

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ ТА НОТАТКИ ІЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.718.49-001.48-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ РАЗРЫВОВ СОБСТВЕННОЙ СВЯЗКИ НАДКОЛЕННИКА

К. Н. Ражабов, М. Э. Ирисметов

НИИ травматологии и ортопедии МЗ Республики Узбекистан, г. Ташкент

SURGICAL TREATMENT OF OLD RUPTURE OF THE PATELLAR TENDON

K. N. Rajabov, M. E. Irismetov

Reconstruction of old ruptures of patellar tendon remains very important and very difficult up to now. The aim of the work was to improve reconstruction methods and shorten rehabilitation time. In the Department of Sports Injury of Research Institute of Traumatology and Orthopedics of Public Health of Republic of Uzbekistan a new surgical method was developed to restore old ruptures of the patellar tendon. A method of reconstruction of old ruptures of the patellar tendon is described in this article. This surgical method was used in eleven patients and good and excellent results were obtained. Thus, the suggested method of reconstruction of rupture of the patellar tendon is little invasive and may be used in practical medicine.

Key words: knee joint, rupture of the patellar tendon.

ХИРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАСТАРІЛИХ РОЗРИВІВ ВЛАСНОЇ ЗВ'ЯЗКИ НАДКОЛІННИКА

К. Н. Ражабов, М. Е. Ірисметов

Відновлення застарілих розривів власної зв'язки надколінника не втратило своєї актуальності й дотепер представляє труднощі. Метою роботи було вдосконалення методів відновлення та зменшення тривалості реабілітації. У відділенні спортивної травми НДІ травматології і ортопедії МОЗ РУз для відновлення застарілих розривів власної зв'язки надколінника нами розроблений новий хірургічний спосіб. Цим способом прооперовано 11 хворих, в усіх отримано добрі і відмінні результати. Запропонований спосіб є малотравматичним і може бути застосований у практичній медицині.

Ключові слова: колінний суглоб, розрив власної зв'язки надколінника.

Введение

Разгибательный аппарат коленного сустава формируется четырехглавой мышцей бедра с ее сухожильными растяжениями (retinaculum patellae laterale et mediale), надколенником и собственной связкой надколенника (ССН) [1–6, 8, 9].

Повреждения разгибательного аппарата коленного сустава встречаются относительно редко, поэтому число описанных наблюдений невелико и касаются они, главным образом, свежей травмы. Публикаций о застарелых повреждениях разгибательного аппарата коленного сустава немного [5].

Если открытые повреждения этих анатомических образований не представляют особых сложностей ни для диагностики, ни для определения лечебной тактики, то в отношении закрытых повреждений ситуация

остаётся несколько иной. Это связано как с несвоевременным выявлением повреждений, прежде всего мягкотканых компонентов разгибательного аппарата коленного сустава, так и с различными подходами в отношении лечебной тактики. В наибольшей степени это касается подкожных (закрытых) повреждений ССН, которые хотя и значительно уступают по частоте повреждениям надколенника и четырехглавой мышцы бедра, но зачастую из-за несвоевременной и неточной диагностики, неадекватного лечения не менее опасны в отношении возможных неблагоприятных исходов для функции нижней конечности.

Так, по данным С.В. Волкова из-за позднего обращения и неправильной диагностики повреждение ССН не было своевременно выявлено у 68,7% больных [1].

Чаще повреждения сухожилия четырехглавой мышцы и ССН происходят в результате непрямого воздействия

избыточных сил на разгибательный аппарат при фиксированной стопе и частичном сгибании голени (например, при внезапном запинании). Реже разрыв происходит от прямого удара в область сухожилия или связки, разреза их волокон острым предметом.

Повреждение ССН характерно для молодых пациентов, тогда как *разрыв сухожилия четырехглавой мышцы бедра* чаще наблюдается в старшей возрастной группе, особенно при наличии у пациентов дегенеративно-дистрофических изменений в опорно-двигательном аппарате или сопутствующих системных заболеваний (узелковый периаартрит, диабет, подагра, гиперпаратиреозидизм, уремия) [3, 5, 6].

Клинически при застарелых случаях больные не могут напрягать четырехглавую мышцу, по сравнению со здоровой стороной имеется западение, как бы провал в области ССН. Сокращение мышцы, смещая надколенник вверх, не передается на ССН. Полностью выпадает функция разгибания голени. Нарушается статика ходьбы.

При застарелых разрывах ССН сшивание разорванных концов или выполнение пластики связки технических трудностей не вызывает. Однако с первых часов после операции, когда восстанавливается тонус мышц и возникает тяга четырехглавой мышцы за надколенник, появляется угроза прорезывания нитей и расхождения сшитых концов связки. При застарелых разрывах связки постоянной тягой четырехглавой мышцы надколенник смещается вверх. Низвести его и удержать для сшивания концов связки весьма затруднительно [9].

Цель работы — усовершенствовать методы восстановления ССН и уменьшить время реабилитации.

Материалы и методы

Учитывая вышесказанное, в отделении спортивной травмы НИИ травматологии и ортопедии МЗ РУз при лечении застарелых разрывов ССН нами разработан новый оперативный способ восстановления. За период с 2005 по 2011 г. по нашей методике прооперировано 11 больных с разрывом ССН. Мужчин было 9, женщин — 2, в возрасте от 19 до 55 лет. Среди поврежденных ССН были 10 застарелых и одно свежее повреждение.

Для выяснения характера структурных изменений в мягких тканях, обеспечивающих функцию коленного сустава, всем больным производились клиничко-рентгенологические, электромиографические, УЗИ- и МРТ-исследования. В 3 случаях наряду с вышеуказанными исследованиями проведена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с введением в область поврежденной связки контрастного вещества триомбраста, для уточнения локализации разрыва.

