

Синдром нарушения равновесия надколенника диспластического генеза Часть 2

Б.И. Сименач, Е.П. Бабуркина

The syndrome of patellar disbalance of dysplastic genesis Part 2

B.I. Simenach, E.P. Baburkina

ГУ «ИППС АМНУ», г. Харьков, Украина

Авторы приводят основные симптомы, характеризующие синдром нарушения равновесия надколенника. А также приводится хирургическая тактика при синдроме нарушения равновесия надколенника в зависимости от симптомов его образующих.

Ключевые слова: вывих надколенника, теория, методология исследований, концептуальное моделирование.

The authors present the main symptoms characterizing the syndrome of patellar disbalance. Moreover, surgical tactics for the syndrome of patellar disbalance is given depending on its constitutive symptoms.

Keywords: patellar dislocation, theory, methodology of studies, conceptual modeling.

Вторая часть исследования посвящена рассмотрению синдрома нарушения равновесия надколенника, обусловленного наследственной предрасположенностью, с позиции мультифакториальности как структурной основы заболеваний суставов, обусловленных наследственной предрасположенностью (ЗСОНП).

Мультифакториальность – мультиформность.

Представления о генной мультифакториальности применительно к наследственно предрасположенным заболеваниям суставов развил проф. Б.И. Сименач [4] в виде концепции о мультифакториальности и ее клиническом отражении как мультиформности, обусловленной множеством взаимосочетающихся симптомов. В исследованиях мы используем эту концепцию как модель, как логическую, смысловую основу исследования. А целью нашего исследования является раскрытие особенностей клинической реализации мультифакториальности как симптомной-синдромной мультиформности (МФ), путем внутрисиндромного анализа одного из главных синдромов группы ЗСОНП – синдрома нарушения равновесия надколенника.

Синдром нарушения равновесия надколенника с позиции мультиформности (МФ).

Соответственно вышеприведенному, синдром нарушения равновесия надколенника (СНРН) мы рассматриваем как *клиническое выражение разбалансирования биомеханической системы феморально-надколенной сочленения, обусловленного различными диспластическими аномалиями строения*

сустава в различных их сочетаниях, которое сопровождается дополнительной различной по степени латерализацией надколенника и как самостоятельный диспластический синдром протекает в соответствии с общими закономерностями эволюции наследственно предрасположенных заболеваний суставов.

Особенности нарушения равновесия надколенника с позиции МФ.

Мультиформность мы рассматриваем соответственно звеньям генезиса ЗСОНП.

1. Структурная МФ (обусловленная генной мультифакториальностью) проявляется как нарушение макроструктуры сустава с разнообразными аномалиями строения как ее признаками. Это:

- недоразвитие надколенника (аплазия, гипоплазия гиперплазия, параплазия);
- недоразвитие суставных поверхностей сочленяющихся костей (гипокондиллия большеберцовой кости, гипоплазия латерального мыщелка бедренной кости), блока бедренной кости (плоский, уплощенный, выпуклый, острый блок);
- нарушения взаиморасположения между элементами сустава (вертикальная дистопия надколенника, вертикальная, горизонтальная дистопия бугристости большеберцовой кости);
- мягкотканый дисбаланс (увеличение боковой подвижности надколенника, латеральная гипертракция наружных связок, поддерживающих надколенник) [1, 2, 4, 5, 6].

Все эти изменения в условиях действия правила вальгуса (P. Ficat) [7] реализуются как латерализация надколенника, той или иной степени. При такой ситуации «вывих» надколенника **является**

вторичным – следствием отклонений в макро-структуре коленного сустава. А степень его смещения, как критерий динамичный, приобретает второстепенное клиническое значение.

2. *МФ нарушения нагружения сустава.* Какими бы незначительными не были аномалии строения сустава, они неминуемо приводят к дисбалансу внутрисуставных сил. Этот дисбаланс сопровождается нарушением действия прессионных, тракционных и фрикционных сил с их отклонением в сторону «+» и «-». Так, в условиях латерализации надколенника создается сложная ситуация гипопрессии на участке гипоплазированной медиальной фасетки с нарушением трофики и развитием явлений хондромалиции; гиперпрессии в области наружной пары мыщелков, приводящей к явлениями хондроза; гипертракции в области латеральных связок, поддерживающих надколенник, сопровождающейся явлениями их инсерционного тендинита-тендопатии.

