

Чурило Г. С., Бесман Н. Н.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АУТОТРАНСПЛАНТАТА ИЗ ПРЕАХИЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ ПРИ ОСТЕОХОНДРАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ БЛОКА ТАРАННОЙ КОСТИ

Научный руководитель канд.мед.наук, доц. Довгалевич И. И.

Кафедра травматологии и ортопедии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Остеохондральные поражения блока таранной кости (ОПБТК)— это термин, использующийся для описания повреждения суставного хряща и субхондральной костной пластинки таранной кости. Актуальность данной патологии обуславливается наиболее высокой заболеваемостью среди лиц молодого трудоспособного возраста. Диагностика патологии на ранней стадии крайне затруднена вследствие отсутствия настороженности у травматологов-ортопедов. Быстрое прогрессирование заболевания с исходом в остеоартроз голеностопного сустава, болевой синдром и контрактуру с нарушением функции. Недостаточная эффективность и отсутствие единых подходов к лечению хондральных поражений таранной кости. Всё вышеперечисленное оставляет множество вопросов к данной теме.

Цель: определить максимальный объём и анатомическое соответствие остеохондрального аутотрансплантата (ОХАТ) из преахиллярной области, который может быть использован для замещения дефекта блока таранной кости при ОПБТК.

Материалы и методы. В ходе работы на базе УЗ “Городское клиническое патологоанатомическое бюро” были препарированы 5 ампутированных нижних конечностей. Выделен ОХАТ из преахиллярной области, произведена оценка максимально возможного объёма взятого трансплантата. На трупном материале проведена экспериментальная пересадка ОХАТ из изучаемой локализации на область медиальной поверхности блока таранной кости, оценено макроскопическое соответствие трансплантата объёму дефекта. В последующем проведён данный вид остеохондропластики 2 пациентам на базе УЗ “6-ая городская клиническая больница”.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования максимальный объём выделенного трансплантата составил в среднем 3,1х1,9 см. Размер и форма ОХАТ позволяет полностью заместить дефект медиального или латерального края блока таранной кости с сохранением конгруэнтности суставных поверхностей, что обеспечивает восстановление полного объёма движений в голеностопном суставе, при этом без потери функциональности в преахиллярной области. При взятии аутотрансплантата из преахиллярной зоны пяточной кости отсутствует в отдаленном периоде болевой синдром донорского участка, что является проблемой при использовании латерального мыщелка бедра. При этом использование пяточной кости позволяет проводить оперативное лечение под артериальным жгутом на уровне голени, а не бедра при использовании латерального мыщелка, что существенно снижает объем ишемизированных тканей интраоперационно. В обоих случаях оперативного лечения пациентов на базе УЗ 6 ГКБ наблюдался хороший ранний и отдаленный (в течение 6 месяцев) послеоперационный результат, а также период реабилитации, который сопровождался полным излечением пациента в дальнейшем.

Выводы. Таким образом, использование ОХАТ из преахиллярной области при ОПБТК является одним из наиболее рациональных и обоснованных методов лечения вследствие анатомического соответствия трансплантата, близости расположения к зоне оперативного вмешательства и возможности замещения относительно значимого дефекта без потери функциональности донорской области.