Комбинированный метод лечения повреждений сумочно-связочного аппарата коленного сустава

Байгараев Эржан Ананркулович,

Врач в отделении патологии суставов БНИЦТиО

г. Бишкек, Кыргызстан

erkin260985@mail.ru

Резюме: В работе представлена тактика оперативного лечения комбинированных повреждений сумочно-связочного аппарата коленного сустава с применением разработанного метода. Предложенный метод малоинвазивный, сокращает время оперативного вмешательства, что способствует сокращению общего срока лечения и улучшению результатов.

Ключевые слова: коленный сустав, повреждение сумочно-связочного аппарата, артраскоп.

Актуальность темы: Повреждения суммочно-связочного аппарата коленного сустава по частоте занимает первое место и составляет от 50 до 75% всех травм области коленного сустава[1]. Так, по сведениям Американского Исследовательского Центра по изучению травм (ICRC – Injury Control Research Center), повреждения коленного сустава встречаются в 70 % случаев всех повреждений нижних конечностей [5]. По данным эпидемиологического исследования, проведенного Miyasaka K., Daniel D. с соавторами 1997, острые травмы коленного сустава регистрируются приблизительно у 1,5 % населения экономически развитых стран. Данная патология выявляется преимущественно у лиц трудоспособного возраста и нередко приводит к временной или стойкой утрате трудоспособности [2,6].

Особенностью рассматриваемой проблемы является то обстоятельство, что до настоящего времени в клинической практики наблюдается несвоевременность и несовершенство диагностики капсульно-связочного повреждения, что согласно данным сводной статистики приводит в 47-60% случаев к неправильному лечению травмы коленного сустава. Конечным итогом подобного лечения является развитие нестабильности и деформирующего артроза коленного сустава [3,4].В результате этого у лиц молодого возраста возникают показания к выполнению эндопротезирования, что является не лучшим вариантом исхода травмы коленного сустава.

Цель – улучшение результатов лечения повреждений суммочно-связочного аппарата коленного сустава.

Материал и методы: Бишкекском Научно-Исследовательском Центре Травматологии и Ортопедии под руководством профессора, академика НАН КР Джумабекова С.А. было внедрено комбинированный способ лечения повреждений сумочно-связочного аппарата коленного сустава по Джумабекову (патент КР №1778) . Способ осуществляется положение больного на операционном столе: на спине после соответствующей обработки операционного поля на средней трети бедра накладывается жгут с обратным отчетом времени. Стандартным доступом производится 2 входящих порта. Вводится артроскоп в ходе диагностического этапа при повреждениях менисков производится соответствующая резекция менисков. Далее проводится санация сустава. Накладывается швы на рану. Доступ к разорванной связке осуществляется в зависимости от повреждений связок. Слегка дугообразным продольным разрезом по передневнутренней поверхности для внутренней боковой связки или передненаружной поверхности для наружной боковой связки коленного сустава. Производят ревизию и находят место разрыва боковой связки.

Затем первоначально восстанавливают боковые части связки путем наложением восьмиобразных швов с двух сторон, далее по центру разрыва накладывают центральный восьмиобразный шов, создавая тем самым прочную фиксацию боковой связки коленного сустава. Операция заканчивается послойным ушиванием раны. Иммобилизация конечности гипсовой повязкой в положении сгибания под углом 170 градусов на 4 недель, затем начинают разработку движений в суставе. Снятие швов осуществляется через 10-12 суток.

Клинический пример. Больной А., 1991 г.р., история болезни № 12788/769. поступил в отделение взрослой ортопедии через 2 суток после травмы с диагнозом: разрыв внутренней боковой связки и медиального мениска левого коленного сустава.Из анамнеза: со слов больного травму получил 19.12.2011г. в результате падения. Клинически у больного определили: качательные движения в левом коленном суставе, медиальная неустойчивость левого коленного сустава, болевой синдром. После общее клинического обследования и подготовки, больному была произведена операция предлагаемым способом. Положение больного на операционном столе на спине после соответствующей обработки операционного поля на средней трети левого бедра наложена жгут с обратным отчетом времени. Стандартным доступом произведена два входящих порта. Вводили артроскоп (karl storz) при этом отмечается повреждения медиального мениска, произведена соответствующая резекция мениска. Далее проводили санация сустава. Накладывали швы на рану. Слегка дугообразным продольным разрезом по передневнутренней поверхности левого коленного сустава с размером 7 см. Тупо и остро рассечены мягкие ткани. При ревизии отмечается полный разрыв внутренней боковой связки в области суставной щели. Концы связок наложены восьмиобразные швов с двух сторон, далее наложены центральный восьмиобразный шов. Операцию закончили послойным ушиванием раны. На послеоперационную рану наложили асептическую повязку. Иммобилизация конечности гипсовой повязкой в положении сгибания под углом 170 градусов. Рана зажила первичным натяжением. Швы сняли на 12 суток. После снятия гипсовой повязки, начали разработку движений в коленном суставе. Контрольный осмотр больного проводился через 3 месяца, рецидивов заболевания не наблюдалось, функция левой нижней конечности сохранена в полном объеме, трудоспособность восстановилась полностью.

Результаты лечения и их обсуждения.

Всего по предложенному методу было произведено 16 операций. Все пациенты находились под наблюдением на протяжении 1 года после оперативного вмешательства с подробным обследованием в стандартные сроки через 3, 6 и 12 месяцев после операции. Функциональное состояние оперированного коленного сустава оценивали в баллах с использованием оценочной шкалы Lisholm [7].

Хороший результат –13 (81.25%) больных.

Удовлетворительный результат – 3 (18.75%) больных.

Неудовлетворительный результат – рецидив заболеваний и нестабильность коленного сустава не отмечалась.

Выводы: Полученные данные позволяют считать, что разработанный способ является оптимальным методом лечения пациентов комбинированных повреждений сумочно-связочного аппарата коленного сустава. А также дает возможность раннее восстановление функции нижней конечности.

Литература:

1. Гиршин С.Г.,. Коленный сустав (повреждения и болевые синдромы).- М.:НЦССХ им./ Лазишвили Г.Д.//. А.Н.Бакулева РАМН, 2007.-С.352.
2. Дейкало В.П. Структура травм и заболеваний коленного сустава/ Дейкало В.П., Болобошко К.Б.// Новости хирургии.- 2007.- 15, № 1.- С. 26-31.
3. Джумабеков С.А. Хирургическое лечение повреждений боковых связок коленного сустава/ Джумабеков С.А.,Казаков С.К., Байгараев Э.А.,// Universum: Медицина и фармакология: электрон. Научн. Журн.-Москва, 2014-№12(13)-С.2-7.
4. Крестьяшин В.М. Повреждения и заболевания коленного сустава у детей (клиника, диагностика, лечение) : авто-реф. дис. .докт.мед.наук /В.М. Крестьяшин М,// 2005.
5. Buzzi R et al: Lateral collateral ligament reconstruction using a semitendinosus graft. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2004; 12(1):36. Lee MC et al: Posterolateral reconstruction using split Achilles tendon allograft. Arthroscopy 2003; 19(9): 1043.
6. Callaghan John J. The Adult Knee / John J. Callaghan // Hardcover; 2003. -P.384
7. Lysholm J.,: Evaluation of knee ligament surgery results with special emphasis on use of a scoring scale / Gillquist J // Am. J. Sports Med. -1982. - N 10. - P. 150.