Сочетание обоих этих явлений (аномалий строения и нарушений нагружения) формирует картину сложной биомеханической МФ, определяющей биомеханическую сущность СНРН. На ее основе строится процесс выявления и распознавания диспластической патологии коленного сустава.

3. *МФ разрушения.* Биомеханический дисбаланс неминуемо приводит к усиленному изнашиванию, а затем разрушению различных элементов сустава: хрящевых (хондромалиция, хондроз), мягкотканых (инсерционные тендиниты-тендопатии), костных (остеохондральные переломы) в различных сочетаниях. Такие повреждения в системе их МФ образуют сложную систему, требующую различных диагностических приемов и неоднозначных (по сложности и радикальности) тактических решений.

В группе разрушений следует различать острые повреждения (например, острый диспластический вывих), хронические разрушения (обусловленные медленным действием разрушительных сил).

Необходимо учитывать роль внешнесредовых факторов как ускоряющих, усиливающих, отягощающих, но не как первопричинных. Образуется сложная клиническая картина, в которой, не понимая сути генезиса ЗСОНП, трудно разобраться и определить корректную диагностически-лечебную тактику.

4. *МФ реактивных процессов.* Реактивные процессы, развивающиеся в диспластическом суставе как реакция на разрушение в виде воспалительно-дистрофического процесса, являются в своей основе изоморфными, однотипными. На них не влияют особенности действия разрушительного фактора. Определяющее значение имеет:

- вид разрушения (хрящевой ткани или связки). И если на ранних стадиях заболевания отличия определить трудно, то со временем развиваются дистрофические изменения, имеющие свои характерологические особенности (менискогенный или лигаментогенный остеоартроз);
- продолжительность действия причинного

фактора. Для условий диспластической патологии это постоянный и определяющий фактор (действие аномалий строения с нарушением равновесности нагружения), без его устранения излечение невозможно.

5. *МФ действия причинных факторов.* В процессе исследований диспластической патологии возникает необходимость:

- определения сути первопричинного фактора, без которого развитие заболевания невозможно;

- определение вторичных, отягощающих, усиливающих, факторов, влияющих на течение заболевания;

- определение роли диспластических и травматических моментов в генезе заболевания с выделением первопричинного фактора. Как следует из вышеизложенного, в условиях СНРН складывается весьма сложная ситуация «многоплоскостной клинической мультиформности», которая существенным образом осложняет процесс построения диагностически-лечебной тактики.

Дальше излагаем свои соображения как методологические регулятивы в имплицативной форме:

- если имеется сложная биомеханическая ситуация, обусловленная нарушением равновесия нагружения сустава, как следствие аномалий строения, то первым и необходимым действием будет тщательное выявление – диагностика аномалий строения с их количественно-качественной оценкой с характеристикой особенностей нагружения сустава;

- если в условиях диспластической патологии возможны различные разрушения как по силе действия разрушающего фактора, локализации повреждения, продолжительности действия разрушительного фактора, сочетания внутренних и внешних силовых действий с различной их локализацией, то выявление этих повреждений будет иметь определяющее лечебно-тактическое значение. Ведь именно по ним можно выявлять особенности констелляции силовых разрушающих факторов;

- если реактивный воспалительно-дистрофический процесс является ответной изоморфной реакцией на разрушение, то его лечение будет иметь лишь симптоматическое значение;

- если все явления связанные с СНРН познаваемы и разворачиваются в соответствии с известным генезисом ЗСОНП, то этим создаются условия для построения системы прогнозирования результатов лечения и дальнейшего развития заболевания.

