



7universum.com  
**UNIVERSUM:**

**МЕДИЦИНА И ФАРМАКОЛОГИЯ**

---

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ БОКОВЫХ СВЯЗОК  
КОЛЕННОГО СУСТАВА**

***Джумабеков Сабырбек Артисбекович***  
*академик НАН КР, д-р мед .наук, профессор, зав. отд. кафедры*  
*травматологии, ортопедии и ЭХ КГМА им. И.К. Ахунбаева ,*  
*Кыргызстан, г. Бишкек*

***Байгараев Эржан Ананркулович***  
*аспирант кафедры травматологии, ортопедии и ЭХ*  
*КГМА им. И.К. Ахунбаева, Кыргызстан, г. Бишкек*  
*E-mail: [erkin260985@mail.ru](mailto:erkin260985@mail.ru)*

***Казаков Советбек Кумушбекович***  
*канд. мед. наук, зав. отд. патологии суставов БНИЦТуО,*  
*Кыргызстан, г. Бишкек*

**SURGICAL TREATMENT OF INJURY  
OF KNEES COLLATERAL LIGAMENT**

***Dzhumabekov Sabyrbek***  
*Member of NAS, Doctor of Medical Sciences, professor, Head of Traumatology*  
*and Orthopedic Surgery Chair, I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,*  
*Kyrgyzstan, Bishkek*

***Baygaraev Erjan***  
*Post-graduate student of Traumatology and Orthopedic Surgery Chair,*  
*I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,*  
*Kyrgyzstan, Bishkek*

***Kazakov Sovetbek***  
*Candidate of Medical Sciences Joints Pathology Unit,*  
*Bishkek Scientific Research Centre of Traumatology and Orthopedics,*  
*Kyrgyzstan, Bishkek*

## АННОТАЦИЯ

В работе представлена тактика оперативного лечения при повреждениях боковых связок коленного сустава с применением разработанного метода. Предложенный метод малотравматичен, технически прост, сокращает время оперативного вмешательства, что способствует сокращению общего срока лечения и улучшению результатов.

## ABSTRACT

In the article a strategy of surgical treatment in case of injury of knees collateral ligaments joint with the usage of the developed method is presented. The proposed method is less traumatic, technically simple, reducing the time of surgical intervention, which helps to minimize the total duration of treatment and improve the effect.

**Ключевые слова:** коленный сустав, повреждение, боковые связки, восстановление.

**Keywords:** knee joint, injury, collateral ligaments, recovery.

**Актуальность темы.** Коленный сустав травмируется у людей достаточно часто: на его долю приходится около 50 % повреждений всех суставов и до 24 % повреждений нижней конечности. Данная патология выявляется преимущественно у лиц трудоспособного возраста и нередко приводит к временной или стойкой утрате трудоспособности [1; 2; 8].

Одним из ведущих факторов успешного лечения повреждений коленного сустава является точность диагностирования существующих изменений, особенно на ранних стадиях заболевания, когда правильно подобранная тактика лечения оказывает значительное влияние на исход процесса. Несовершенство и несвоевременность диагностики повреждений структур коленного сустава и, как следствие, неправильное лечение в 45—75 % случаев приводят к развитию различных форм и степеней его нестабильности, дегенеративно-дистрофических изменений в нем, что сопровождается стойкой инвалидизацией

пострадавших [3; 5]. Ранняя диагностика изменений капсульно-связочного аппарата коленного сустава представляет собой весьма сложную задачу. Несмотря на достигнутые в последние годы значительные успехи в совершенствовании клинико-диагностических методов, процент диагностических ошибок достаточно высок, и в 28—30 % имеются случаи неточного или запоздалого диагностирования, что вызвано многообразием причин и форм проявления этих патологий [6; 10].

Несмотря на значительное количество работ, до сих пор отсутствует единый подход в рекомендациях к оперативному или консервативному лечению в зависимости от тяжести травмы, степени нестабильности, сроков и объема оперативного вмешательства. Нет единого мнения и в отношении пластического материала для замещения поврежденных стабилизирующих структур. При разрывах двух и более связок имеется дефицит пластического аутоматериала. Забор сухожильных трансплантатов в нескольких местах нарушает функцию мышц, удлиняет время операции, увеличивает ее травматичность, опасность нагноения раны, период реабилитации [4; 7]. В таких ситуациях более перспективным является восстановления анатомическую структуру естественных связок.

**Цель работы** — улучшение метода оперативного лечения и раннее восстановления функции коленного сустава.

**Материалы и методы.** В период с 2011 по 2013 гг. в БНИЦТиО лечились 50 больных с повреждением боковых связок коленного сустава. Возраст больных варьировал от 16 до 52 лет. Из них мужчин — 36, женщин — 14 (таблица № 1). Среди повреждений преобладали повреждения внутренней боковой связки.

