

по поводу хондромалиции или остеохондропатии надколенника, необходима психологическая поддержка со стороны тренера, с пониманием относящегося к медицинским проблемам спортсмена и готового к 2-3 месячному перерыву тренировочного процесса подопечного и в последующем дозированными нагрузками на нижние конечности в течение 4-6 месяцев.

Литература:

1. Сименач Б.И., Нестеренко С.А., Пустовойт Б.А., Суркин Н.П. и др.: Диагностика и хирургическое лечение нарушений равновесия надколенника диспластического генеза. Метод. рекомендации. Киев, 1990. - 25 с.
2. Клиническое исследование костей, суставов и мышц: пер. с англ. / К. Букуп. - М.: Мед. лит., 2007. - 320 с.
3. Шойлев Д. Спортивная травматология. София: Медицина и физкультура, - 1986. - 192 с.

АРТРОСКОПИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Богданович И.П., Конецкий А.А., Малкин М.Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

УЗ ГКБ «Скорая медицинская помощь», Гродно

В настоящее время повреждения коленного сустава весьма распространены, особенно у спортсменов и пациентов молодого возраста. Наблюдается устойчивая тенденция к росту внутрисуставных повреждений. Золотым стандартом лечения повреждений коленного сустава является артроскопия. Обладая малой инвазивностью эндоскопические операции позволяют провести точную диагностику и ликвидировать проблему восстановив функцию коленного сустава [1, 2, 3].

За период с января 1998 г. по январь 2010 г. в клинике Гродненского государственного медицинского университета на базе травматологических отделений городской клинической больницы скорой медицинской помощи нами выполнено 1512 артроскопических оперативных вмешательств на коленном

суставе. Среди них ежегодно поступает около 20 спортсменов. Средний возраст пациентов составил 26,5 лет. Среди них лиц мужского пола - 64%, женского - 36%. Общим показанием для оперативного лечения являлась неясная клиника при повреждениях и заболеваниях суставов, которая не может быть уточнена клиническими и параклиническими методами исследования, неясные жалобы после выполненных оперативных вмешательств, объективная оценка и контроль эффективности ряда операций. К специальным показаниям относили: повреждения менисков, повреждения связок, повреждения и заболевания синовиальной оболочки, хондроматоз, повреждения хряща, жирового тела, деформирующий артроз, внутрисуставные тела.

Клиническое обследование проводилось по общепринятой методике: изучение анамнеза, механизма травмы, наличие симптомов внутрисуставного повреждения. Исследования и операции выполняли артроскопами зарубежного производства (Германия), с комплектом механических инструментов. Диаметр телескопа артроскопа 4 мм, угол обзора оптики 30 градусов. Оперативное вмешательство проводили под внутривенным наркозом или проводниковой анестезией с наложением на бедро эластичного жгута. Полость сустава заполняли физиологическим раствором или раствором Рингера. Артроскоп вводили через классический передний нижненаружный доступ (у наружного края связки надколенника на 0,5-1 см над площадкой большеберцовой кости) при согнутом под углом 100 градусов коленном суставе. Второй доступ - передний нижневнутренний использовали для введения щупа и хирургических инструментов. В процессе операции возникала потребность менять артроскоп и инструменты местами, а иногда приходилось выполнять дополнительный доступ.

Полноценность обследования и точность диагностики, сокращение длительности процедуры, радикальность и малая травматичность операции достигалась методичностью обследования, точным выполнением технических приёмов, грамотной интерпретацией артроскопических проявлений патологии. Осмотр выполняли по методике Ватанабе.

Из дополнительных методов обследования применяли

рентгенографию, УЗИ, МРТ коленного сустава.

При изучении отдаленных результатов в 92,6% случаев получены отличные и хорошие результаты. Полностью восстановилась профессиональная трудоспособность и функция сустава, отсутствовали жалобы. В 7,4% получены удовлетворительные результаты. У этих пациентов после физических нагрузок отмечались умеренные боли в коленном суставе.

По данным диагностического этапа артроскопии, повреждения медиального мениска составили 60,1%, латерального - 12,7%, обоих - 3,8%, передней крестообразной связки - 3,3%, наличие свободных внутрисуставных тел - 14,3%, болезнь Кёнига - 1,5%, болезнь Гоффа - 1,7%, рубцово-спаечный процесс - 1,5%, патология медио-пателлярной складки - 1,1%. Для спортсменов наиболее характерно повреждение крестообразных связок, менисков, синдром внутренней коллатеральной связки.

