

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМОВ ФЕМОРО-ПАТЕЛЛЯРНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ

Пустовойт Б.А., Бабуркина Е.П., Сименач Б.И.
ГУ «ИППС им. проф. М.И.Ситенко» АМН, г. Харьков

Введение

Большую группу заболеваний коленного сустава составляют заболевания, обусловленные наследственной предрасположенностью [4]. В данном сообщении рассматриваем патологию феморо-пателлярного сочленения (ФПС). Такие синдромы, обусловленные наследственной предрасположенностью, как синдром нарушения нагружения ФПС (СНФ) и синдром нарушения равновесности нагружения надколенника (СНРН).

Разработав и внедрив в хирургическую практику комплекс оперативных вмешательств на коленном суставе при СНФ и СНРН [1,2,3,5], мы проследили отдалённые результаты проведенного лечения. Мы выбрали группу больных, перенесших хирургическое лечение в возрасте от 12 до 17 лет (включительно) с различными временными промежутками после проведения оперативных вмешательств.

Материалы и методы

Нами была разработана анкета. Наша анкета содержала 14 вопросов, отвечая на которые пациенты дали нам ряд информативных ответов о состоянии коленного сустава в отдалённые сроки после хирургического вмешательства, которые позволили судить нам об эффективности проведенного лечения. К этим критериям мы отнесли: болевой синдром в покое и при различных видах нагрузки, форма коленного сустава – состояние тканей, стабильность (устойчивость), функциональные возможности сустава и конечности, социальная адаптация. Вопросы частично повторяли друг друга и дополняли, что позволило улучшить достоверность ответов.

Ответ на каждый вопрос анкеты оценивался по 10-ти бальной шкале (0-2 балла – очень плохо, 3-4 балла – плохо, 5-6 баллов – удовлетворительно, 7-8 – хорошо, 9-10 баллов – очень хорошо).

Всего получено 38 заполненных и подлежащих обработке анкеты (81 операция). 35 больных прооперированы на двух коленных суставах одновременно или поочередно, 3 больных на одном суставе, у 1 пациента патология ФПС сочеталась с несостоятельностью дискоидного мениска, в связи с чем была произведена резекция дискоид-

ного мениска, в 1 случае дополнительно применялась полиамидная медиальная стяжка, у 6 больных оперативные вмешательства были дополнены аутопластикой медиальных связок, поддерживающих надколенник.

В таблице 1 приведены данные распределения больных по возрасту.

Таблица 1
Распределение больных по возрасту

Возраст	12	13	14	15	16	17
количество	2	1	5	13	11	6

Наибольшее количество больных было в возрасте 15-16 лет.

В таблице 2 приведены данные распределения больных по полу.

Таблица 2
Распределение больных по полу

ПОЛ	
Мужской	Женский
5	28

Соотношение 5,6 : 1 (что соответствует имеющимся в литературе данным [6,7,8]).

Срок наблюдения после хирургического лечения составил от 3 до 17 лет (в среднем 7,7 лет). Наиболее многочисленная группа со сроком наблюдения 4 года (14) и 6 лет (7).

Все опрошенные были разделены на две подгруппы. Критерием разделения послужил способ оперативного вмешательства.

Первая подгруппа. Больным были проведены вмешательства на связочном аппарате – релиз латеральных связок, поддерживающих надколенник.

Вторая подгруппа. Больным были проведены реконструкции разгибательного аппарата (РРА) с перемещением надколенника по отношению к блоку бедренной кости за счёт изменения места прикрепления связки надколенника к бугристости большеберцовой кости.

Результаты и обсуждение

Вопросы анкеты.

1. Беспокоит ли Вас оперированный сустав (вы)?
2. Есть ли у Вас боль в коленном суставе при ходьбе?

3. Есть ли у Вас боль в коленном суставе, когда Вы сидите?
4. Бывают ли у Вас боли по ночам?
5. Отекает ли Ваш коленный сустав?
6. Бывают ли у Вас вывихи надколенника?
7. Есть ли у Вас ограничение сгибания в коленном суставе?
8. Устойчив ли Ваш сустав и конечность при нагрузках?
9. Можете ли Вы ходить уверенно по ровной плоскости?
10. Можете ли Вы ходить уверенно по пересечённой местности?
11. Можете ли Вы присесть?
12. Нужна ли Вам посторонняя опора для ходьбы?
13. Есть ли у Вас проблемы при пользовании транспортом?
14. Дайте оценку проведенному лечению по 10-ти бальной шкале?