*Таблица 1.*

**Распределение больных по полу и возрасту**

Категория больных/возраст	Всего		До 19 лет	20—29	30—39	40 и выше
	Абс.ч.	%				
Мужчины	36	72.0	8	14	8	6
Женщины	14	28.0	4	5	3	2
Всего	50	100.0	12	19	11	8

**Методика оперативного лечения.** После общего клинического обследования и предоперационной подготовки больного. Операция выполняется под спинномозговой или общей анестезией. Положение больного на операционном столе — на спине с раздвижной шиной под оперируемой конечностью, позволяющей согнуть ногу в коленном суставе под острым углом. Доступ к разорванной связке осуществляется в зависимости от повреждений связок. Слегка дугообразным продольным разрезом по передневнутренней поверхности (для доступа к внутренней боковой связке) или передненаружной поверхности (для доступа к наружной боковой связке коленного сустава) обнажается коленный сустав. Мобилизуется полость коленного сустава, при необходимости единым блоком отводится кверху и кнутри связка надколенника и надколенник, с сохранением при этом места прикрепления боковых и крестообразных связок, производится ревизия с целью определения места разрыва боковой связки. Затем первоначально восстанавливают боковые части связки путем наложения восьмиобразных швов с двух сторон, далее по центру разрыва накладывают центральный восьмиобразный шов, создавая тем самым прочную фиксацию боковой связки коленного сустава (получен патент КР № 859). Рану промывают, проводят гемостаз и накладывают послойные швы на рану. Сустав иммобилизуется задней гипсовой лонгетой от нижней трети голени до верхней трети бедра под углом 170 градусов. На 2-е сутки активизируем больного, разрешая ходьбу на костылях без нагрузки на оперированный сустав. На 10—12 сутки снимаются швы. Через 4 недели снималась гипсовая иммобилизация и начиналась ЛФК коленного сустава с целью ранней активизации.

### **Результаты и их обсуждения.**

Все пациенты находились под наблюдением на протяжении первого года после оперативного вмешательства с подробным обследованием в стандартные сроки через 3, 6 и 12 месяцев после операции. Функциональное состояние оперированного коленного сустава оценивали в баллах с использованием

оценочной шкалы Lisholm. Результаты лечения в баллах заносили в таблицу № 2.

**Таблица 2.**

**Интегративная балльная оценка пациентов с повреждением связочного аппарата коленного сустава по J. Lisholm [9]**

Срок наблюдения в месяцах	Оценки результатов			Всего больных
	Хорошие (84—100 баллов)	Удовлетворительные (65—83 балла)	Неудовлетворительные (менее 64 баллов)	
	Количества больных			
3 месяца	27	23	—	50
6 месяцев	36	14	—	
12 месяцев	50	—	—	

**Выводы.** Таким образом, своевременная диагностика и раннее проведение операции по восстановлению повреждений боковых связок коленного сустава улучшает результаты в послеоперационном периоде. Метод восстановления повреждений боковых связок коленного сустава является более прочным, пластичным, малотравматичным и дает возможности быстрого восстановления функции коленного сустава.

Тем самым снижаются сроки временной нетрудоспособности и обеспечивается достижение хороших функциональных результатов.

**Список литературы:**

1. Гиршин С.Г. Коленный сустав (повреждения и болевые синдромы) / С.Г. Гиршин, Г.Д. Лазишвили. — М., 2007. — 353 с.
2. Дейкало В.П. Структура травм и заболеваний коленного сустава / В.П. Дейкало, К.Б. Болобошко // Новости хирургии. — 2007. — Т. 15, № 1. — С. 26—31.
3. Крестьяшин В.М. Повреждения и заболевания коленного сустава у детей (клиника, диагностика, лечение) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.М. Крестьяшин. — М, 2005.

4. Малыгина М.А. Прочностные характеристики передней крестообразной связки коленного сустава и её эндопротезов / М.А. Малыгина, А.М. Невзоров, Н.С. Гаврюшенко // Сб. материалов III конгр. Рос. артроскопического об ва. — М., 1999. — С. 103.
5. Миронов С.П. Повреждение связок коленного сустава / С.П. Миронов, А.К. Орлецкий. — М., 1999. — 288 с.
6. Степанченко А.П. Лучевая диагностика травматических повреждений коленного сустава: дис. ... канд. мед. наук / А.П. Степанченко. — М., 2005. — 194 с.
7. Футрык А.Б. Диагностика, лечение и реабилитация больных с повреждениями связок коленного сустава в остром периоде травмы : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002. — 19 с.
8. Callaghan J.J. The Adult Knee / J. J. Callaghan // Hardcover, 2003. — 384 p.
9. Lysholm J., Gillquist J. Evaluation of knee ligament surgery results with special emphasis on use of a scoring scale // Am. J. Sports Med. —1982. — № 10. — P. 150.
10. Tanderter H.B. Acute knee injuries: use of decision rules for selective radiograph ordering / H.B. Tanderter, P. Shvartzman // Am. Fam. Physician. — 1999. — V. 60, № 9. — P. 2599—2608.