

резекция части органов без лимфодиссекции, при расширенных — только лимфодиссекция.

Отдаленные результаты лечения больных после ЭЖ с прямым эзофагодуоденоанастомозом были прослежены у 13 пациентов. Прожили после операции в течение одного года 4 человека, двух лет — 2, трех лет — один, четырех лет — один. Находятся под наблюдением в настоящее время 5 человек: в течение одного года — 3, 2 лет — один, 8 лет — один.

Для сравнения взята группа из 17 больных, прооперированных автором статьи с применением инвагинационного эзофагоюноанастомоза (7 чел.) и анастомоза по Сигалу — 5-й вариант (10). Стадийность процесса и условия проведения операции были идентичными. Средняя продолжительность операции составила 195 минут, что на 59 минут больше, чем по предложенному способу.

ВЫВОДЫ

1. Интегрированность основных методов восстановления пассажа пищи после экстирпации желудка позволила разработать и реализовать способ формирования эзофагодуоденоанастомоза.

2. Предварительные результаты такого типа операции свидетельствуют о достаточной надежности анастомоза и обеспечения физиологического пассажа пищи.

3. Предложенный метод анастомозирования пищевода с двенадцатиперстной кишкой при раке желудка позволяет сократить время операции за счет уменьшения хирургических манипуляций на восстановительном этапе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блохин Н.Н., Ахмедов Б.П. // Вестн. АМН СССР. — 1962. — №6. — С. 49—54.
2. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д. и др. // Практич. онкол. — 2001. — №3(7). — С. 18—24.
3. Сигал М.Э., Ахмедзянов Ф.Ш. Гастрэктомиа и резекция желудка по поводу рака. — Казань, 1987.
4. Цациниди К.Н., Богданов А.В. Пищеводно-кишечные и пищеводно-желудочные анастомозы. — М., 1969.
5. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese Classification of Gastric Carcinoma — 2nd English edition // Gastric Cancer. — 1998. — Vol. 1. — P. 10—25.

Поступила 04.05.02.

INVAGINATIONAL ESOPHAGODUODENOANASTOMOSIS IN GASTRIC CARCINOMA

F.G. Ovchinnikov

Summary

Esophagoduodenoanastomosis is suggested when esophagus and duodenum anastomosed by double-row interrupted suture are invaginated into clear space of the latter, by three row interrupted suture between peritoneum with holding the muscular wall of the diaphragm esophageal foramen diaphragm crura on the one hand and seromuscular layer of duodenum — on the other hand. In this case load from esophageal-intestinal sutures is transferred to the suture line between diaphragm and duodenum wall. Food passage on duodenum is reserved, peritonization of anastomosis line is performed. The operation is carried out in one anatomic area, gastric its duration is decreased.

УДК 616.728.3 - 089.8

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРЕДНЕЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

А.И. Кудрявцев, Ю.А. Плаксейчук

Научно-исследовательский центр Татарстана
“ВТО” (директор — чл.-корр. АНТ, проф. Х.Э. Гафаров), г. Казань

На различных этапах истории хирургии связочного аппарата коленного сустава приоритетными считались разные способы лечения передней нестабильности. На сегодняшний день предложено более 60 методов, однако частота неудовлетворительных исходов, преследующая практически любой, кажущийся надежным способ, определяла необходимость дальнейшего поиска рациональных решений этой проблемы. Малотравматичность оперативного вмешательства и быстрое восстановление функции сустава до сих пор остаются

актуальными задачами и не уступают по важности конечной цели — устранению симптомов нестабильности.

Целью нашего исследования являлась клиническая оценка метода наружной экстраартикулярной реконструкции коленного сустава (НЭАР). Данный метод относится к внесуставному вмешательству и предусматривает формирование из части илиотибиального тракта “наружной феморотибиальной связки”, дублирующей функцию передней крестообразной связки (ПКС).

