

8. SOUHRN

Práce je zaměřena na anatomické uspořádání dětského hlezna v oblasti tibiofibulárního spojení, na jeho RTG vývoj a především na význam všech zjištění na klinický obraz traumatu hlezna rostoucího skeletu.

Provedli jsme anatomickou studii šesti hlezen mrtvě narozených novorozenců. Žádný z probandů neměl neurologickou, či ortopedickou vadu dolních končetin a všichni byli ve věku 32 až 35 týden gestace. Zaměřili jsme se především na anatomické uspořádání vazů tibiofibulárního spojení. Hodnotili jsme sílu jednotlivých vazů a místa jejich inserce vzhledem k růstové ploténce jak distální tibie, tak fibuly. Provedli jsme i srovnávací studii dvou hlezen dospělého věku. Dále jsme hodnotili RTG vývoj hlezna rostoucího skeletu podle RTG dokumentace, kterou jsme získali od pacientů naší kliniky, kteří utrpěli poranění hlezenního kloubu bez skeletálního poranění, tedy pouze zhmoždění nebo podvrtnutí. Hodnotili jsme celkem 169 pacientů. Předmětem studie byl postnatální kostní vývoj a především descensus roviny distální fýzy fibuly a srovnání úrovně distální fýzy fibuly vzhledem k úrovni tibiofibulárního kloubu.

V klinické části studie jsme hodnotili RTG dokumentaci kombinovaného poranění hlezna rostoucího skeletu. Hodnotili jsme 222 pacientů, ošetřených na naší klinice v pětiletém období. Vybráni byli pacienti, kteří utrpěli poranění distální epifyzy tibie a současně i poranění distální fibuly (jak epifyzární, fyzární, tak i metafyzární). Hledali jsme souvislost mezi jednotlivými typy poranění a vzájemným vztahem polohy distální fýzy fibuly a úrovně tibiofibulárního kloubu. Poslední sledovanou skupinou byli pacienti se skeletálním poraněním v oblasti tibiofibulárního spojení, léčení na naší klinice za pětileté období. Sebrali jsme materiál 22 pacientů a hodnotili jednotlivé typy a charaktery poranění.

Anatomickou pitvou jsme zjistili, že již novorozenecké hlezno je strukturálně uspořádáno identicky s hlezem dospělých. RTG studie ukázaly, že, oproti literárním údajům, distální fýza fibuly ve svém descensu v 50 % případů zasahuje pod úroveň tibiofibulárního kloubu. V rozboru klinického materiálu jsme zjistili, že pacienti s tímto rentgenologickým typem hlezna mají odlišný typ skeletálního poranění fibuly u kombinovaného poranění hlezna, než pacienti, u kterých se descensus distální fýzy fibuly zastaví na úrovni tibiofibulárního kloubu. Dále jsme zjistili, že postnatální vývoj současné populace je obdobný vývoji souborů starých 25 let, liší se pouze v době uzávěru růstové ploténky. V našem souboru k němu dochází o 2 roky dříve, než u souborů před 25 lety. Nakonec, rozбором jednotlivých poranění v oblasti distálního tibiofibulárního spojení, jsme objevili dosud nepopsané typy poranění, které podporují Ogdenuv patogenetickou teorii, že fyzární poranění distální tibie v oblasti tibiofibulárního spojení nevznikají vytržením kostního fragmentu Chaputova hrboleu

působením tahu předního tibiofibulárního vazy, ale střížným mechanismem laterální porce trochley talu proti laterální části kloubní plochy distální tibie.