Kellgren JH, Lawrence J.S. (1957 р.),

виражений больовий синдром, ознаки асептичного некрозу таранної кістки.

Під час операції, через латеральний доступ, виконували корегувальну резекцію гомілковостопного суглоба з видаленням н / 3 малогомілкової кістки. При технічній необхідності застосовували подовжню резекцію медіальної кісточки. Досягали оптимального положення заднього відділу стопи щодо гомілки у всіх площинах і фіксували стопу інтрамедулярним блокованим стержнем за методикою.

Загоєння ран спостерігали на 12-17 добу. Через 4 тижні проводили динамізації конструкції. Через 5 тижнів після операції дозволяли дозоване навантаження на оперовану кінцівку.

Оцінка результатів лікування проводилася клінічно і рентгенографічно щомісяця до настання кісткового великогомілково-надп'ятково-п'яткового артродеза. Функціональні результати досліджені за шкалою AOFAS в терміни від 1 до 3 років. До операції в середньому було 38 балів, після артродеза гомілковостопного суглоба 72 балу. Навіть за відсутності ознак повного кісткового великогомілково-надп'ятково-п'яткової зрощення опороздатність кінцівки у всіх пацієнтів була відновлена через 6-8 тиж.

Аналізуючи результати лікування можна зробити висновки про те, що артродез гомілковостопного суглоба інтрамедулярним блокованим стержнем є ефективним методом, що дозволяє надійно фіксувати кістки гомілки і заднього відділу стопи. Він особливо показаний при асептичному некрозі і кистовидній перебудові над п'яткової кістки, дозволяє значно поліпшити анатомо-функціональний результат, скорочує терміни лікування і підвищує якість життя пацієнтів.