В отделении патологии крупных сус-

тавов НИЦТ ВТО с 1989 по 2001 г. было прооперировано 97 больных с синдромом хронической передней нестабильности коленного сустава. Им были произведены внутрисуставная пластика ПКС: свободным ауто трансплантатом (часть сухожилия надколенника с костными блоками, сухожилие *m. semitendinosus*, мениск) — 20, несвободным ауто трансплантатом (широкая фасция бедра, часть сухожилия надколенника, мениск) — 20, реинсерция связки — 5, лавсанопластика — 8, а также экстраартикулярная реконструкция коленного сустава: наружная реконструкция (НЭАР) — 31, передняя реконструкция по Elmslie-Trillat — 4, медиальная реконструкция по Slocum-Larson — 9. Всего было выполнено 97 реконструктивных вмешательств.

Различными модификациями способов НЭАР (по Fritshy-Freuler и MacIntosh-1, трактопексии по Andrews и Muller, собственные способы) прооперирован 31 пациент (27 мужчин, 4 женщины). Развитие метода НЭАР связано с исследованием феномена “pivot shift” (симптом “соскальзывания”) у больных с повреждением ПКС. Свое название симптом получил благодаря описанию хоккеистом с поврежденной ПКС своих ощущений: “когда я вращаюсь (pivot), мое колено сдвигается (shift)”. Симптом характеризуется передним подвывихом наружного мыщелка большеберцовой кости при разгибании, вальгусной установке и внутренней ротации голени со спонтанной его редукцией при сгибании. Симптом “pivot shift” патогномичен для повреждения ПКС и связан с функцией илиотибиального тракта: под углом 180—140° сгибания илиотибиальный тракт, действуя впереди сгибательной оси коленного сустава, поддерживает мышечную группу разгибателей, но с увеличением угла сгибания соскальзывает кзади за наружный надмыщелок бедра (за сгибательную ось), устраняя передний подвывих наружного мыщелка большеберцовой кости (рис. 1). Потеря суставом проприоцептивной координации движений при феномене “pivot shift” приводит к стрессовым нагрузкам на хрящевую ткань, мениски и периферические капсульно-связочные структуры [4, 5]. Результатом продолжающихся патологических смещений голени является развитие деформирующего артроза. В связи с этим устранение симптома “pivot shift”

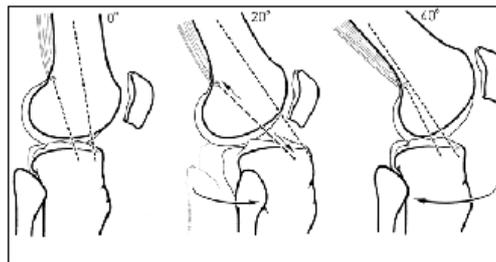


Рис. 1. Схема биомеханических фаз “pivot shift”-феномена (Jakob R.P., 1987).

считается одним из важнейших критериев эффективности оперативного вмешательства по поводу хронической передней нестабильности коленного сустава [7, 8]. По мнению многих авторов, способ НЭАР лишен недостатков, присущих внутрисуставным способам замещения ПКС, способен ликвидировать симптом “pivot shift” при слабой и умеренной передней нестабильности, имеет крайне низкий коэффициент послеоперационных осложнений и короткий период реабилитации [3, 4, 6].

При выборе метода оперативного лечения передней нестабильности необходимо помнить о двух морфологических типах коленных суставов. Известно, что в одних случаях ПКС играет доминирующую роль в стабилизации сустава и требует восстановления после повреждения, а в других случаях возможна нормальная функция сустава в отсутствие ПКС [2]. В большинстве же случаев ПКС функционально обеспечивает переднюю стабильность только на треть, уступая большую часть семимембранозному комплексу, объединяющему глубокую гусиновую лапку с подколенной кривой связкой, и связке Lobenhoffer’a, представляющей собой комплекс глубоких волокон илиотибиального тракта между наружным мыщелком бедра и бугорком Жерди. Стабилизирующая функция экстраартикулярных синергистов ПКС особенно значима при ротационных движениях [9].

