

Wstęp:

Choroba zwyrodnieniowa stawu skokowo-goleniowego występuje znacznie rzadziej niż zmiany zwyrodnieniowe w obrębie stawu biodrowego i kolanowego. Większość pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawu skokowo-goleniowego ma w wywiadzie uraz tej okolicy. Leczenie choroby zwyrodnieniowej stawu skokowo-goleniowego dzielimy na leczenie zachowawcze i operacyjne. Leczenie zachowawcze jest oparte najczęściej na rehabilitacji, leczeniu przeciwbólowym oraz iniekcjach preparatów dostawowo. Leczeniem operacyjnym w początkowym stadium choroby zwyrodnieniowej są metody oszczędzające staw: artroskopia, artroplastyka dystrakcyjna, osteotomie korygujące oś stawu, a w zaawansowanym stadium artrozy - usztywnienie lub endoprotezoplastyka stawu skokowo-goleniowego. Pierwsze próby całkowitej endoprotezoplastyki stawu skokowo-goleniowego rozpoczęły się w latach 70. XX wieku. Niestety, początkowo złe wyniki leczenia nie zachęcały do używania tej techniki i przez wiele lat usztywnienie było jedyną metodą leczenia. Wraz z rozwojem implantów, coraz lepszym zrozumieniem zasad biomechaniki stawu oraz właściwym doбором pacjentów, całkowita endoprotezoplastyka stała się szeroko stosowaną techniką operacyjną. Cel pracy: Przedmiotem pracy jest retrospektywna analiza wyników leczenia choroby zwyrodnieniowej stawu skokowo-goleniowego zachowawczo oraz endoprotezoplastyką. Materiał i metody: Materiał badawczy obejmował 87 pacjentów (101 stawów). Grupę badaną stanowiło 51 pacjentów (55 stawów) z zaawansowaną chorobą stawu skokowo-goleniowego leczonych operacyjnie całkowitą endoprotezoplastyką stawu skokowo-goleniowego w Klinice Ortopedii, Traumatologii i Medycyny Sportowej CSK MSWiA oraz w Oddziale Chirurgii Urazowej, Ortopedii i Rehabilitacji KCRiO w latach 2012-2019. Grupę porównawczą stanowiło 36 pacjentów (46 stawów) z zaawansowaną chorobą zwyrodnieniową stawu skokowo-goleniowego leczonych metodami zachowawczymi. Grupę badaną stanowiło 39 mężczyzn (43 stawów) i 12 kobiet (12 stawów) ze średnią wieku 51,76 lat, natomiast grupę porównawczą stanowiło 28 mężczyzn (38 stawów) i 8 kobiet (8 stawów) ze średnią wieku 51,09 lat. Do oceny wyników leczenia wykorzystano następujące narzędzia badawcze: 1. Autorska ankieta obejmująca pytania: a) Jak szybko wrócił/-a Pan/Pani do pracy? b) Jak szybko wrócił/-a Pan/Pani do aktywności przedoperacyjnej?

) Czy choruje Pan/Pani na choroby przewlekłe? Jeśli tak, to na jakie? d) Czy przebył/-a Pan/Pani inne zabiegi na operowanej kończynie? e) Czy, a jeśli tak, to jak często, stosuje Pan/Pani kule łokciowe? f) Jak długo oczekiwał/-a Pan/Pani na zabieg operacyjny od rozpoznania choroby zwyrodnieniowej stawu skokowo-goleniowego? 2. Skala AOFAS (The American Orthopaedic Foot and Ankle Society Score) 3. Zmodyfikowana skala WOMAC (The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) 4. Kwestionariusz SF-36 Wnioski: 1. Endoprotezoplastyka stawu skokowo-goleniowego znacznie bardziej znosi ból i poprawia funkcjonowanie pacjentów w porównaniu do leczenia zachowawczego. 2. Jakość życia bardziej poprawia się po leczeniu operacyjnym niż zachowawczym. 3. Endoprotezoplastyka stawu skokowo-goleniowego daje dobre i bardzo dobre wyniki u pacjentów z wrodzonymi skazami krwotocznymi. 4. Po endoprotezoplastyce stawu skokowo-goleniowego powrót do pracy jest szybszy niż do aktywności fizycznej. 5. Po endoprotezoplastyce stawu skokowo-goleniowego do najczęstszych powikłań należą zaburzenia gojenia się rany i złamania okołoprotezowe śródoperacyjne.