



УДК 616.728.3-089

И.С. ХАЕРТДИНОВ¹, М.Ф. ФАРТДИНОВ²¹Республиканская клиническая больница МЗ РТ, 420064, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 138²Городская клиническая больница № 7, 420132, г. Казань, ул. Маршала Чуйкова, д. 54

Опыт хирургического лечения повреждений передней крестообразной связки коленного сустава

Хаертдинов Илдар Саитханович — травматолог–ортопед, тел. +7–987–296–31–19, e-mail: ildsa@list.ru**Фартдинов Марат Фнусович** — травматолог–ортопед, тел. +7–960–055–03–33, e-mail: fartdinov.m@yandex.ru

В статье представлены результаты лечения 100 пациентов с повреждениями передней крестообразной связки коленного сустава, оперированных с применением различных методик оперативного лечения. Анализ ближайших и отдаленных результатов показал полное восстановление функции коленного сустава у всех пациентов.

Ключевые слова: травма, связки коленного сустава, аутотрансплантат, передняя крестообразная связка.

I.S. KHAERTDINOV¹, M.F. FARTDINOV²¹Republican Clinical Hospital of the MH of RT, 138 Orenburgskiy Trakt, Kazan, Russian Federation, 420064²City Clinical Hospital № 7, 54 Marshal Chuykov St., Kazan, Russian Federation, 420132

Practice of surgical treatment of injuries of the knee joint front crucial ligament

Khaertdinov I.S. — traumatologist–orthopedist, tel. +7–987–296–31–19, e-mail: ildsa@list.ru**Fartdinov M.F.** — traumatologist–orthopedist, tel. +7–960–055–03–33, e-mail: fartdinov.m@yandex.ru

The article presents the results of treatment of 100 patients with injuries of the knee joint front crucial ligament, who underwent operations according to various techniques. The analysis of the immediate and distant results proved the complete restoration of the knee joint function in all patients.

Key words: trauma, knee joint ligaments, auto-transplant, front crucial ligament.

Повреждения связок коленного сустава по частоте занимают первое место и составляют от 50 до 75% всех травм области коленного сустава [1]. Такие повреждения особенно часто встречаются у спортсменов с повышенным риском травматических повреждений, таких как футбол, баскетбол, волейбол, лыжный спорт и другие [2–4]. Однако, учитывая доступность различных видов спорта, в том числе и экстремальных, повреждения передней крестообразной связки в настоящее время часто встречаются среди слоев населения, не находящихся в так называемой зоне риска.

В настоящее время наиболее оптимальным методом лечения свежих и застарелых повреждений связочного аппарата коленного сустава является оперативный. При этом существуют различные способы восстановления связок коленного сустава. Кроме того, расходятся мнения хирургов по использованию тех или иных трансплантатов для реконструкции передней крестообразной связки, а также по способу фиксации этих трансплантатов и выбору адекватных имплантатов для ее осуществления [5, 6]. В хирургии коленного сустава наиболее распространенным методом оперативно-

го лечения является артроскопическая пластика передней крестообразной связки свободным ауто-трансплантатом из связки надколенника. Многими авторами этот метод часто упоминается как «золотой стандарт» в эндоскопической хирургии передней крестообразной связки коленного сустава [7].

Ключевое значение в восстановлении передней крестообразной связки коленного сустава имеет выбор фиксаторов. Основное распространение среди них получили интерферентные винты и поперечные пины. В клинике травматологии Республиканской клинической больницы данные методики фиксации получили дальнейшее распространение. Нами предложен способ фиксации ауто-трансплантата передней крестообразной связки, не требующий существенных экономических затрат и специализированного инструментария.

Материал и методы исследования

Проведен анализ результатов лечения 100 пациентов с повреждениями передней крестообразной связки коленного сустава. Всем пациентам была проведена пластика передней крестообразной связки с использованием собственной связки над-

коленника с костными блоками. Все пациенты были разделены на 3 группы. В 1-ю группу (34 пациента) вошли пациенты, которым проводилась фиксация трансплантата интерферентными винтами; во 2-ю (36 пациентов) — поперечными пинами; в 3-ю (30 человек) вошли пациенты, оперированные по предложенному нами способу. Критерием выбора служила возможность прохождения обследования спустя 1, 3, 6 месяцев и 1 год после операции.

