

СПОСОБ АУТОПЛАСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ГРУППЫ СВЯЗОК ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

А.М. Привалов, В.Г. Емельянов, А.В. Стоянов

ФГУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
директор – д.м.н. профессор Р.М. Тихилов
Санкт-Петербург

Среди повреждений опорно-двигательного аппарата около 10% составляют травмы суставов с повреждением и расстройством функций суставных связок. Из них, по данным различных авторов, поражения голеностопного сустава занимают до 40%. Повреждения латеральных связок достигают 75%, чаще повреждается передняя малоберцово-таранная связка – до 70%, разрыв малоберцово-пяточной связки наблюдается в 25%, разрыв всех трех латеральных боковых связок происходит только в 5% случаев.

Способы лечения повреждений связочного аппарата голеностопного сустава разработаны достаточно подробно, но вследствие сложности анатомии и биомеханики сустава часто возникают ошибки при диагностике повреждений связок и при лечении данного поражения.

В настоящее время отечественными и зарубежными хирургами разработано множество оперативных способов восстановления связок голеностопного сустава и последующего ведения пациентов в послеоперационном и реабилитационном периодах [1–4]. Нами предложен способ аутопластики связок наружного отдела голеностопного сустава (регистрационный № 2006101006 от 10.01.2006), достаточно легко выполняемый, не требующий дополнительных технических приспособлений, приводящий к быстрому восстановлению функции сустава в реабилитационный период. По заднему краю латеральной лодыжки выполняем дугообразный разрез к основанию V плюсневой кости длиной 10 см. Выделяем п. suralis и отводим его в сторону. Обнажаем наружную лодыжку и проводим ревизию связочного аппарата, как правило, отсутствующего при данном поражении. Вскрываем фасциальный футляр и синовиальное влагалище сухожилий m. peroneus longus et brevis. Выделяем сухожилие короткой малоберцовой мышцы, которое отсекаем у места перехода в мышечную часть, предварительно сшивая мышечные волокна длинной и короткой малоберцовых мышц. Конец отсеченного сухожилия прошиваем по Кюнео, оставляя две длинные лигатуры на конце сухожилия. В теле пяточной кости, отступив на 1 см вниз от верхушки латеральной лодыжки, формируем углубление диаметром 5 мм, глубиной 10 мм. В наружной лодыж-

ке, отступив от верхушки ее на 10 мм, шилом или тонким сверлом формируем в сагиттальном направлении канал диаметром 5 мм. Используя две лигатуры и проволоочный проводник, через канал в наружной лодыжке проводим мобилизованное сухожилие короткой малоберцовой мышцы и погружаем его конец в углубление пяточной кости. При помощи специальной спицы с отверстием на конце проводим две лигатуры через дно углубления в пяточной кости на контралатеральную поверхность пятки в горизонтальной плоскости в разных направлениях, таким образом, чтобы между концами лигатур было расстояние около 1 см. С помощью лигатур натягиваем связку в положении вальгуса стопы (гиперкоррекция). Фиксируем и завязываем нити на туго скатанном марлевом тупфере, находящемся на коже (рис.)

Рану послойно зашиваем. В положении гиперкоррекции стопы накладываем гипсовую лонгету на 6 недель, по истечении которых нити удаляем и проводим курс реабилитационного лечения, направленный на восстановление функ-

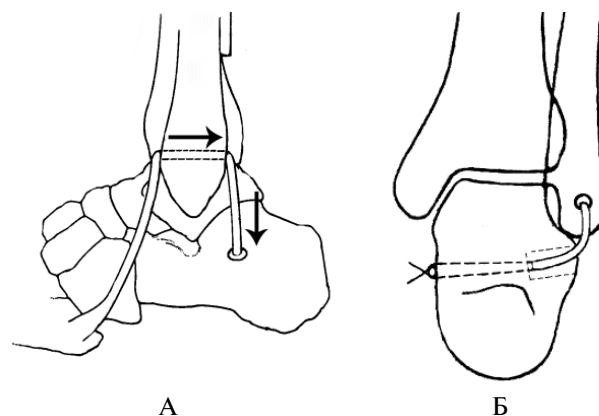


Рис. Проведение (А) и фиксация (Б) короткой малоберцовой мышцы.

ции голеностопного сустава. С 2002 года в институте подобным способом прооперировано 7 пациентов. Во всех случаях наблюдался положительный результат: была восстановлена стабильность голеностопного сустава, купирован болевой синдром.

Литература

1. Мамаев В.М. Аллопластика связок голеностопного сустава: Дис ... к.м.н. — Л., 1977. — 126 с.
2. Никитин Г.Д. Аллотендопластика при лечении повреждений мышц, сухожилий и связок / Г.Д. Никитин, С.А. Линник, Н.В. Корнилов, В.Н. Ефимов. — СПб.: Изд-во ППМИ, 1994. — 179 с.
3. Beirne D.R. Subtalar joint subluxation / D.R. Beirne // J. Am. Pod. Assoc. — 1984. — Vol. 74. — P. 529.
4. Cox J.S. Surgical and nonsurgical treatment of acute ankle sprain / J.S. Cox // Clin. Orthop. — 1985. — N198 — P. 118—126.