

СПОСІБ РЕЗЕКЦІЙНОГО АРТРОДЕЗУ НАДП'ЯТКОВО-ГОМІЛКОВОГО СУГЛОБА ПРИ ЛІКУВАННІ НАСЛІДКІВ ТРАВМ ТА ЗАХВОРЮВАНЬ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ

¹Омельченко Т.М., ²Хомич С.В., ³Турчин А.М., ²Пятковський В.М.

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

²ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМН України”

³ДЗ “Київська обласна клінічна лікарня”

Вступ. Ускладнення після виконання артродезу надп'яtkово-гомiлkового суглоба (НГС) досягають 35-40%. Первинний вихiд на iнвалiднiсть даної категорiї хворих складає до 46%. Значний вiдсоток незадовiльних результатiв артродезу НГС пов'язаний з недосконалою технiкою виконання резекцiї кiсток, якi утворюють НГС та хибною установкою стопи, що в подальшому призводить до значного пiдвищення енергоємностi ходьби, перевантаженню суглобiв середнього та переднього вiддiлу стопи, сповiльненню кiсткового зрощення у зонi артродезу та рецидивам деформацiї. Розроблений спiсiб артродезу НГС передбачає резекцiю нижньої третини малогомiлkової кiстки, медiальної кiсточки та резекцiю суглобових поверхонь у горизонтальнiй площинi таким чином, щоб встановити стопу вiдносно вiсi великогомiлkової кiстки пiд кутом 90° у сагiтальнiй площинi, пiд кутом 0°-5° на вальгус у фронтальнiй площинi, 5° зовнiшньої ротацiї. Важливою особливiстю способу є зменшення плеча важеля сили тяжиння у одноплечому важелi другого роду, яким є стопа, завдяки змiщенню стопи до заду на 10%- 15% сагiтального розмiру блока таранної кiстки.

Матерiал та методи дослiдження. За перiод з 2010 по 2012 роки на базi ДУ «Інститут травматологiї та ортопедiї НАМН України» та Дорожньої клiнiчної лiкарнi №1 м. Києва вищеописаний спiсiб використано у 47 хворих з посттравматичним остеоартрозом НГС 3-4 стадiї, яким було виконано артродез. В усiх випадках вiн був ефективним. Рани загоїлися первинним натягом, мета оперативного втручання досягнута – настало великогомiлkовотаранне зрощення (кiстковий анкiлоз) у функцiонально вигiдному положеннi, що доведено результатами рентгенологiчних, плантографiчних та плантодинамометричних дослiджень, а також результатами бiомеханiчного дослiдження опорних реакцiй.

Результати дослiдження. Середнiй термiн настання кiсткового зрощення в зонi резекцiї склав 8,0±0,4 тижнiв. Вiддаленi функцiональнi результати оцiненi за шкалою оцiнки американської асоцiацiї хiрургiв стопи та НГС (AOFAS) та простеженi у темiни вiд 1 до 3 рокiв. У всiх випадках оперована кiнцiвка була опорною, пацiєнти користувалися звичайним взуттям з iндивiдуальними ортопедичними устiлками, середнiй показник функцiї стопи за AOFAS упродовж першого року пiсля операцiї зрiс в середньому з 34 балiв до 89 балiв. Використання запропонованого способу забезпечує оптимальнi умови для настання кiсткового анкiлозу у функцiонально вигiдному положеннi, зменшеннi енерговитрат при ходьбi, зменшеннi навантаження на сумiжнi суглоби стопи, а вiдтак попередженнi розвитку дегенеративно-дистрофiчних процесiв у них, що в цiлому покращує опороздатнiсть ураженої кiнцiвки, її функцiональну здатнiсть.

Висновки. Таким чином, розроблений спiсiб артродезу НГС, забезпечує оптимальнi строки настання кiсткового анкiлозу у функцiонально вигiдному положеннi (8-12 тижнiв), дозволяє уникнути низки тактичних та технiчних помилок при виконаннi артродезу НГС, забезпечує понад 2,5 кратний прирiст функцiї стопи за оцiнкою AOFAS у вiддаленому пiсляоперацiйному перiодi та дозволяє покращити показники бiомеханiки ходьби та якiсть життя обраної категорiї хворих.

Резюме.

СПОСОБ РЕЗЕКЦИОННОГО АРТРОДЕЗА ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Омельченко Т.Н., Хомич С.В., Турчин А.М., Пятковский В.М.

Осложнения после артродеза голеностопного сустава достигают 35-40%. Значительный процент неудовлетворительных результатов связан с несовершенной техникой выполнения резекции костей голеностопного сустава и неправильной установкой стопы. Важной особенностью разработанного способа артродеза является уменьшение плеча рычага силы тяжести в одноплечем рычаге второго рода, каким является стопа, благодаря смещению стопы назад на 10% -15% сагиттального размера блока таранной кости. Применение разработанного способа у 47 больных обеспечило оптимальные сроки наступления костного анкилоза в функционально выгодном положении (8-12 недель), позволило избежать ряда тактических и технических ошибок при выполнении артродеза, обеспечило более 2,5 кратный прирост функции стопы по оценке AOFAS в отдаленном послеоперационном периоде (1-3 года), а также позволило улучшить показатели биомеханики ходьбы и качество жизни выбранной категории больных.

Summary.

METHOD OF THE RESECTION ANKLE ARTHRODESIS AS A TREATMENT FOR INJURIES AND DISEASES OF THE LOWER EXTREMITY

Omelchenko T.N., Khomych S.V., Turchin A.M., Pyatkovsky V.M.

Complications after ankle arthrodesis reach 35-40%. A significant percentage of poor results associated with imperfect technique of the ankle bone resection and improper installation of the foot. An important feature of the developed method of spinal fusion is to reduce the gravity of the lever arm in the single-arm lever of the second kind, which is the foot, due to the displacement of the foot back 10% -15% of sagittal block size of the talus. Application of the method developed in 47 patients provided the optimum time occurrence of bone fusion in a functional position (8-12 weeks), thus avoiding a number of tactical and technical errors when performing arthrodesis, provided more than 2.5 fold increase in foot function evaluation AOFAS in the late postoperative period (1-3 years), as well as resulting in better biomechanics of walking and quality of life for selected patients.