МФ и ее роль в построении диагностически-лечебной тактики

Соответственно для построения корректной диагностически-лечебной тактики необходимы:

- выявление и количественно-качественная характеристика *всех аномалий строения*. Особое значение в этом отношении имеют: вертикальная дистопия надколенника, вертикальная и горизонтальная дизориентация бугристости большеберцовой кости (которые подвергаются

коррекции);

– тщательное определение *осевых отношений* в коленном суставе, в том числе как общих, так и в пределах феморо-пателлярного и тибιο-феморального сочленений;

– выявление имеющихся *разрушений* и логическое предвидение возможных разрушений (на основе особенностей действия разрушительных сил);

– тщательная оценка особенностей *компенсаторно-приспособительных процессов*, с учетом степени дистрофических изменений в суставе;

– построение *диагностического процесса*, корректного для всех диспластических синдромов коленного сустава, обеспечивающего выявление любой диспластической патологии в любых сочетаниях;

– интеграция всех полученных данных в единый *интегральный диагноз*, определяющий суть диагностически-лечебной тактики;

– построение такой *хирургической тактики*, которая предполагала бы коррекцию нарушений нагружения во всех плоскостях и восстановление (по возможности) неполноценных элементов сустава (например, блока бедренной кости);

– построение *консервативной лечебной тактики*, способствующей оптимизации компенсаторно-приспособительных реакций;

– *прогнозирование* результатов лечения и

дальнейшего развития заболевания.

В соответствии с вышеизложенным мы выделяем 7 различных ситуаций, определяющих 7 различных видов СНРН [3], в зависимости от наличия того или иного определяющего диспластического синдрома (табл. 1). Однако следует учитывать, что во всех случаях эти ведущие признаки сочетаются в различных отношениях с другими признаками (аномалиями) дисплазии, имеющими также клиническое значение.

Таким образом, выполненный нами внутрисиндромный анализ синдрома нарушения равновесия надколенника позволил обосновать суждение о том, что концепция мультифакториальности-мультиформности вносит существенно новое качество в представления об этой патологии, в ее диагностику, лечение и, что особо важно, в прогнозирование течения и исхода заболевания. А так как она базируется на генезисе заболеваний суставов, обусловленных наследственной предрасположенностью, то в принципе является корректной и для других суставных локализаций этой группы заболеваний.

А реализация этих данных позволит улучшить результаты лечения больных с синдромом нарушения равновесия надколенника и уменьшить риск развития диспластического артроза.

Таблица 1

Основные симптомы синдрома нарушения равновесия надколенника и хирургическая тактика

Название симптома	Хирургическая тактика при различных определяющих симптомах
1. Мягкотканый дисбаланс	Рассечение латеральных связок, поддерживающих надколенник
2. Высокое стояние надколенника	Низведение надколенника
3. Аплазия мед. отд., удерживающего надколенник	Пластики мед. отдела капсулы коленного сустава
4. «Плоский блок» (угол блока бедренной кости более 142°)	Пластика блока, укрепление медиальных связок, поддерживающих надколенник
5. Латерализация бугристости большеберцовой кости	Медиализация бугристости большеберцовой кости
6. Вальгусная деформация на уровне коленного сустава	Корректирующие остеотомии на уровне бедра или большеберцовой кости
7. Рекурвация в коленном суставе	Корректирующие остеотомии на уровне бедра или голени

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабуркіна О. П. Синдром порушення навантаження феморо-пателлярного зчленування : автореф. дис... канд. мед. наук. Харків, 1996. 20 с.
2. Нестеренко С. А. Синдром нарушения равновесия надколенника диспластического генеза (хирургическое лечение) : дис... канд. мед. наук. Харьков, 1989. 195 с.
3. Нестеренко С. О., Бабуркіна О. П. Синдром порушення рівноваги надколінка диспластичного генезу // Ортопедія, травматологія і протезування. 1997. № 3. С. 50-51.
4. Сіменач Б. Спадково схильні захворювання суглобів : теоретико-методологічне обґрунтування проблеми (на моделі колінного сустава). Харків : Основа, 1998. 222 с.
5. Спадково схильні захворювання суглобів : побудова лікувально-діагностичної тактики (на моделі колінного суглоба) / під ред. Б. Сіменача. Харків, 1999. 393 с.
6. Суркин Н. П. Синдром нарушения равновесия надколенника диспластического генеза (клиническая и рентгенологическая диагностика) : автореф. дис... канд. мед. наук. Харьков, 1985. 19 с.
7. Ficat R. P. Pathologie femoro-patellaire. Paris : Masson, 1970. 234 p.

Рукопись поступила 12.09.08.

Сведения об авторах:

1. Сименач Богдан Ильич – 8-103-80572-9762-98
2. Бабуркіна Елена Павловна – 8-103-80572-94-08-67, 704-14-66