Данные опроса в баллах представлены на рис.1.

Первый вопрос анкеты имел общий характер, и продолжение вопроса отражено в последнем – четырнадцатом. В усреднённых ответах прослеживается следующее:

- в первой подгруппе при ответе на 1-й вопрос – 7,4 балла; ответ на 14-й – 9,3 (хорошо – очень хорошо).
- во второй подгруппе соответственно 1-й – 7,7; 14-й – 8,7. То есть при том, что имеется определённые элементы беспокойства все больные на вопрос о оценке лечения выставили достаточно высокие баллы (хорошо – хорошо).

Второй, третий и четвёртый вопросы дают оценку имеющемуся болевому синдрому (при разных ситуациях) у всех больных отмечается результат 8,8 – 9,8 баллов (хорошо – очень хорошо).

Пятый вопрос – отёчность тканей. 9,3 – 9,5 (очень хорошо).

Шестой вопрос – вывих – подвывих надколенника 9,8 – 9,5 (очень хорошо).

Седьмой вопрос – функция. 8,8 – 9,5 (хорошо – очень хорошо).

Восьмой, девятый, десятый вопросы – различные виды нагрузки. 8,8 – 9,8 (хорошо – очень хорошо).

Одиннадцатый вопрос – функция при нагрузке. 8,2 – 7,3 (хорошо – хорошо).

Двенадцатый вопрос – дополнительная опора. 9,9 – 10 (очень хорошо).

Тринадцатый вопрос – пользование транспортом. 9,0 – 9,3 (очень хорошо).

Четырнадцатый вопрос – оценка лечения. 9,3 – 8,7 (очень хорошо – хорошо).

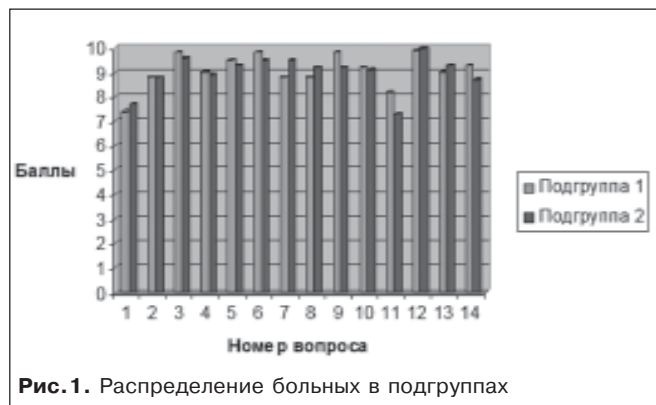


Рис.1. Распределение больных в подгруппах

Выводы

При СНФ и СНРН, обусловленных наследственной предрасположенностью, необходимо выполнение оперативных вмешательств следующего типа:

○ **проксимальная реконструкция** (рассечение латеральных связок, поддерживающих надколенник), которая уменьшает латеральную мягкотканую гиперпрессию, способствует физиологической медиализации надколенника, способствует нормальному расположению надколенника на дорожке скольжения, уменьшает угол связки надколенника-Q, способствует восстановлению функционального баланса вспомогательного разгибательного аппарата и нормализации условий развития сочленения у детей. Разработанное нами оперативное вмешательство (рассечение латеральных связок с последующим пластическим закрытием дефекта) решает вышеперечисленные задачи и обладает косметическим эффектом, что немаловажно для лиц молодого возраста

○ **дистальная реконструкция**, которая уменьшает вальгусный угол связки надколенника-Q, наружную ротацию надколенника, оптимизирует его скольжение и увеличивает нагрузку на медиальную фasetку, уменьшает латеральный гипертонус и действие сил, вызывающих эффект внутренней ротации голени в условиях активного разгибания.

Проведенные оперативные вмешательства из обеих групп, используются в детском возрасте. При СНФ в основном применяется проксимальная реконструкция, при СНРН необходимо сочетание проксимальной и дистальной реконструкции.

Патология ФПС, обусловленная наследственной предрасположенностью превалировала у девочек.

