

Результат артроскопически ассистированного лечения больной с наружным вывихом надколенника

Т. Ю. Карасева, Е. А. Карасев

A result of arthroscopically assisted treatment of a female patient with an outer dislocation of the patella

T. Yu. Karaseva, E. A. Karasev

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. акад. Г. А. Илизарова» Минздравсоцразвития РФ, г. Курган (директор — д. м. н. А.В. Губин)

Нестабильность надколенника, или синдром нарушения равновесия надколенника, является тяжелым нарушением функции нижних конечностей и в большинстве случаев приводит к рецидивирующему привычному вывиху надколенника, частота которого составляет от 3 до 5 % всех патологических состояний коленного сустава [1, 2].

Хроническая нестабильность надколенника возникает, как правило, при нарушении движения надколенника в межмышечковой борозде бедренной кости, обусловленном дисплазией сустава и слабостью медиального поддерживающего связочного аппарата травматической или врожденной этиологии [3, 4].

При легкой степени нестабильности надколенника возможно применение консервативного лечения, включающего физиотерапию, электростимуляцию мышц, лечебную физкультуру и массаж. Пациенту рекомендуется ограничение физических нагрузок и фиксация пораженного сустава наколенником с латеральным пелотом.

При безуспешности консервативного лечения применяются хирургические вмешательства, направленные на ослабление латерального поддерживающего связочного аппарата и на усиление медиального связочного аппарата надколенника.

В настоящее время известно более 150 методов оперативного лечения вывиха надколенника [5–9].

Несмотря на обилие методов, процент неудовлетворительных исходов и в нашей стране и за рубежом велик. Осложняет лечение и ухудшает результаты артроз пателло-фemorального сустава. В настоящее время все более широкое применение получают методы артроскопического лечения при первичных и рецидивирующих вывихах надколенника [10–13].

С 2005 г. в клинике РНЦ «ВТО» при лечении пациентов с нестабильностью пателло-фemorального сустава применяется артроскопически контролируемый способ, предполагающий выполнение диагностики, санации сустава и восстановления силового равновесия разгибательного аппарата коленного сустава.

Клинический пример.

Пациентка С., 39 лет, поступила в клинику РНЦ «ВТО» с жалобами на боли в области левого коленного сустава, его отечность и нестабильность надколенника. При обследовании отмечен положительный тест «боязни вывиха», гипермобильность надколенника, гипотрофия *m. vastus medialis*, угол между осью бедренной кости и осью собственной связки надколенника (угол Q) менее 15° в связи с латеропозицией надколенника. Определяется остеохондральный перелом медиальной фасетки надколенника (рис. 1).

После сбора анамнеза (два случая предшествующего вывиха надколенника), клинического осмотра пациентки и данных МРТ-исследования диагностирован посттравматический привычный латеральный вывих левого надколенника.

После проведенного обследования было выполнено оперативное вмешательство: диагностическая артроскопия левого коленного сустава, удаление остеохондральных фрагментов с дебридментом надколенника и иссечением *Plica alaris medialis* (рис. 2).

Одномоментно был выполнен латеральный релиз (рассечение латеральных поддерживающих связок надколенника) (рис. 3).

Дубликатура капсулы медиального отдела коленного сустава была выполнена с применением артроскопической методики шва «снаружи-внутри» с достижением конгруэнтности пателло-фemorального сочленения (рис. 4).

В послеоперационном периоде коленный сустав был фиксирован ортезом в положении полного разгибания в течение 14 дней, далее фиксация коленного сустава осуществлялась наколенником с латеральным пелотом. Нагрузка на нижнюю конечность была разрешена на вторые сутки после оперативного лечения. Пациентка прошла курс реабилитационного лечения, направленного на усиление медиальных стабилизаторов надколенника, постепенное увеличение амплитуды движений в коленном суставе и восстановление хрящевого покрытия пателло-фemorального сочленения коленного сустава.

