

ХІ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

*посвященный 130-летию со дня рождения
академика Н.Н. Приорова*



Российская Академия Наук

XI CONGRESS OF THE RUSSIAN ARTHROSCOPIC SOCIETY

*on the occasion of the 130th anniversary
of academician N.N. Priorov*

22-25 / 04 / 2015

Москва, Россия / Moscow, Russia



Москва, Россия / Moscow, Russia

2015

методике наносят слой клея на обработанную кость, укладывая мембрану сверху. Мы укладываем мембрану непосредственно на кость, нанося слой клея поверх мембраны. Это упрощает манипуляцию и по нашим данным повышает надежность фиксации.

Для апробации модифицированной техники было сформировано две группы пациентов: у 32 человек выполнили хондропластику с имплантацией мембраны Chondro-Gide через артротомический доступ (1-я группа), а у 24 пациентов – с использованием модифицированной артротомической техники (2-я группа). Все пациенты имели глубокие (IV ст. по классификации ICRS) хрящевые дефекты мыщелков бедренной кости площадью до 3 см², болевой синдром свыше 35 баллов по ВАШ и функцию коленного сустава в диапазоне 60–76 баллов по KOOS (Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score).

Результаты. Основной этап операции (имплантацию мембраны) у всех пациентов выполняли под жгутом. Модифицированная техника операции позволила во 2-й группе сократить этот этап по сравнению с 1-й группой в среднем на 16,1 мин (в 1,8 раза). Хотя ни одного осложнения, связанного с наложением жгута, мы не отмечали, само по себе сокращение времени наложения жгута является позитивным моментом.

В раннем послеоперационном периоде пункцию сустава по поводу развившегося гемартроза или синовита в 1-й группе выполнили у 37,5% пациентов (12 наблюдений), а во 2-й группе – только в одном случае.

Наблюдение проводили в течение 1 года после операции. Снижение среднего показателя интенсивности боли к этому сроку в 1-й группе составило 76,6% от начального уровня (в 4,3 раза), а во 2-й группе – 82,8% (в 5,8 раза). Средний показатель функции коленного сустава по KOOS к 1 году наблюдения в 1-й группе улучшился на 25,4 балла, расположившись в оценочном диапазоне «хорошая функция», а во 2-й группе – на 29,1 балла, переместившись в диапазон «отличная функция».

По оценке самих пациентов «отличным» результат лечения посчитали 56,3% пациентов 1-й группы и 75,0% – 2-й группы; совокупность оценок «отлично» и «хорошо» в 1-й группе составила 90,7%, а во 2-й группе – 95,8%.

Интересной мы считаем также оценку пациентами комфортности проведенного лечения, имея в виду не достигнутый лечебный эффект, а степень испытанных ими страданий и неудобств за прошедший год (включая саму операцию, пребывание в стационаре и период реабилитации). Оценку проводили по ВАШ. Пациенты 2-й группы оценили дискомфорт в среднем на 36,9 баллов ниже, чем в 1-й группе (в 1,9 раза, $p < 0,001$).

Выводы. Хондропластика, выполненная с помощью модифицированной артротомической техники (2-я группа наблюдения), превосходит традиционную методику, выполняемую через артротомический доступ, являясь менее травматичной, более эффективной и комфортной для пациентов. Это позволяет рекомендовать применение артротомической техники для имплантации мембраны Chondro-Gide при выполнении хондропластики локальных дефектов суставной поверхности мыщелков бедренной кости в качестве метода выбора.

БЕЗАНКЕРНАЯ ПЛАСТИКА МЕДИАЛЬНОЙ ПАТЕЛЛОФЕМОРАЛЬНОЙ СВЯЗКИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЗАВЕРШЕННЫМ РОСТОМ СКЕЛЕТА

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

Белорусский государственный медицинский университет,
Белорусская медицинская академия последипломного образования,
г. Минск, Республика Беларусь

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

В последние десятилетия в мировой ортопедии отмечается значительный рост интереса к проблеме лечения патологии пателло-фemorального сустава (ПФС). Среди причин этого явления можно выделить увеличение числа пациентов, преимущественно подросткового возраста, ведущих активный образ жизни, занимающихся игровыми видами спорта, предъявляющих жалобы на боль в переднем отделе коленного сустава, сопровождающуюся ощущением нестабильности, положительным симптомом «опасения» и собственно вывихами надколенника. С другой стороны, рост интереса к вышеуказанной проблеме обусловлен также получением новых данных в анатомии разгибательного аппарата коленного сустава в целом и структур, стабилизирующих надколенник, в частности, что дало новый толчок в разработке методов консервативного и хирургического лечения пациентов с латеральной нестабильностью 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 на сегодняшний день 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 вывих надколенника, но также явления наклона, латеропозиции, латеральной гиперпресии надколенника и др. Консервативные методы лечения указанной патологии имеют различную эффективность, однако, по данным большинства авторов, редко удается получить хорошие и отличные результаты у более чем 50% пациентов.

