

Рачков Р.А.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ ПОСЛЕ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Бенько А.Н.

*Кафедра травматологии и ортопедии с курсом повышения квалификации и переподготовки
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Актуальность. Малоинвазивный интрамедуллярный остеосинтез с блокированием (БИОС) является стандартом лечения переломов большеберцовой кости, обеспечивает высокую стабильность фиксации при малой инвазии, раннюю безболезненную мобилизацию пациентов, высокий процент консолидации переломов, хорошее качество жизни во время лечения и высокую экономическую эффективность. Однако проблема хронической боли в коленном суставе после операции остается дискуссионной. По данным различных авторов, частота данного осложнения варьируется от 10 до 80%. Этиология связана со множеством факторов и требует дальнейшего изучения.

Цель: выявить причины развития хронической боли в коленном суставе, развивающейся после БИОС на основе ретроспективного анализа.

Материалы и методы. В исследовании проведен ретроспективный анализ лечения 100 пациентов с закрытыми диафизарными переломами большеберцовой кости (тип АО: 42A–B) со смещением, которым выполнили антероградный БИОС большеберцовой кости с рассверливанием костномозгового канала в период с 01.01.2020 по 31.12.2024 в ОТО№1 и ОТО№2 УЗ «Минская областная клиническая больница». Хирургические вмешательства выполнялись квалифицированными специалистами, использовался идентичный дизайн фиксаторов. Все оперативные вмешательства выполнялись через медиальный парapatellarный доступ. 37% пациентов предъявляли жалобы на боли в коленном суставе. Возраст данных пациентов варьировался от 18 до 65 лет, мужчины/женщины = 67,6%/32,4%. Оценивались данные рентгенографии в стандартных проекциях, компьютерной томографии (КТ) коленного сустава и голени с подавлением артефактов, ультразвуковое исследование (УЗИ) коленного сустава, топограмма нижних конечностей.

Результаты и их обсуждение. В ходе анализа КТ у 22% пациентов проксимальный косой блокирующий винт проходил трансартикулярно, пенетрируя в проксимальный межберцовый сустав, выстояние стержня над уровнем суставной поверхности большеберцовой кости от 3 до 5 мм у 18,9% пациентов, на 1-2 мм у 21,6%. У 5 пациентов в каждой из указанных подгрупп данная ситуация сочеталась с введением винта в полости межберцового сустава. Переднее пролабирование стержня на 0,3-1мм относительно передней кортикальной пластинки выявлено у 27% пациентов, причем у 8 из них также определялось трансартикулярное проведение блокирующего винта. УЗИ коленного сустава выявило фиброзные изменения жирового тела Гоффа у 21,6% пациентов, а признаки дегенерации собственной связки надколенника у 16,2%. Анализ топограммы нижних конечностей продемонстрировал: восстановление механической оси у 70% пациентов. У 16% – варусную деформацию от 3° до 9°, у 14% – вальгусную от 4° до 8°. Антекурвация от 3° до 6° у 10 %, рекурвация от 3° до 6° у 3,4%. По данным КТ – торсионная наружная деформация от 5° до 9° у 12 %, внутренняя – от 3° до 7° у 5%.

Выводы. Причины развития хронической боли в коленном суставе после БИОС: повреждение проксимального межберцового сустава блокирующим винтом, некорректное позиционирование проксимального конца стержня и репозиция, дегенеративно-дистрофические процессы в жировом теле Гоффа и, вероятно, повышение внутрикостного давления. Решением проблемы является: тщательное предоперационное планирование, выбор соответствующей длины стержня; корректное выполнение всех этапов: хирургического доступа, репозиции перелома, выбора точки введения стержня, устранения всех видов деформации, использования при необходимости методики «Polar Screw».