При передненаружной ротационной нестабильности I-II степени (передний подвывих голени до 10 мм) мы применяем экстраартикулярный способ стабилизации наружного мыщелка голени относительно мыщелка бедра, заключающийся в создании напряжения в изометрической связи между проксимальным бедренным местом прикрепления илиотибиального тракта и бугорком Жерди (заявка № 2001113359/14-013900;

приоритет от 07/05-2001). Способ технически несложен и гарантирует быстрое восстановление сгибательно-разгибательной функции сустава.

НЭАР, на наш взгляд, не приемлема для больных с варусным морфотипом конечности. Известно, что конституциональный genu valgum при хроническом дефиците ПКС приводит ко вторичному ослаблению задненаружного угла сустава [1]. Нам пришлось однажды столкнуться с рецидивом нестабильности, обусловленным постепенным растяжением трансплантата дистракционными моментами сил с наружной стороны сустава. Больной ранее перенес НЭАР по Fritshy-Freuler. Впоследствии нами был предложен способ устранения передненаружной нестабильности, позволяющий укрепить ослабленную при варусном морфотипе конечности задненаружную формацию сустава (заявка № 2000104552/14-004590; положительное решение от 22.10.2001). Этот способ (рис. 2) осуществляется следующим образом:

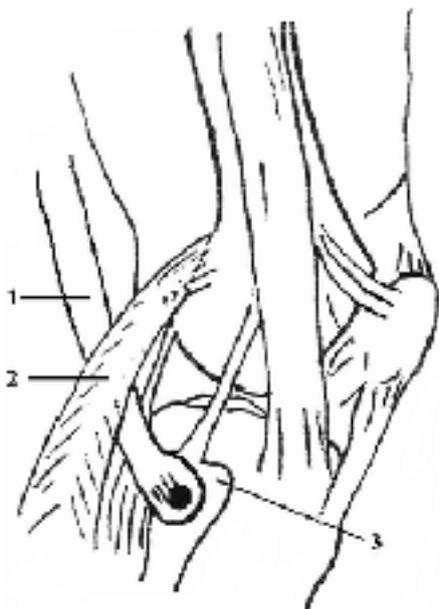


Рис. 2. Схема анатомических образований коленного сустава после операции по предложенному способу.

отсеченное дистальное сухожилие двуглавой мышцы бедра (1) с костной фасеткой проводится через канал, сформированный под наружной головкой икроножной мышцы (2), и фиксируется к головке малоберцовой кости (3). Устранение всех компонентов передненаружной ротационной нестабильности достигается динамическим стабилизиру-

ющим эффектом перекрещивающихся сухожилий. Во время разгибания голени икроножная мышца оказывает давление на сухожилие двуглавой мышцы бедра, усиливая ее наружноротационную функцию, с дополнительным, стабилизирующим переднее смещение голени моментом. Предложенный нами способ позволяет избежать нежелательного анатомирования илиотибиального тракта при НЭАР, чрезмерное ослабление которого чревато развитием вторичной варусной или задненаружной нестабильности.

Мы считаем, что показаниями к изолированной НЭАР являются:

— передняя и передненаружная ротационная нестабильность I-II степени у больных с жалобами на функциональную недееспособность;

— передняя нестабильность II-III степени у пациентов, не способных принять длительную реабилитацию после большой внутрисуставной операции;

— частичная утрата суставом передней стабильности после предыдущей внутрисуставной операции с положительным симптомом “pivot shift”;

— передняя нестабильность с хондропатией суставных поверхностей (применение НЭАР после артроскопической абразивной хондропластики позволяет рано начать восстановление движений в прооперированном суставе, что стимулирует регенерацию хрящевой ткани).

Изучены и оценены на сроках до 2 лет результаты лечения передней нестабильности коленного сустава у 27 больных, перенесших НЭАР. Средний возраст больных составил 32 (14 - 48) года. Оперативное вмешательство производилось на сроках от 3 месяцев до 7 лет после перенесенной травмы. Причинами повреждения сустава чаще были спортивная травма (74%), реже бытовая и автотравма. Всем больным выполнялась артроскопическая диагностика с резекцией поврежденных частей менисков и дебриджемента сустава в случае необходимости. Мы считаем, что повреждение хрящевой ткани - важнейший фактор, определяющий результат оперативного лечения нестабильного коленного сустава. И хотя устранение феномена “pivot shift” предохраняет от дегенерации суставного хряща и повреждения менисков, в случае уже отмеченных дегенеративных изменений в суставе не всегда достигим хороший результат. Артроскопия коленного сустава позво-

ляет нам решать многие лечебные задачи и прогнозировать возможный результат лечения.