Хирургическое вмешательство показано при сохранении признаков нестабильности надколенника, болевого синдрома спустя 6 месяцев от начала консервативного лечения.

Целью исследования явилась разработка способа пластики МПФС и изучение результатов его применения у пациентов с незавершенным ростом скелета, страдающих привычным вывихом надколенника.

Материалы и методы. С 2010 по 2014 год на базе детского травматолого-ортопедического отделения 6 ГКБ г. Минска было проведено 7 операций 7 пациентам в возрасте от 12 до 18 лет с привычным вывихом надколенника (не менее 3 эпизодов). Из них 3 юношей, 4 девушек, 7 коленных суставов – 4 левых и 3 правых.

В диагностике патологии ПФС был использован весь арсенал диагностических средств: анамнестические данные, физикальное обследование, проведение функциональных тестов (определение угла квадрицепса “Q”, тест на ограничение поднятия латерального края надколенника, определение симптома щелкающего надколенника – J-признак, Ober’s тест, Ely’s тест), рентгенологическое исследование (прямые, боковые, тангенциальные рентгенограммы: индекс Caton-Deschamps, линия Blumensaat, угол конгруэнтности Merchant, уровень латерализации собственной

связки надколенника), КТ, МРТ (для определения степени хондральных повреждений медиальной фасетки надколенника и мышц бедра, выявления выраженности повреждения стабилизаторов надколенника), электромиография (выявление дисфункции мышц бедра и голени), артроскопия как лечебно-диагностический метод.

Электромиография была проведена 6 пациентам: у всех обследуемых наблюдался дисбаланс амплитуды и частоты биоэлектрической активности латеральной и медиальной широких мышц бедра, двуглавой и латеральной широкой мышц бедра на здоровой и на пораженной конечности со снижением на последней.

Всем пациентам была выполнена пластика МПФС по разработанному способу. Так, после наложения пневматической манжеты, выделения и обработки аутосухожилия *m. gracilis* по общепринятой методике (необходимая длина трансплантата – 20–22 см), после предварительной пальпации зоны медиального мышечка бедра и обнаружения внутреннего надмышечка (зоны прикрепления внутренней коллатеральной связки) и приводящего бугорка (зоны прикрепления дистального сухожилия *m. adductor magnus*), осуществлялся доступ к области нормального прикрепления медиальной пателлофemorальной связки: спереди до 5 мм от линии, соединяющей описанные костные ориентиры. Разрез длиной 1,5–2 см проводился параллельно указанной линии на глубину до связочно-надкостничного слоя, который также рассекался продольно, затем остро отделялся от подлежащей бедренной кости кзади на протяжении 1–1,5 см, где параллельно первому проводился дополнительный разрез связочно-надкостничного слоя с полукругом в результате мягкотканного ручкообразного лоскута достаточной жесткости размером от 1,5*1 см до 2*1,5 см, фиксированного проксимально и дистально к костному ложу. Подготовленный ауто трансплантат проводился под указанной структурой и фиксировался наложением нескольких узловых швов в области своей середины. Дополнительным разрезом кожи в области средней и проксимальной третьей медиального края надколенника осуществлялся доступ к связочно-надкостничному слою передней поверхности надколенника, где на расстоянии 1 см друг от друга проводились два параллельных продольных разреза до костной ткани размером 0,5–1 см в верхней трети надколенника и еще два разреза – на границе средней и нижней трети надколенника, после чего острым путем получались два мягкотканых канала. Свободные концы фиксированного в зоне медиального мышечка бедра аутосухожилия проводились надкапсульно к медиальному краю надколенника, где один из концов фиксировался узловыми швами при незначительном натяжении в проксимальном канале и по передней поверхности надколенника при центрации последнего и сгибании в коленном суставе 30 гр., другой конец аутосухожилия – в дистальном канале при сгибании в коленном суставе 90 гр., что обеспечивало стабилизацию надколенника при сохранении полного объема движений в коленном суставе. После фиксации ауто трансплантата его свободные концы отсекали. После наложения швов на кожу конечность фиксировали гипсовой лонгетой в положении сгибания в коленном суставе 20 градусов на срок до 1,5–2 недель с последующей реабилитацией (сгибание до 90 гр.), с 4 недель – активная ЛФК.

Результаты. Отдаленные результаты (от 1 мес. до 3 лет, с использованием шкалы Lisholm-Tegner) удалось проследить у 7 пациентов: 5 – отлично, 2 – хорошо. Повторных вывихов выявлено не было, в 2 случаях отмечалось незначительное сохранение J-признака при сгибании-разгибании коленного сустава, не сопровождающегося болезненностью. Симптом опасения («страха вывиха») исчез у всех пациентов. Срок реабилитации варьировал от 3 недель до 2 месяцев, все пациенты достигли нормального объема сгибания в коленном суставе. Послеоперационных осложнений не было.

