

## ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОНАРТРОЗ, В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ УРАЖЕННЯ КОЛІННОГО СУГЛОБА.

\*Осадчук Т.І., \*Калашніков О.В., \*\*Коробка В.І., \*\*Левчук В.Л.

\*ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»

\*\*Центральний госпіталь МВС України Київ, Україна

**Вступ.** Розповсюдженість остеоартрозу серед всього населення складає 6,43%, а серед осіб віком старше 45 років сягає 13,9%. В Україні розповсюдженість захворюваності на остеоартроз складає майже 500 осіб на 100 тисяч населення. Найчастіше патологічний процес вражає суглоби “навантаження” (кульшові та колінні). Частота остеоартрозу колінного суглоба (гонартрозу) досягає 24 – 68% від усіх дегенеративно-дистрофічних уражень суглобів. Найбільш тяжкі клінічні прояви характерні для гонартрозу з порушеннями осі кінцівки. Найбільш поширеними оперативними втручаннями у хворих на гонартроз з осьовими деформаціями є навколосуглобова остеотомія і ендопротезування колінного суглоба. Але на теперішній час, питання, у яких випадках виконувати навколосуглобову остеотомію, а у яких – ендопротезування, є відкритим та дискусійним.

**Мета дослідження:** покращити ефективність хірургічного лікування хворих із остеоартрозом колінного суглоба, шляхом розробки диференційованого вибору оптимальних методик оперативних втручань.

**Матеріали та методи:** Основу роботи склали результати лікування 383 хворих на остеоартроз колінного суглоба. Було прооперовано 391 колінний суглоб у 383 хворих. Більшість хворих склали жінки 81,7%, відповідно чоловіки – 18,3%.

При визначенні вибору виду оперативного втручання у хворих на гонартроз ми враховували наступні ознаки: R-графічна стадія остеоартрозу, вік пацієнта, наявність асептичного некрозу одного з виростків стегнової кістки, наявність деформації у фронтальній площині, величина дефекта кісткової тканини медіального або латерального виростка великогомілкової кістки, величина згинальної контрактури, наявність сагітальної нестабільності, наявність повної неспроможності бокових стабілізаторів колінного суглоба.

При варусних деформаціях колінного суглоба до 10°, які зумовлені порушенням осі великогомілкової кістки, у хворих віком до 60 років, при задовільному об’ємі рухів, виконували надгорбкову корегувальну остеотомію великогомілкової кістки з використанням ауто трансплантатів з крила клубової кістки, за даною методикою прооперовано 59 хворих. При деформаціях ділянки колінного суглоба, у хворих віком до 60 років, при задовільному об’ємі рухів, зумовленими порушенням осі стегнової кістки, що проявлялись зміною базофemorального кута, ми виконали надвиросткову корегувальну остеотомію стегнової кістки у 8 пацієнтів, з застосуванням стабільно-функціонального МОС. У 17 хворих віком до 60 років, з остеоартрозом колінного суглоба II - III стадії з наявністю асептичного некрозу медіального виростку стегнової кістки, виконано унікондилярне ендопротезування. У 183 пацієнтів на гонартроз IV стадії, в яких згинальна контрактура в колінному суглобі не перевищувала 10 градусів, ми виконували тотальне ендопротезування зі збереженням задньої хрестоподібної зв’язки. При наявності згинальної контрактури в колінному суглобі більше 10 градусів або наявності сагітальної нестабільності, у 113 випадках імпантували ендопротез без збереження задньої хрестоподібної зв’язки. При наявності дефекту медіального або латерального виростка великогомілкової кістки більше 10 мм у 7 хворих застосувували кісткову пластику та імпантували ендопротез з тібіальним подовжувачем. У 4 пацієнтів на гонартроз, зі значним пошкодженням зв’язкового апарату колінного суглоба: наявність повної неспроможності бокових стабілізаторів, рекомендоване тотальне ендопротезування цільнозв’язаним ендопротезом.

В ранньому післяопераційному періоді застосовували адекватне медикаментозне знеболювання, профілактику інфекційних ускладнень шляхом призначення антибіотиків широкого спектру дії строком на 5-7 днів; введення низькомолекулярних гепаринів протягом першого тижня після втручання. Активно-пасивні рухи в суглобі починали через 1-2 доби після операції. Пацієнтам після ендопротезування рекомендували ходу за допомогою милиць з навантаженням на оперовану кінцівку з силою 25% від маси тіла на 3-4 добу, а через два місяці хворі переходили на повне навантаження оперованої кінцівки. Хворим після корегувальних остеотомій дозволяли навантаження оперованої кінцівки при наявності рентгенологічних ознак зрощення уламків.

**Результати та їх обговорення** Прооперовані хворі спостерігались від 1 до 9 років після оперативного втручання. Добрі результати отримані в 65% випадків. Задовільні результати отримані в 35% випадків. Незадовільних результатів не отримано.

**Висновки** Розроблений диференційований підхід до оперативного лікування хворих на остеоартроз колінних суглобів, дозволив отримати 65 % добрих та 35 % задовільних результатів.