

Министерство здравоохранения Республики Беларусь  
Государственное учреждение «Республиканский научно-практический  
центр травматологии и ортопедии»



# **Актуальные вопросы связочной нестабильности коленного сустава**

материалы международной  
научно-практической конференции

29 мая 2015 г.

Минск  
2015

**■ ЛИТЕРАТУРА**

1. Алексеева, Е.И. Ювенильный ревматоидный артрит / Е.И. Алексеева // Педиатрия. – М.: ГЭ-ОТАР-Медиа, 2005.
2. Беляева, Л.М. Болезни суставов у детей и подростков: учебно-методическое пособие. – Мн.: БелМАПО, 2006. – 70 с.
3. Кузьмина, Н.Н. [и др.] Детская ревматология: рук. для врачей / под ред. А.А. Баранова, Л.К. Баженовой. – М.: Медицина, 2002. – 336 с.

Жук Е.В., Герасименко М.А., Третьяк С.И.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

## **Внутри- и внесуставные методики лечения латеральной нестабильности надколенника**

**■ ВВЕДЕНИЕ**

Патология пателлофemorального сустава (ППФС) в настоящее время достаточно распространена и представляет до 15–40% впервые обратившихся с повреждениями коленного сустава пациентов. Hawkins и др. [1] указали, что в дальнейшем от 30 до 50% пациентов, перенесших травматический вывих надколенника, жалуются на боль и/или нестабильность в коленном суставе. По данным Lewallen и соавторов [2], более 50% этих пациентов в дальнейшем нуждаются в хирургическом лечении.

В случае хронической латеральной нестабильности надколенника рекомендуется интенсивное консервативное лечение, включающее лечебную физкультуру с комплексом упражнений, направленных на развитие медиальной головки четырехглавой мышцы бедра и укрепление ее косых волокон, массаж четырехглавой мышцы бедра, внутрисуставное введение глюкозаминов, физиотерапевтические мероприятия, использование бандажей и др. Хирургическое вмешательство показано при сохранении признаков нестабильности надколенника, болевого синдрома спустя 6 месяцев от начала лечения.

**■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

С 1984 по 2014 г. на базе детского травматолого-ортопедического отделения 6-й Городской клинической больницы г. Минска было проведено 65 операций (из них 37 – артроскопических) 53 пациентам с нестабильностью в ПФС (22 юношам, 31 девушке на 65 суставах – 33 левых и 32 правых). Средний возраст пациентов – 15,9 лет (от 5 до 28). Средний срок пребывания пациентов в стационаре по поводу традиционных вмешательств – 17,4 суток, по поводу вмешательств с использованием артроскопического доступа – 7,2 суток.

Электромиография была проведена 34 пациентам с хронической нестабильностью в ПФС. Данные параметров биоэлектрической активности мышц бедра и голени позволили сделать обоснованный выбор метода лечения (в зависимости от величины дисбаланс амплитуды и частоты биоэлектрической активности латеральной и медиальной широких мышц бедра: до 40% – возможно применение артроскопических малотравматичных вмешательств – 28 (82,4 %) пациентов, более 40% – необходимо применение «открытых» реконструктивных операций – 6 (17,6 %) пациентов) и физической реабилитации в послеоперационном периоде.

По данным клинического осмотра, на основании выявления резистентной латеропозиции надколенника пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе (40 пациентов, 45 коленных суставов) резистентная латеропозиция надколенника не была выявлена. Данные ЭМГ

этих пациентов не выявили значительного (>40%) дисбаланса мышц-антагонистов. Пациентам данной группы проводились малоинвазивные вмешательства: в 29 случаях – изолированный релиз латерального удерживателя надколенника (из них в 3 случаях – с последующей абразивной хондропластикой дефекта медиальной фасетки надколенника (хондромалация 2–3 ст.), в 5 случаях релиз проводился с использованием скальпеля под артроскопическим контролем в связи с малым объемом полости сустава и выраженностью склеротического преобразования латерального удерживателя), в 8 случаях – релиз латерального удерживателя надколенника в сочетании с рифингом медиальных стабилизаторов надколенника (т.е. пликацией – только при условии отсутствия при визуальном артроскопическом осмотре признаков острого повреждения МПФС проводился чрез- (с использованием рассасывающегося шовного материала) или интракапсулярно (с использованием нерассасывающегося шовного материала) артроскопический контроль для исключения внутрисуставного наложения шва) на протяжении средней-верхней трети надколенника, а также 1 см проксимальнее 3–4 шва после проведения латерального релиза до достижения положения центрации надколенника в межмышечковой вырезке бедра в положении разгибания, а также сгибания 30 градусов, также проводился контроль объема максимального сгибания с целью исключения ятрогенной провокации медиальной гиперпрессии надколенника). В 8 случаях (у пациентов, активно занимающихся игровыми видами спорта) была проведена пластика МПФС аутосухожилием *m. gracilis*: в 2 случаях костный рост был завершен – проводилась фиксация с помощью анкеров; в 6 случаях у пациентов с незавершенным ростом скелета проводилась фиксация к мягкотканому компоненту медиальной поверхности внутреннего мыщелка бедра (по разработанному способу) – субпериостально (в анатомичной зоне между приводящим бугорком и точкой проксимальной фиксации медиальной коллатеральной связки).

