

Papēža kaula lūzumu ķirurģiskas ārstēšanas rezultāti

Evita Fridrihsone, Andris Jumtiņš

*Rīgas Stradiņa universitāte,
Ortopēdijas katedra, Latvija*

Ievads. Papēža kaulu lielākoties klāj tikai ādas un zemādas slānis, un šis faktors ietekmē mīksto audu stāvokli pēc traumas un operācijas laikā kaula devaskularizāciju. Papēža kauls ir spongijs kauls, kas salīdzinoši viegli deformējas kompresijas ietekmē.

Izvērtējot ārstēšanas rezultātus, konstatēts, ka papēža kaula lūzumiem ir liels komplikāciju risks un slikti vēlinie rezultāti.

Darba mērķis, materiāls un metodes. Šī darba mērķis bija apkopot un analizēt datus par papēža kaula ķirurģisku ārstēšanu laikposmā no 2010. līdz 2012. gadam VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca" (TOS).

Retrospektīvā pētījumā tika iekļauti pacienti vecumā no 16 līdz 70 gadiem, vidējais vecums 41 gads, kopējais papēža kaula lūzumu skaits – 97, pacientu skaits – 89, no kuriem 14 (16%) sievietes un 75 (84%) vīrieši. Pētījuma laikā analizēti pacientu dati, izmantojot slimības vēstures, izvērtēta radio-lōģiskā aina laikā pirms un pēc operācijas, lietojot *AGFA IMPAX* programmu.

Rezultāti. Papēža kaula lūzums augstas enerģijas traumas rezultātā bija 75 (84%) pacientiem, zemas enerģijas traumas – 14 (16%) pacientiem. Intraartikulāri papēža kaula lūzumi bija 83 (93%) pacientiem, ekstraartikulāri papēža kaula lūzumi – 14 (7%) pacientiem, tajā skaitā divi (14%) avulsijas lūzumi, viens (7%) atkārtots lūzums mēneša laikā pēc operatīvas terapijas un viens (7%) vaļējs papēža kaula lūzums. Alkohola reibums traumas gūšanas brīdī bija 11 (12%) pacientiem, alkohola reibuma nav bijis 33 (37%) pacientiem, bet nav datu par alkohola reibumu 45 (51%) pacientiem. 19 (21%) pacienti smēķēja lūzuma ārstēšanas laikā, nesmēķēja divi (2%) pacienti, savukārt 68 (77%) pacientiem nav datu par smēķēšanu. Alloplastika veikta 26 (27%) papēža kauliem, 24 (27%) pacientiem, bez plastikas – 23 (24%) pacientiem, kaula defekta aizpildīšana ar kalcija sulfātu (*Osteoset*) – vienam (1%) pacientam. Bēlera leņķa vidējais lielums rentgenoloģiski pirms operatīvas terapijas bija 8,2 grādi, pēc dator-tomogrāfijas (DT) datiem – 10,1 grāds, lielākais leņķa lielums rentgenoloģiski – 32 grādi (DT 36 grādi), mazākais – 10 grādi (DT – 8 grādi). Bēlera leņķa vidējais lielums pēc operatīvas terapijas rentgenoloģiski – 27 grādi, leņķa lielākais lielums – 50 grādi, mazākais – 2 grādi. Pavadošie mīksto audu bojājumi pirms operatīvas terapijas – bullas – bija 6 (7%) pacientiem, izteikta tūska pēdas locītavas, pēdas rajonā – pieciem (6%) pacientiem, gan bullas, gan tūska – trīs (3%) pacientiem, nav sarežģījumu (nav ierakstu slimības vēsturē) 75 (86%) pacientiem, savukārt mīksto audu bojājumi pēc operatīvas terapijas konstatēti četriem (4%) pacientiem – marginālas pēdoperāciju brūču nekrozes, sarežģījumi netika dokumentēti 85 (96%) pacientiem. 15 (17%) pacientiem pēc operatīvas terapijas bijusi ģipša longetes imobilizācija, 74 (83%) pacientiem ģipša longetes imobilizācija nav bijusi nepieciešama.

Secinājumi. Papēža kaula lūzuma etioloģiskais faktors ir augstas enerģijas trauma, visbiežāk kritiens no augstuma. Izvērtējot iegūtos pētījuma rezultātus, var secināt, ka vaļēja papēža kaula repozīcija (ar vai bez plastikas) un iekšēja osteosintēze ir izmantojama operatīva metode dislocēta papēža kaula lūzuma gadījumā. Ņemot vērā pētījuma laikā gūtos datus par pacientu kaitīgajiem ieradumiem – smēķēšanu un alkohola lietošanu, nav iespējams izdarīt ticamus secinājumus par prognozējamajiem sarežģījumiem atveseļošanās procesā. Visbiežākā osteosintēzes metode, ko izmanto intraartikulāru papēža kaula lūzuma osteosintēzei VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca", ir lūzuma osteosintēze ar plāksni un skrūvēm. Izmantojot papēža kaula osteosintēzes metodes, ir iespējams ievērojami atjaunot papēža kaula anatomiju, īpaši svarīgs ir vidējais rādītājs pirms osteosintēzes – 8,2 grādi, pēc osteosintēzes – 27 grādi, kas nozīmē pilnīgu anatomisko struktūru atjaunošanu, tādējādi veicinot pacientu ātrāku un pilnvērtīgu darbību atjaunošanos.