Выводы. Нестабильность надколенника – достаточно распространенная проблема, особенно в детском и юношеском возрасте, требующая пристального внимания. В определении наиболее рационального метода лечения важно использовать весь арсенал современных методов исследования. Использование электромиографии у пациентов с указанной патологией позволяет определить тактику лечения и оценить его эффективность, а также оценить эффективность реабилитации.

У пациентов с незавершенным ростом скелета следует избегать вмешательств на костных элементах, а также вмешательств, требующих установки в область ростковых зон фиксирующих имплантов (анкеров). У таких пациентов предпочтительно использовать мягкотканые вмешательства, одно из которых представлено в работе и демонстрирует отличные и хорошие результаты применения в клинической практике.

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ВНУТРИСУСТАВНЫХ СТРУКТУР ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПРИ ПЕРЕДНЕЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ

Гладков Р.В., Хомяков В.В.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить характер и структуру внутрисуставных повреждений плечевого сустава и проанализировать результаты применения артроскопии при лечении военнослужащих с передней нестабильностью.

Материал и методы. Проанализированы результаты 107 артроскопических передних стабилизаций плечевого сустава у 103 мужчин и 4 женщин, из которых 7 операций носило ревизионный характер. Средний возраст составил 21,3 г., первый вывих плеча произошел в 19,3 г. (14–38), среднее количество вывихов – 4,1 (2–18), средняя продолжительность периода до операции – 35,2 мес. Первичный вывих плеча произошел в ходе боевой и физической подготовки у 37 военнослужащих (34,6%), до призыва на военную службу – у 51 (47,7%). Доминирующая рука была повреждена у 82 больных (76,6%). Профессиональных спортсменов (слушателей ВИФК) было прооперировано 24 (22,4%).

В ходе артроскопии наблюдали повреждения суставной губы лопатки, суставно-плечевых связок и капсулы сустава в переднем и нижнем отделах, которые сочетались с дефектами суставных поверхностей лопатки и головки плечевой кости, повреждениями бицепито-лабрального комплекса и сухожилий вращающей манжеты плеча. Наиболее часто отмечали повреждение Банкарта (61 больной, 57,1%) и застарелое повреждение типа ALPSA, фиксированное к шейке лопатки (26 военнослужащих, 24,3%), реже – не фиксированное повреждение ALPSA (10 человек, 9,3%), костное повреждение Банкарта с сохранившимся костным фрагментом (9,3%) и острые разрывы капсулы сустава на протяжении – 4 (3,7%). Повреждение суставного хряща в переднем отделе гленоида (GLAD) наблюдали у 9 человек (8,4%). Отрыв капсулы сустава от головки плечевой кости (HAGL) был обнаружен у 1 больного (0,9%). В 36,4% наблюдений повреждение капсуло-лабрального комплекса носило протяженный характер (270° и 360°). В большинстве случаев имело место рубцово-пластическое удлинение передне-нижнего отдела капсулы сустава. Повреждения типа SLAP травматического характера были выявлены у 37 (34,6%) военнослужащих с передней нестабильностью плечевого сустава. Наиболее часто (17 человек, 15,9%) наблюдали II тип повреждения. В 12 случаях (11,2%) имело место повреждение сухожилий вращающей манжеты плеча: частичное (9 человек, 8,4%) или полнослойное (2 человека, 1,9%), а также перелом большого бугорка у 1 больного (0,9%). Повреждение переднего отдела суставного отростка лопатки не превышало 10% поперечного диаметра у 14 больных (13,1%), имело ограниченные (до 25%) – у 64 (59,8%) и большие размеры (>25%) – у 19 (17,8%). Перелом Хилл-Сакса отсутствовал или был биомеханически не значимым («Off-Track») у 94 человек (87,9%) и у 13 (12,1%) оставался склонен к зацепу за гленоид при отведении и наружной ротации плеча даже после восстановления натяжения суставно-плечевых связок («Off-Track»).

При выборе способа хирургической стабилизации плечевого сустава оценивали индекс нестабильности по шкале ISIS. При индексе выше 4 анкерную рефиксацию капсуло-лабрального комплекса дополняли процедурой реимплессаж при дефекте гленоида <25% и «Off-Track» переломе Хилл-Сакса. В 10 наблюдениях (9,3%) осуществили эндоскопическую рефиксацию костного фрагмента Банкарта: в 6 при помощи винта и в 4-х – якорным швом. У 19 больных (17,8%) с индексом нестабильности выше 6 был подтвержден дефект гленоида более 25% и выполнена операция Bristow-Latarjet из малого доступа с артроскопическим сопровождением. В 17 из 19 наблюдений (89%) имел место «Off-Track» перелом Hill-Sachs