Во второй группе (с выявленной резистентной латеропозицией надколенника, 13 пациентов, 20 коленных суставов) в 9 случаях был выполнен артроскопический латеральный релиз в сочетании с наложением дубликатуры медиального удерживателя надколенника (в 4 случаях – по оригинальной методике с транспозицией-тонизацией мышечно-сухожильной части *vastus medialis* на переднюю поверхность надколенника), в 11 случаях выраженной слабости и растянутости медиального удерживателя (в том числе 3 случая застарелого вывиха надколенника) была выполнена операция Крогиуса.

## ■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Отдаленные результаты (от 1 мес. до 20 лет, с использованием шкалы Lisholm – Tegner) удалось проследить в 64 случаях. В первой группе пациентов результаты следующие: 31 (68,9%) – отлично, 12 (26,7%) – хорошо, 2 (4,4%) – удовлетворительно. Повторных вывихов выявлено не было, в 2 случаях отмечалось сохранение J-признака при сгибании-разгибании коленного сустава, сопровождающегося незначительной болезненностью. У пациентов, перенесших рифинг медиальных стабилизаторов (8 случаев), симптом опасения отрицательный в 100%; у пациентов, перенесших изолированный латеральный релиз (29 случаев), у 27 отмечают исчезновение «страха вывиха» (93,1 %).

Во второй группе пациентов результаты следующие: 9 (45%) – отлично, 7 (35%) – хорошо, 4 (20%) – удовлетворительно (основная жалоба – персистирующая боль по передней и внутренней поверхности коленного сустава от незначительной до умеренной, регресс симптомов ниже ожидаемого). Срок реабилитации варьировал от 3 недель до 2 месяцев, все пациенты достигли нормального объема сгибания в коленном суставе, рецидивов вывиха не отмечалось. Послеоперационных осложнений не было.

## ■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В определении наиболее рационального метода лечения нестабильности надколенника важно использовать весь арсенал современных методов исследования, в т.ч. электроми-

ографию. У пациентов с незавершенным ростом скелета следует избегать вмешательств на костных элементах – предпочтительно использовать мягкотканые вмешательства. При выявлении посттравматической нестабильности надколенника целесообразно использование малоинвазивных артроскопических операций. Однако в случаях значительной выраженности патологии открытые реконструктивные вмешательства остаются методом выбора.

#### ■ ЛИТЕРАТУРА

1. Hawkins, R.J., Bell, R.H., Anisette, G. Acute patellar dislocations. The natural history. / R.J. Hawkins, R.H Bell, G. Anisette // American journal of sports medicine. – 1986. – Vol. 14 (2). – P. 117-120.
2. Lewallen, L.W., Mcintosh, A.L., Dahm, D.L. Predictors of Recurrent Instability After Acute Patellofemoral Dislocation in Pediatric and Adolescent Patients./ L.W. Lewallen, A.L. Mcintosh, D.L. Dahm // American journal of sports medicine. – 2013. – Vol. 1 (3). – P. 575–581.

Жук Е.В., Герасименко М.А., Третьяк С.И.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

## Безанкерная пластика медиальных стабилизаторов надколенника у пациентов с незавершенным ростом скелета

#### ■ ВВЕДЕНИЕ

По данным различных авторов [1, 2], вывихи надколенника травматической природы составляют до 10% от всех закрытых травм области коленного сустава, причем значительно чаще (до 30%) встречаются у детей и подростков, чей скелет характеризуется незавершенностью процессов роста. Рецидивы вывиха надколенника встречаются в 10–40% случаев (чаще – при наличии дисплазии коленного сустава, а также первичном эпизоде вывиха ранее 15-летнего возраста) – при этом развивается хроническая нестабильность надколенника.

Как известно, основа стабильности ПФС при сгибании в коленном суставе – анатомия и конгруэнтность дистального конца бедренной кости и надколенника. При разогнутом же коленном суставе, а также в пределах 0–30 градусов сгибания большая роль в статической стабилизации надколенника от латерального смещения в настоящее время отводится медиальной пателлофemorальной связке (МПФС).

В то же время динамическая стабильность обеспечивается в основном за счет косых волокон медиальной головки четырехглавой мышцы бедра, что дает потенциал для применения консервативных методов лечения, основанных на восстановлении мышечного тонуса и динамического баланса пателлофemorального сочленения.

Проявлениями латеральной нестабильности надколенника считаются не только непосредственно острый травматический либо привычный вывихи надколенника, но также явления наклона, латеропозиции, латеральной гиперпресии надколенника и др. Консервативные методы лечения позволяют добиться удовлетворительных результатов у примерно 50% пациентов. Хирургическое вмешательство показано при сохранении признаков нестабильности надколенника, болевого синдрома спустя 6 месяцев от начала консервативного лечения.