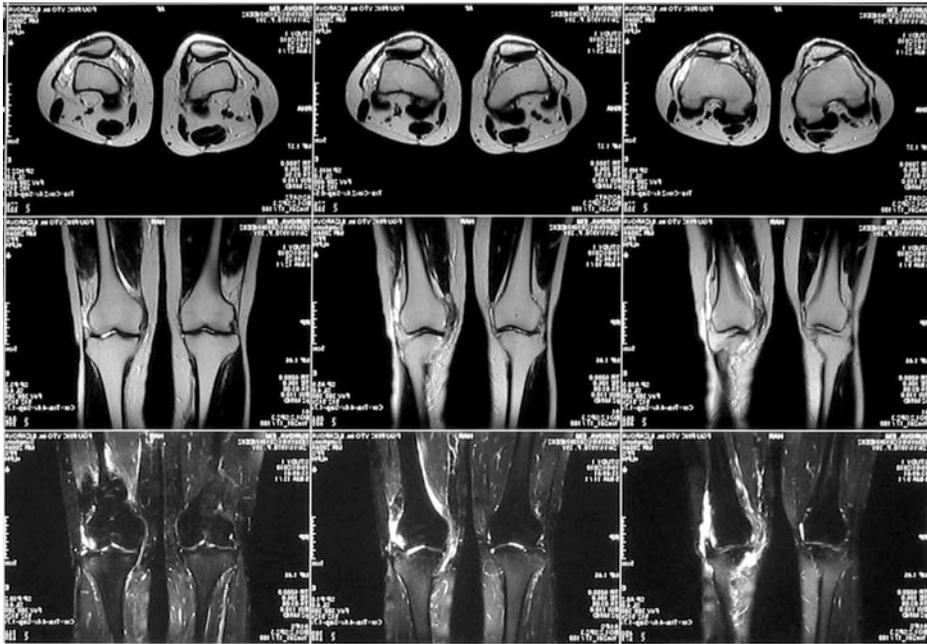


Рис. 1. Данные МРТ-исследования коленных суставов больной С. до лечения

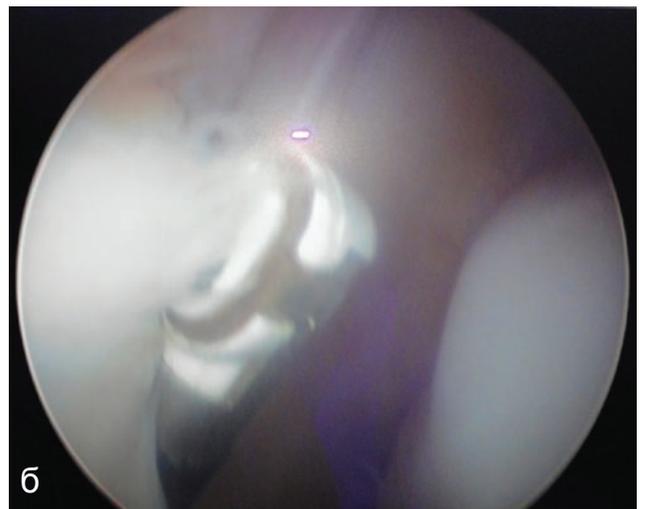
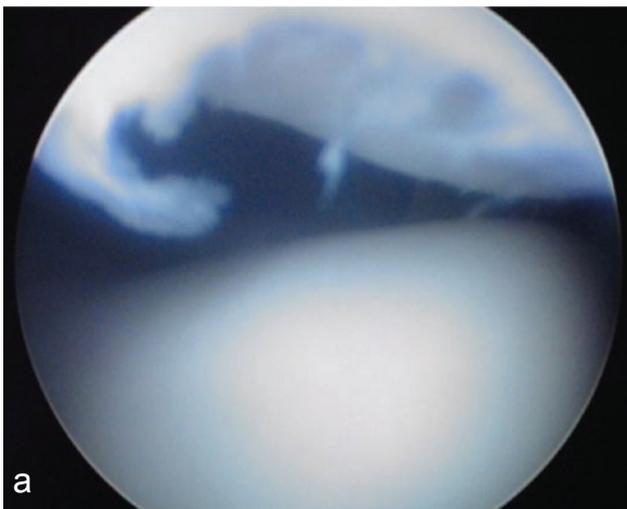


Рис. 2. Артроскопия левого коленного сустава: а — латеропозиция надколенника (дефект латеральной фасетки надколенника), б — иссечение *Plica alaris medialis*

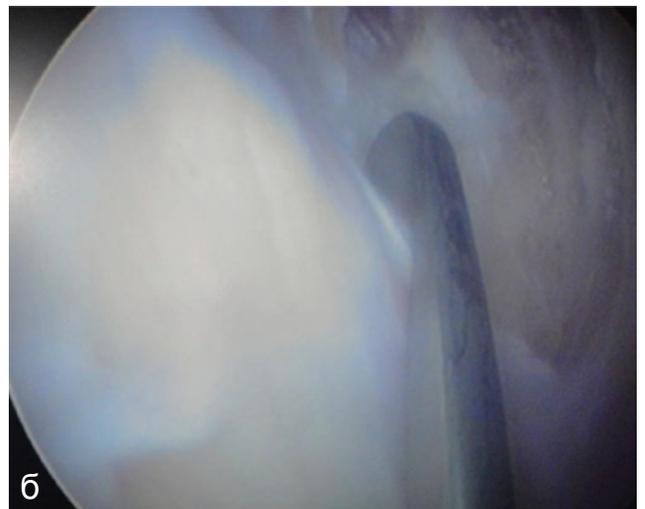
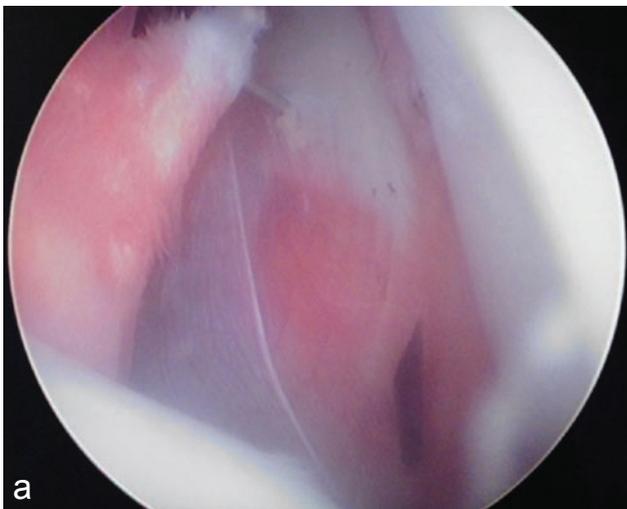