Несмотря на проведенное лечение и полученные положительные результаты в коленном суставе остаются аномалии строения сустава, которые так или иначе влияют на нарушение

нагруження сустава. Іменно це обуславлює негативні результати у 25% больних – розвиток дистрофічних змін в суглобі.

Незалежно від об'єму хірургічного лікування отримані результати лікування (при середньому строку спостереження 7,7 років) хороші і дуже хороші.

Література

1. Бабуркіна О.П. Синдром порушення навантаження феморо-пателлярного зчленування диспластичного генезу: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.20 „Травматологія та ортопедія”/ О.П.Бабуркіна. – Харків, 1996. – 23, [1]с.
2. Нестеренко С.А. Синдром порушення рівноваги надколінника диспластичного генезу: (Хірург. лікування): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.20. „Травматологія та ортопедія”/ С.А.Нестеренко. – Харків, 1989. – 23, [1]с.
3. Пустовойт Б.А. Хірургічна профілактика диспластичного гонартрозу: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед наук: спец. 14.01.20 „Травматологія та ортопедія”/ Б.А.Пустовойт. – Харків, 1996, – 43, [1] с.
4. Сіменач Б. Спадково схильні захворювання суглобів: Теоретико-методолог. обґрунтування: (На моделі колінного суглоба). /Б.Сіменач – Харків: основа, 1998. – 120 с.
5. Спадково схильні захворювання суглобів. Побудова лікувально-діагностичної тактики (на моделі колінного суглоба)/ Під. Ред. Б.Сіменач. -Харків, 1999. – 393 с.
6. Doucette SA The effect of exercise on patellar tracking in lateral patellar compression syndrome// S.A Doucette, E.M Goble.//Am J Sports Med.- 1992.-№20(4).- P.434-440 .
7. Gambardella RA Technical pitfalls of patellofemoral surgery.// RA Gambardella// Clin Sports Med. – 1999. – №18(4). – P.897-903 .
8. Lateral release of the patella: indications and contraindications/ PA Kolowich, LE Paulos, TD Rosenberg, [et al]//.Am J Sports Med. – 1990. – №18(4). – P.359-365 .

Реферат

При синдромі порушення навантаження ФПС в основному застосовується проксимальна реконструкція, при синдромі порушення рівноваги надколінника необхідно поєднання проксимальної і дистальної реконструкції.

Незалежно від об'єму хірургічного лікування отримані результати лікування (при середньому строку спостереження 7,7 років) хороші і дуже хороші.

суглобі залишаються аномалії будови суглоба, які, так або інакше, впливають на порушення навантаження сустава. Іменно це обуславлює негативні результати у 25% больних – розвиток дистрофічних змін в суглобі.

Незалежно від об'єму хірургічного лікування отримані результати лікування (при середньому строку спостереження 7,7 років) хороші і дуже хороші.

Ключові слова: захворювання суглобів, обумовлені спадковою схильністю, проксимальна реконструкція, при синдромі порушення рівноваги надколінника необхідно поєднання проксимальної і дистальної реконструкції.

Реферат

При синдромі порушення навантаження ФПС в основному застосовується проксимальна реконструкція, при синдромі порушення рівноваги надколінника необхідно поєднання проксимальної і дистальної реконструкції. Не дивлячись на проведені лікування і отримані позитивні результати в колінному суглобі залишаються аномалії будови суглоба, які, так або інакше, впливають на порушення навантаження суглоба. Саме це зумовлює несприятливі результати у 25% хворих – розвиток дистрофічних змін в суглобі.

Незалежно від об'єму хірургічного лікування отримані результати лікування (при середньому строку спостереження 7,7 років) хороші і дуже хороші.

Ключові слова: захворювання суглобів, зумовлені спадковою схильністю; реліз латеральних зв'язок, що підтримують надколінник; реконструкція апарату розгинання.

Abstract

At syndromes conditioned by the inherited predisposition, as syndrome of violation of loading of PFC a proximal reconstruction is mainly used, at syndrome of violation of loading of patella combination of proximal and distal reconstruction is needed. In spite of the conducted treatment and got positive results in a knee-joint there are anomalies structures of joint, which, so or differently, influence on violation of loading of joint. Exactly this unfavorable results at 25% patients is development of changes in a joint.

Regardless of volume of surgical treatment the got results of treatment (at the middle term of supervision 7,7 years) good and very good.

Key words: syndromes conditioned by the inherited predisposition