Результаты оперативного лечения оценивали на основе клинических данных об устранении симптома "pivot shift", симптома переднего выдвигающего ящика при 30° сгибания голени (Ласман-тест) и разработанного нами комплексного теста-опросника, позволяющего получить у пациента информацию о степени восстановления функции оперированного сустава. Мы отказались от оценки "отлично", так как считаем, что результаты лечения больных с хроническими дооперационными жалобами не могут быть идеальными, и любые жалобы больного после операции исключают понятия нормы.

Критерии хорошего результата лечения: почти нормальный коленный сустав, не ограничивающий активность больного; симптом "pivot shift" отрицательный; тест Lachman'a отрицательный или легкой (I) степени. Критерии удовлетворительного результата лечения: субъективно отмеченное улучшение, тем не менее не позволяющее вернуться к прежнему, активному образу жизни; слабый или сомнительный симптом "pivot shift"; положительный тест Lachman'a. Критерии неудовлетворительного результата лечения: значительная функциональная недееспособность ввиду выраженных жалоб на нестабильность или жалоб, связанных с артрозными изменениями; положительные симптом "pivot shift" и симптом Lachman'a.

В 81,5 % случаев (22 чел.) результаты были хорошими, в 14,8 % (4 чел.) — удовлетворительными и в 3,7 % (один) — неудовлетворительными. Неудовлетворительные результаты лечения были обусловлены рецидивом нестабильности. Удовлетворительные результаты получены при лечении суставов, имеющих сопутствующую патологию хрящевой ткани. Мы не имели инфекционных и неврологических осложнений. У всех больных было полное разгибание в коленном суставе. Дефицит сгибания от 5 до 10° по сравнению со здоровой конечностью отмечен у 6 пациентов. В отли-

чие от внутрисуставной пластики ПКС, период реабилитации больных с НЭАР меньше — от 3 до 6 месяцев.

ВЫВОДЫ

1. При учете многофакторного анализа нестабильности и конституциональных особенностей пациентов наружная экстраартикулярная реконструкция дает стабильные положительные функциональные результаты.

2. Одним из обязательных условий достижения хорошего функционального результата операции является соблюдение показаний к применению выбранного оперативного метода лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bousquet G., Charmion L. // Rev. Chir. Orthop. - 1986. - № 72. - P. 427 - 434.
2. Dejour H., Walch G. et al. // Rev. Chir. Orthop. - 1987. - № 73. - P. 157 - 170.
3. Fox J.M., Blazina M.E. et al. // Clin. Orthop. - 1980. - №147. - P. 56 - 67.
4. Galway R.O., Beaupre A., MacIntosh D.L. // J. Bone Joint Surg. [Br]. - 1972. - Vol. 54. - P. 763.
5. Galway H.R., MacIntosh D.L. // Clin. Orthop. - 1980. - № 147. - P. 45.
6. Jakob R.P. //Semin. Orthop. - 1987 - Vol. 2. - P. 9-17.
7. Kennedy J.C., Stewart R., Walker D.M. // J. Bone Joint Surg. [Am]. - 1978. - Vol. 60. - P. 1031 - 1039.
8. Losee R.E., Johnson T.R., Southwick W.O. // J. Bone Joint Surg. [Am]. - 1978. - Vol. 60. - P. 1015.
9. Muller W. The knee. Form, function and ligament reconstruction: Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo. - 1983.

Поступила 05.04.02.

SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC ANTERIOR INSTABILITY OF THE KNEE JOINT

A.I. Kudryavtsev, Yu. A. Plakseichuk

S u m m a r y

The experience of treatment of 27 patients with chronic injuries of the anterior cruciform ligament of the knee joint using the exterior extraarticular reconstruction method is presented. The indications for taking into account the instability form of the knee joint and constitutional peculiarities of patients are determined.