

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИРУЮЩЕГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА У ВЗРОСЛЫХ

*Конецкий А.А., Аносов В.С., Лашковский В.В., * Тодрик А.Т.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»*, Гродно

Вывихи надколенника составляют 0,4-0,7% от общего количества вывихов. Наиболее частыми причинами данной патологии являются:

1. Врожденная функциональная недостаточность соединительной ткани, гипоплазия медиальной головки четырехглавой мышцы бедра.

2. Гипоплазия бедренно-надколенникового сустава (недостаточная глубина блока бедренной кости), высокое стояние надколенника.

3. Травматический вывих надколенника в анамнезе (не восстановленное повреждение медиальной бедренно – надколенниковой связки и удерживателя надколенника).

Общепринятые хирургические методы лечения рецидивирующего вывиха надколенника достаточно травматичны и сопровождаются: расширенным парапателлярным доступом, рассечением капсулы сустава с двух сторон, отсечением и пересадкой медиальной ножки 4-х головкой мышцы бедра, транспозицией бугристости большеберцовой кости. Описанные малоинвазивные артроскопические методы лечения не нашли широкого применения по причине отсутствия необходимых имплантов.

Цель: с помощью разработанного хирургического вмешательства восстановить функцию поврежденной бедренно надколенниковой связки и стабилизировать наколенник.

С 2010 г. по настоящее время на базе клиники УЗ «БСМП г. Гродно» оперировано 8 пациентов в возрасте от 18 до 30 лет. В анамнезе преобладала спортивная травма. Перед операцией проводилось обследование: определялось соотношение оси бедра и голени, угол Q, боковая подвижность наколенника.

Производились стандартные и осевые рентгенограммы, МРТ исследование. При хондромалации надколенника, повреждении менисков и наличии внутрисуставных тел оперативное вмешательство начиналось с артроскопии коленного сустава.

Суть предлагаемой методики заключается в следующем: по боковым поверхностям надколенника через два прокола мягких тканей на расстоянии 1,5 см между собой сверлом диаметром 2 мм в надколеннике формировались два поперечных канала, через которые проводилась лавсановая лента шириной 5 мм по направлению снаружи внутрь. В области внутреннего надмыщелка бедра, вентральной бугорка приводящих мышц продольно рассекались мягкие ткани из доступа 3 см. С помощью шила в кости формировался дугообразный канал в оси бедра длиной 1,5 см. Зажимом концы лавсановой ленты проводились над удерживателем надколенника в канал бедра при сгибании коленного сустава 90° . Проверялся объем движений и боковая подвижность надколенника, которая должна соответствовать 1/2 его ширины. После чего концы ленты завязываются и прошиваются в натяжении. Раны послойно ушивались. В послеоперационном периоде гипсовая иммобилизация продолжалась 3 недели с последующим курсом ФТЛ. При наличии пателло-фemorального артроза операция дополнялась вентрализацией бугристости б/берцовой кости.

Отдаленные результаты прослежены у 8 пациентов в сроки от 1 до 3 лет. Ни в одном из наблюдений рецидива вывиха не отмечено.

Выводы. Предлагаемый способ эффективен и технически достаточно прост в исполнении. Позволяет достичь стабилизации феморо-пателлярного сустава, сократить сроки реабилитации пациентов с данной патологией, что особенно важно для лиц трудоспособного возраста.

Литература

1. Спортивная травматология / Франке К. // Москва, «Медицина». – 1981. – С. 234-249.
2. Спортивная травматология перевод / Шойлев Д. // Изд. Медицина и физкультура. – София. – 1986. – С. 133-145.