Предложенный нами способ пластики передней крестообразной связки осуществлялся следующим образом: После артроскопической ревизии коленного сустава, используя дополнительный разрез, выполняли забор связки надколенника с конусовидными костными блоками. При помощи направителя вводилась спица, по которой рассверливался тибиаальный и феморальный каналы (сверло 8-9 мм). Через каналы проводился трансплантат. За счет конусовидной формы блоков и больших размеров новая связка туго фиксировалась в каналах. В феморальном канале через медиальный порт трансплантат дополнительно фиксировался спицей Киршнера. Тибиаальный конец связки фиксировался за счет больших размеров и конусовидной формы.

Послеоперационное ведение пациентов состояло из стандартных процедур: гипсовая иммобилизация или ортезирование коленного сустава на срок 4 нед., физиопроцедуры. На сроке 4 недели начинали ЛФК по укреплению мышц бедра. Полную статическую нагрузку на оперированную нижнюю конечность разрешали через две недели после операции. Спица удалялась на 4-й день после операции после наложения циркулярной гипсовой повязки.

Проведена оценка ближайших и отдаленных результатов лечения всех 100 пациентов с повреждениями передней крестообразной связки коленного сустава. Оценка результатов проводилась на основании данных субъективного (шкала IKDS) и объективного (100 балльная шкала Lysholm), а также при помощи артрметра KT-1000 и МРТ-исследования.

При субъективной оценке исходов в подавляющем большинстве случаев пациенты всех групп исследования не отмечали неустойчивости оперированного сустава и были удовлетворены результатами операции. Отличные и хорошие результаты лечения при объективной оценке по шкале Lysholm

(от 80 до 100 баллов) были получены у всех пациентов во всех группах исследования. Результаты исследования на артрметре KT-1000 показали, что у 4 из 30 пациентов (13,3%) 3-й группы исследования смещение голени кпереди составило больше 5 мм. Однако каких-либо субъективных нарушений стабильности сустава пациенты не отмечали. У всех пациентов 1-й и 2-й групп, а также у 26 пациентов третьей группы исследования смещение голени кпереди составило 3,0-3,5 мм по отношению к контралатеральному неповрежденному суставу. Ограничение сгибания в коленном суставе в послеоперационном периоде до угла 90 градусов в 3-й группе пациентов наблюдалась в 20 случаях, которое полностью купировалось на сроке 6 месяцев после операции. У пациентов 1-й и 2-й групп исследования ограничения движения наблюдались после снятия иммобилизирующей повязки, проходящие через 2-3 недели после реабилитационных мероприятий. МРТ-исследование на сроке 6 и 12 месяцев не выявило остаточных явлений повреждения передней крестообразной связки ни в одной из групп пациентов.

Таким образом, анализ результатов пластики передней крестообразной связки показал полное восстановление функции коленного сустава у пациентов всех групп исследования. Пластика с фиксацией спицей позволяет рассматривать данный метод как один из эффективных альтернативных способов оперативного восстановления связочного аппарата коленного сустава.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гиршин С.Г. Оперативное лечение повреждений коленного сустава в остром периоде травмы: автореф. дис... д-ра мед. наук. — М., 1993. — 37 с.
2. Nielsen A.B., Yde J. Epidemiology of acute knee injuries: A prospective hospital investigation // J. Trauma. — 1991. — Vol. 31. — P. 1644-1648.
3. Andersson C., Gillquist J. Treatment of acute isolated and combined ruptures of the anterior cruciate ligament: A long term follow-up study // Am. J. Sports Med. — 1992. — Vol. 20. — P. 7-12.
4. Freeman T.R., Souryal T.O. Intercondylar notch size and anterior cruciate ligament injuries in athletes: A prospective study // Am. J. Sports Med. — 1993. — Vol. 2. — P. 535-539.
5. Aglietti P., Ruzzi K., D'Andria S. et al. Patellofemoral problems after intraarticular anterior cruciate ligament reconstruction // Clin. Orthop. — 1993. — Vol. 288. — P. 195-204.
6. Miller C. Entrenement sous electrostimulation per contraction volontere.
7. Jackson D.W., Schaefer K.K. Cyclops syndrome: Loss of extension following intra-articular anterior cruciate ligament reconstruction // Arthroscopy. — 1990. — Vol. 6. — P. 171-178.