Рис. 3. Артроскопия латерального отдела коленного сустава: а, б — этапы выполнения латерального релиза

Полное восстановление функции коленного сустава достигнуто через 45 дней, на контрольной рентгенографии латеропозиция надколенника устранена, угол Q — 15° (рис. 5).

На контрольном осмотре больная жалоб не предъявляет, ходит без дополнительных средств опоры, хромоты нет. Контуры коленных суставов косметически идентичны, движения в левом коленном суставе в полном объеме, с достаточной мышечной силой (рис. 6).

Таким образом, применение современных артроскопических технологий восстановления функциональности квадрицепса бедра позволяет реконструировать пателло-фemorальное сочленение с минимальной травматичностью оперативного вмешательства и способствует полноценной реабилитации пациентов.



Рис. 4. Внешний вид области левого коленного сустава после оперативного вмешательства



Рис. 5. Рентгенограммы коленных суставов больной С.: а — прямая проекция, б — аксиальные проекции



Рис. 6. Результат лечения больной С.: а — функциональный, б — косметический

ЛИТЕРАТУРА

1. Грунтовский В. И. Врожденный вывих надколенника и его хирургическое лечение: автореф. дис... канд. мед. наук. Харьков, 1983. 22 с.
2. Архипов С. В. Клиника, диагностика и лечение вывихов надколенника у взрослых: автореф. дис... канд. мед. наук. М., 1985. 15 с.
3. Синдром нарушения равновесия надколенника диспластического генеза. Концептуальная модель / Б. И. Сименач [и др.] // Ортопедия, травматология и протезирование. 1985. № 10. С. 18–23.

4. Клименко И. Г. Диспластический синдром нарушения равновесия надколенника // Сиб. мед. журн. 2009. Т. 88, № 5. С. 128–130.
5. Попков А. В., Буравцов П. П. Привычный вывих надколенника после гематогенного остеомиелита нижней конечности // Гений ортопедии. 2001. № 1. С. 32–34.
6. Baksi D. P. Pes anserinus transposition for patellar dislocations. Long-term follow-up results // J. Bone Jt. Surg. 1993. Vol. 75-B, No 2. P. 305–310.
7. Травматология и ортопедия / под ред. Н. В. Корнилова. СПб.: Гиппократ, 2006. Т. 3. С. 323–325.
8. Буравцов П. П., Гореванов Э. А., Мурадисинов С. О. Методы лечения вывиха надколенника в отечественных и зарубежных публикациях (обзор литературы) // Гений ортопедии. 2006. № 3. С. 69–72.
9. Волоховский Н. Н., Кузнецов И. А., Волоховский А. Н. Практические рекомендации для обследования и оперативного лечения пациентов с вывихами надколенника // Травматология и ортопедия России. 2006. № 2. С. 65–66.
10. Dandy D. J., Desai S. S. The results of arthroscopic lateral release of the extensor mechanism for recurrent dislocation of the patella after 8 years // Arthroscopy. 1994. Vol. 10, No 5. P. 540–545.
11. Letts R. M., Davidson D., Beaulé P. Semitendinosus tenodesis for repair of recurrent dislocation of the patella in children // J. Pediatr. Orthop. 1999. Vol. 19, No 6. P. 742–747.
12. Способ артроскопического лечения острого вывиха надколенника у детей / Э. Ф. Самойлович [и др.] // Травматология и ортопедия России. 2006. № 2. С. 263.
13. Комогорцев И. Е. Посттравматическая нестабильность коленного сустава (клиника и диагностика). Иркутск, 2003. 168 с.

Рукопись поступила 03.09.10.

Сведения об авторах:

1. Карасева Татьяна Юрьевна — ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г. А. Илизарова» Минздравсоцразвития РФ, в. н. с. лаборатории реконструктивного эндопротезирования и артроскопии, к. м. н.
2. Карасев Евгений Анатольевич — ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г. А. Илизарова» Минздравсоцразвития РФ, м. н. с. лаборатории реконструктивного эндопротезирования и артроскопии, к. м. н.