

© Группа авторов, 2006

## **Преимущество лечения больных с вывихом надколенника с применением новой технологии послеоперационного ведения**

**А.В. Попков, П.П. Буравцов, Э.А. Гореванов**

### ***The advantage of treatment of patients with patellar dislocation using a new technology of postoperative management***

**A.V. Popkov, P.P. Buravtsov, E.A. Gorevanov**

Федеральное государственное учреждение науки

«Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова Росздрава», г. Курган  
(директор — заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор В.И. Шевцов)

Рассматриваются вопросы сокращения времени пребывания больных в стационаре при лечении вывиха надколенника. Доказано, что пациенты при отсутствии сопутствующих изменений опорно-двигательной системы могут находиться в стационаре в течение 30-35 дней после оперативного устранения вывиха надколенника любой степени тяжести без ущерба для результата лечения. Продолжение реабилитационного курса можно проводить в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: вывих надколенника, чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова, ранняя реабилитация.

The problems of reducing the time of patients' hospitalization for patellar dislocation treatment are considered by the authors. It has been proved that the patients having no associate changes of the locomotor system can stay in hospital within 30-35 days after surgical correction of patellar dislocation of any severity degree without detriment to the result of treatment. The course of rehabilitation can be continued outpatiently.

Keywords: patellar dislocation, transosseous osteosynthesis with the Ilizarov fixator, early rehabilitation.

#### **ВВЕДЕНИЕ**

И в отечественной, и в зарубежной литературе авторы в основном описывают методы и результаты лечения вывиха надколенника. Отдельные авторы [1, 2, 3, 4] указывают время иммобилизации конечности гипсовой повязкой и начало разработки коленного сустава. Некоторые из них [5] отмечают, что нагрузку на оперированную ногу можно разрешить только через два месяца после операции. В доступных литературных источниках мы не нашли ответа на вопрос, сколько времени находились пациенты в стационаре. При использовании артроскопических методов, применяющихся в основном при

первичном вывихе в легких случаях, также нет сведений о времени пребывания пациентов в стационаре и реабилитационном периоде [6, 7].

Цель нашей работы состояла в определении оптимального времени нахождения в стационаре пациентов с вывихом надколенника различной степени тяжести после оперативного устранения вывиха при отсутствии сопутствующей патологии опорно-двигательной системы без ущерба для результата лечения. Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты лечения 21 больного.

#### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

Наблюдался 21 пациент с вывихом 25 надколенников, лечившийся в РНЦ «ВТО» в 1992-2003 г. Возраст пациентов был от восьми до 44 лет. В 10 случаях вывих был легкой степени тяжести привычный и рецидивирующий, в семи случаях — средней степени привычный, у шести пациентов — тяжелой степени постоянный. Впервые надколенники начали вывихиваться в возрасте от пяти до 14 лет, при рецидивирующем вывихе несколько раз в течение месяца, а при привычном при каждом шаге. Некоторые пациенты для облегчения своего состояния бинтовали коленные суставы эластичным бинтом. Пациенты не могли бегать, прыгать, быстро ходить, периодически падали,

походка была неуверенная, осторожная. У всех пациентов было уменьшение силы четырехглавой мышцы до трех — четырех баллов. Угол лежа надколенника в зависимости от степени тяжести вывиха был в пределах 138-165°. Надколенник располагался выше щели коленного сустава на пять — десять миллиметров, а у одного пациента — на пятнадцать миллиметров. Особенности формы надколенника не выявлено. При врожденном вывихе тяжелой и средней степени тяжести имелась латерализация места прикрепления собственной связки надколенника к бугристости большеберцовой кости. При обследовании применялись клинический и рентгенологический методы.

# РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Девяти пациентам с привычным и рецидивирующим вывихом двенадцати надколенников легкой и средней степени без латерализации собственной связки надколенника мы применили миофасциопластический метод, заключающийся в рассечении фиброзной капсулы и сухожильно-связочного аппарата снаружи надколенника и укреплении аналогичных структур с его медиальной стороны дублированием выкроенных из них лоскутов. Исходная амплитуда в коленном суставе была восстановлена в пяти случаях через  $50,5 \pm 6,08$  дня при начале разработки на шестые-седьмые сутки с использованием компоновки аппарата Илизарова. Фиксация осуществлялась  $16,6 \pm 0,63$  дня. Перед снятием аппарата сгибание в коленном суставе было до  $150-140^\circ$ , разгибание – до  $180^\circ$  активно. Ходить пациенты начали на вторые сутки с костылями с постепенным переходом к полной нагрузке на оперированную ногу через  $31 \pm 17,9$  дня, а вся группа пациентов, которым применили миофасциопластический метод – через  $51,4 \pm 7,58$  дня. При начале разработки на 18-е сутки функция коленного сустава восстановилась через  $97 \pm 37$  дней, а на 23-и сутки – через  $167,5 \pm 21,07$  дня.

Десяти пациентам разного возраста с вывихом 11 надколенников средней и тяжелой степени без грубых анатомических изменений в области коленного сустава была выполнена реконструктивная операция на разгибательном аппарате коленного сустава с перемещением собственной связки надколенника. Дозированную разработку коленного сустава начали на третьи-седьмые сутки. Фиксация аппаратом Илизарова осуществлялась в среднем в течение  $39,5 \pm 4,1$  дня. Сгибание коленного сустава в аппарате перед его снятием было от  $165^\circ$  до  $140^\circ$ . Разгибание – до  $180^\circ$ . Больные начали ходить с костылями на вторые - третьи сутки с возрастающей нагрузкой на оперированную ногу с переходом к полной перед выпиской из стационара через  $82,7 \pm 11,2$  дня. В 2003 году пяти пациентам с вывихом надколенника тяжелой и средней степени тяжести, в том числе трем из этой группы после операции была применена компоновка аппарата Илизарова, защищающая при сгибании

в коленном суставе перемещенную собственную связку надколенника от нагрузки на растяжение и позволяющая надколеннику двигаться по траектории, близкой к нормальной. Это создало лучшие условия для разработки коленного сустава и позволило увеличить угол сгибания перед снятием аппарата Илизарова до  $130-120^\circ$  (рис. 1). Фиксация аппаратом составила в среднем  $31,2 \pm 1,1$  дня. К полной нагрузке на оперированную ногу без дополнительных средств опоры пациенты перешли через  $28,8 \pm 1,3$  дня. В стационаре находились  $59,6 \pm 9,2$  дня. Функция коленного сустава была восстановлена за  $73,2 \pm 22,9$  дня.



Рис. 1. Фото больной Б. через 28 дней после операции

Таким образом, применение новой технологии послеоперационного ведения больных с вывихом надколенника, включающую раннюю активизацию, использование рациональных компоновок аппарата Илизарова позволяет реально осуществлять лечение в стационаре в течение 30-35 дней, что значительно уменьшает затраты на лечение этих пациентов. Последующее прохождение реабилитационного курса возможно в амбулаторных условиях.

# ЛИТЕРАТУРА

1. Карчинов, К. Метод лечения врожденного вывиха надколенника / К. Карчинов // Ортопед., травматол. – 1979. - № 11. – С. 58-59.
2. Мовшович, И. А. Аллопластическая операция при привычном вывихе надколенника надколенника / И. А. Мовшович // Ортопед., травматол. – 1975. - № 1. – С. 54-56.
3. Гайко, Г. В. Хирургическое лечение врожденного вывиха надколенника / Г. В. Гайко, М. С. Кабацкий // 5 съезд травматологов – ортопедов Белорусской ССР : материалы съезда. – Гродно, 1991. – С. 49-50.
4. Терсков, А. Ю. Хирургия привычного вывиха надколенника / А. Ю. Терсков // Анналы травматологии и ортопедии. – 1998. - № 1. – С. 29-31.
5. Способ хирургического лечения врожденного вывиха надколенника : метод. рекомендации / сост. : Б. М. Миразимов. – Ташкент, 1981. – 8 с.
6. Alioto, R. J. Intra-articular vertical dislocation of the patella : a case report of an irreducible patellar dislocation and unique surgical technique / R. J. Alioto, S. Kates // J. Trauma. – Vol. 36, No 2 – P. 282-284.
7. Williams, R. M. Jr. New outpatient of recurrent patellar dislocations / R. M. Williams, J. B. Dymond // Orthop. Rev. – 1992. – Vol. 21, No 11. – P. 1329-1332.

Рукопись поступила 15.09.04.