При повреждении медиального мениска, чаще всего встречается типичное, продольное повреждение, при котором отрывается средняя часть мениска, а концы, передний и задний, остаются неповрежденными: разрыв по типу «ручки лейки». Поперечные разрывы переднего или заднего рога также довольно часты. Поперечные разрывы в центре мениска, под внутренней боковой связкой, встречаются реже.

Разрыв наружного мениска возникает по тому же механизму, что и внутреннего, с той лишь разницей, что ротационное движение голени совершается в противоположном направлении. У взрослых разрыв наружного мениска встречается редко, зато у детей старшего возраста и у подростков, у которых «внутренние повреждения» коленного сустава, вообще редки, наружный мениск разрывается относительно часто. Кроме того, этой возрастной группе свойственно наличие сплошного наружного мениска. Внедрение эндоскопической техники в хирургию коленного сустава открыло новые возможности и способы восстановления передней крестообразной связки коленного сустава. В клинике травматологии, ортопедии и ВПХ Гродненского государственного медицинского университета метод артроскопической реконструкции передней

крестообразной связки применяется с 1999 г. с использованием ауто- и аллотрансплантатов. Показаниями к операциям считали свежие и застарелые, полные и частичные повреждения ПКС и определялись индивидуально с выбором трансплантата, основываясь на данных клинического исследования и артроскопической оценки состояния связки на первом этапе реконструктивно-восстановительных операций.

Применение аллотрансплантатов позволило не ослаблять донорский участок, уменьшить операционную травму, сократить время оперативного вмешательства, достигнув функциональной стабильности коленного сустава.

Сочетание малоинвазивной диагностической технологии и метода аллотрансплантации нашло своё применение при лечении рассекающего остеохондрита.

Удаление хондромных тел, резекция жирового тела, рассечение медио-пателлярной складки производили по общепринятой методике.

В большинстве случаев дополнительная иммобилизация не применялась. Швы снимали на шестые сутки. Сроки максимальных физических нагрузок и занятия спортом определяли индивидуально.

Таким образом, результаты исследований показали, что артроскопические операции на коленном суставе эффективны и малотравматичны, что позволяет ускорить медико-социальную реабилитацию пострадавших, сократить временную нетрудоспособность, предотвратить раннее развитие посттравматического артроза, вернуться к занятиям спортом.

Литература:

1. Лазишвили Г.Д., Кузьменко В.В., Гиршин С.Г. и др. Артроскопическая реконструкция передней крестообразной связки коленного сустава // Вестник травматол. ортопед. - 1997. - № 1. - С. 23-28.
2. Миронова З.С., Фалех Ф.Ю. Артроскопия и артрография коленного сустава. - М., 1982.
3. Спортивные травмы / Под ред. Ф.Х. Ренстрема, пер. с англ..- Киев: Олимпийская литература, 2003. - 471 с.

ПРИМЕНЕНИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БЛОКАДАХ ПОЗВОНОЧНЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ СЕГМЕНТОВ У СПОРТСМЕНОВ

Дмитриев А.Л.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Мануальная терапия широко используется при блокадах позвоночных двигательных сегментов (ПДС) и суставов, которые могут развиваться вследствие травм, дегенеративно-дистрофических процессов, длительного изометрического напряжения мышц и других причин [2,3]. При этом следует отметить, что симптоматическое лечение неврологических и других клинических проявлений в данной ситуации является в ряде случаев не очень эффективным, поскольку не устраняется патогенетический компонент. В зависимости от причин развития и длительности блокады определяется тактика проведения мануального лечения для достижения эффективного лечебного результата. В комплексной реабилитации лечения данных состояний широко используются и другие немедикаментозные методики (физиотерапия, кинезотерапия и др.) [1, 4].

Приводим наблюдение за результатом использования мануальной терапии у высококвалифицированного спортсмена, мастера спорта международного класса, члена сборной РБ, участника Олимпийских игр в Сеуле. Пациент обратился за помощью за полгода до Олимпиады с жалобами на интенсивные боли в шейном отделе позвоночника с иррадиацией в правую руку, выраженным мышечно-тоническим синдромом, резким ограничением ротационных движений и латерофлексии. Боль возникла после выполнения технического действия в процессе борцовского поединка. Консервативное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение в течение трех недель не принесло облегчения и восстановления объема движений. При выполнении мануальных диагностических приемов пациент отмечал болезненность, в связи, с чем манипуляции на шейных