Техника операции

Оперативное вмешательство проводится в положении пациента на спине под общим наркозом или спинномозговой анестезией. Доступ к разорванной связке осуществляется срединным парамедиальным разрезом. Разрез кожи начинается на 1 см ниже бугристости большеберцовой кости с медиальной стороны и направляется вверх параллельно к медиальной линии до верхнего края надколенника. Рассекается кожа и подкожно-жировая клетчатка. От надколенника и ССН отсепааровывается кожа и подкожно-жировая клетчатка. Находим и освежаем концы рубцово измененной ССН (рис. 1).

В нижнем конце надколенника с помощью сверла делается два канала. Через эти каналы с обеих сторон выполняем зигзагообразное проведение лавсановой нити по толще проксимальной части (армирование) рубцово-измененной связки (рис. 2).

Низводим надколенник, на уровне прикрепления связки просверливаются два канала в бугристости большеберцовой кости, и концы

лавсановых нитей проводим через эти каналы и пришиваем к большеберцовой кости. Таким образом, из рубцово-измененного остатка ССН формируется мягкотканная тяга (рис. 3), которая в последующем при разработке сустава заменяет ткань собственной связки надколенника.

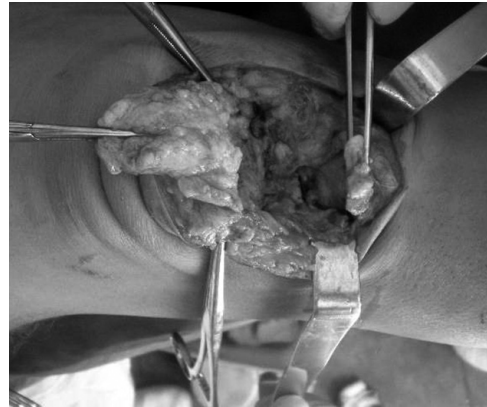


Рис. 1. Разорванная собственная связка надколенника



Рис. 2. Проведение лавсановых нитей зигзагообразно



Рис. 3. Восстановленная собственная связка надколенника

Результаты и их обсуждение

После операции оперированная конечность иммобилизуется на гипсовой повязке в течение 4 недель. После снятия гипсовой повязки разрешаются движения в коленном суставе. В конце 2 недели разрешается изометрическое сокращение четырехглавой мышцы бедра. Нагрузка на конечность разрешается через месяц.

У всех больных прослежены ближайшие (от 3 недель до 6 мес.) и отдаленные (от 6 мес. до 2 лет) результаты, они отмечены как хорошие и отличные. *Критериями оценки* хороших результатов явились: восстановление функции разгибательного аппарата коленного сустава, контуров ССН, статики ходьбы, исчезновение болей при ходьбе.

При проведении лавсановой нити зигзагообразно по толще проксимальной части собственной связки с обеих сторон надколенника и пришивание ее к бугристости большеберцовой кости повышает надежность и прочность ушивания, способствует уменьшению периода реабилитации до 4 недель.

Выводы

Предлагаемый способ восстановления застарелых разрывов собственной связки надколенника является малотравматичной операцией, дает хорошие результаты и может быть применен в практической медицине.

Литература

1. Волков С. В. Закрытый шов связки надколенника : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.22 / Волков Сергей Васильевич. — М., 2004. — 140 с.

2. Гиришин С. Г. Оперативное лечение закрытых повреждений четырехглавой мышцы бедра в остром периоде травмы / Гиришин С. Г., Лазивили Г. Д., Лишанский А. Д. // Вест. травматол. и ортопед. им. Н. Н. Приорова. — 2000. — № 2. — С. 11–15.

3. Гиришин С. Г. Оперативное лечение свежих закрытых повреждений связки надколенника / Гиришин С. Г., Лазивили Г. Д., Лишанский А. Д. // Там же. — 2000. — № 1. — С. 42–46.

4. Измалков С. Н. Комплексный подход к лечению больных с повреждением разгибательного аппарата коленного сустава / С. Н. Измалков // Казан. мед. журн. — 1993. — № 5. — С. 338–340.

5. Корнилов Н. В. Травматология и ортопедия / Корнилов Н. В., Грязнухин Э. Г. — СПб.: Гиппократ, 2006. — С. 312–320.

6. Краснов А. Ф. Медицинская реабилитация больных с повреждением разгибательного аппарата коленного сустава / Краснов А. Ф., Котельников Г. П., Измалков С. Н. : монография. — Самара : Самар. Дом печати, 1994. — 192 с.

7. Кузьменко В. В. Результаты восстановления разгибательного аппарата коленного сустава / Кузьменко В. В., Дубров В. Э. // Матер. пленума правления всерос. науч. мед. общ-ва травматологов-ортопедов, посвященного 100-летию со дня рождения чл.-кор. АМН СССР, заслуж. деятеля науки РСФСР, проф. В. Д. Чаклина. — Екатеринбург, 1992. — С. 121.

8. Левицкий Ф. А. Особенности клиники, диагностики и лечения повреждений разгибательного аппарата коленного сустава / Ф. А. Левицкий, И. М. Труфанов // Матер. пленума правления всерос. науч. мед. общ-ва травматологов-ортопедов, посвященного 100-летию со дня рождения чл.-кор. АМН СССР, заслуж. деятеля науки РСФСР, проф. В. Д. Чаклина. — Екатеринбург, 1992. — С. 57–59.

9. Смирнова Н. В. Клинико-функциональное обоснование дублирующей аллотендопластики при застарелых повреждениях разгибательного аппарата коленного сустава : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.22 / Смирнова Наталья Валерьевна — Екатеринбург, 2009. — 167 с.