

# ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕФОРМІВНОГО АРТРОЗУ КИСТЬОВОГО СУГЛОБА, ЩО ВИНИК ВНАСЛІДОК ПСЕВДОАРТРОЗУ ЧОВНОПОДІБНОЇ КІСТКИ.

Тимошенко С.В.

ДУ «ІТО НАМНУ», м.Київ

Більшість хворих, що звертаються з деформівним артрозом кистьового суглоба на фоні псевдоартрозу човноподібної кістки, отримують значне покращення після курсу відповідного консервативного лікування. Проте, якщо при 2-3 разовій спробі, досягнути стійкої ремісії не вдається, то вдаються до хірургічного лікування, тактика якого в світі остаточно не окреслена, й вимагає аналізу нових даних з ефективності різних методик.

**Дизайн.** Ретоспективне дослідження. Включення за ознаками: дорослі пацієнти, деформівний артроз кистьового суглоба 1-3 ст, наявність симптоматчного псевдоартрозу човноподібної кістки, неефективність попереднього курсу комплексного консервативного лікування який включав в себе іммобілізацію, НПВС, ФТЛ, хондропротектори, хірургічне втручання.

**Матеріали:** 53 хворих, середній вік 35,4+13,9 роки, чоловіки/жінки як 33:20. Дефартроз за ступенем - 1/2/3 ст. - відповідно у 27/15/11 хворих.

Проаналізували результати наступних методик хірургічного лікування.

1.Резекція зони несправжнього суглоба, остеосинтез човноподібної кістки гвинтом з долонного доступу з кістковою пластикою (19 пацієнтів)

2.Тильний доступ + остеосинтез кістковим штифтом + селективна денервація кистьового суглоба (17)

3.Резекція шилоподібного відростка променевої кістки (5) + селективна денервація кистьового суглоба

4.Видалення проксимального ряду кісток зап'ястка + селективна денервація кистьового суглоба (4)

5.Видалення човноподібної кістки та 4х кутовий (середньозап'ястковий) артродез (4) + селективна денервація кистьового суглоба

6.Тотальний артродез кистьового суглоба (4)

Оцінка результатів - клінічна, за DASH та Mayo Wrist Score в терміни від півроку після хірургічного лікування і більше.

Перший тип операцій виконувався хворим із дефартрозом першої стадії, зі збереженою формою та розмірами фрагментів ЧПК, остеосинтез виконувався через долонний доступ з корекцією розмірів та форми кістки і дефартрозом 1стадії.

Другий тип операцій виконувався хворим із псевдоартрозом човноподібної кістки в проксимальній третині у хворих із рентгенологічними ознаками асептичного некрозу проксимального фрагмента човноподібної кістки і дефартрозом 1стадії

Третій тип - у хворих з дефартрозом 2-ї стадії як паліативний захід

Четвертий, п'ятий та шостий тип при дефартрозі 3ї стадії у відповідності до функціональних потреб, віку та із врахуванням бажання хворого.

**Результати.** Консолідація переломів човноподібної кістки в обох перших групах відбулась у 17 та 15 хворих відповідно і статистично не відрізнялась, функціональний приріст складав 19,6, і 17,9 балів за DASH і також не відрізнявся згідно методик, цікаво, що і кінцевий результат не був достовірно кращий в жодній з методик і складав 12,6+6,1 та 14,3+7,0 бали за DASH.

Резекція шилоподібного відростку променевої кістки давала невелике, проте швидке зменшення больового синдрому, не надавала помітного об'єму рухів у суглобі.

Видалення проксимального ряду показало себе ефективною хірургічною методикою у всіх хворих цієї групи, та стійко зменшувала больовий синдром при збереженні функціонально корисного об'єму рухів (особливо розгинання у кистьовому суглобі). Сила захвату циліндричного захвату кисті збільшувалась, проте завжди була менша ніж із

здорового боку. Середній приріст складав 27,7+11,9 балів а остаточний функціональний результат складав 16,2+7,4 бала за DASH. Характерним було наростання не грубих і несимптоматичних артрозних змін у новому голівчасто-променевоу суглобі. Проте позитивні результати операції простежувались і через 4-6 років після її виконання без рецидивів больового синдрому при збереженні.

Виконання 4-х кутового артрорезу та видалення човноподібної кістки надавало суттєвого зменшення больового синдрому без збільшення амплітуди рухів. Сила захватів відновлювалась до показників 60-75% від здорової кінцівки. Характерна сповільнена консолидація 4-х кутового артрорезу, яка вимагала іммобілізації до 2-3 місяців. При тотальному артрорезі кистьового суглоба сила захватів кисті відновлювалась до 80-90% від здорового боку, пацієнти вертались до тяжкої фізичної праці, проте відмічали дискомфорт, в основному пов'язаний із рухами кінцівки для забезпечення інтимної гігієни промежини.

**Обговорення:** В основному результати хірургічного лікування деформівного артрозу кистьового суглоба що виникає на фоні псевдоартрозу човноподібної кістки слід визнати позитивними. Не зважаючи на те, що для кожної з груп хворих відбір пацієнтів проводився диференційовано, основні прогнози при застосуванні тих чи інших оперативних втручань все ж можна окреслити.

Долонний доступ при деформаціях човноподібної кістки дозволяє провести корекцію її довжини та форми, тим самим патогенетично впливати на механізми розвитку дефартрозу кистьового суглоба, проте у разі малого проксимального уламку цей доступ технічно недоцільний. При виконанні селективної денервації та/або резекції шилоподібного відростка променевої кістки клінічний ефект досягається швидко, без іммобілізаційного періоду, проте він не повний і нестійкий. При виборі тактики резекційних операцій (4-та та 5-та методики) слід керуватись цілісністю хряща тих структур, які будуть приймати на себе основний об'єм рухів після втручання, результати ж цих процедур, в цілому, співставимі. Тотальний артрорез слід пропонувати особам тяжкої фізичної праці у разі найтяжчих змін у кистьовому суглобі, при неможливості виконати операцію, яка би зберігала хоча би невеликі рухи зап'ястка.