

## К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА

Рузметов У.А

*Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии*

**Аннотация:** *Обилие предложенных оперативных методов лечения врожденного вывиха надколенника говорит о том неизменном интересе, который проявляли ортопеды к этой своеобразной аномалии развития*

**Актуальность.** *Врожденный вывих надколенника относится к редким порокам развития и составляет 0,45% - 1% от всех врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата [2, 5, 8].*

Существует множество теорий, пытающихся объяснить происхождение врожденных изменений, становящихся причиной вывихов надколенника.

По данным М.В. Волкова, при врожденном вывихе надколенника возникает не только патология мышечков бедра и неправильное положение коленной чашки, но и порок развития мышц, окружающих коленный сустав. На этом основании М.В Волков считает, что нарушения в периоде эмбриогенеза связаны с пороком развития всех тканей бедра, в первую очередь с его нервно-мышечным аппаратом [4,6].

Различают врожденный вывих надколенника полный и неполный. М.В. Волков по тяжести порока развития разделяет на 3 степени: легкая, средняя и тяжелая степень смещения.

Общепризнано, что радикальным методом лечения рассматриваемой патологии является оперативный. В настоящее время для этого предложено более 150 хирургических методов лечения [9,3].

Оперативные вмешательства могут быть принципиально разделены на операции на мягких тканях, на суставной сумке и на костях, а также корригирующие проксимальный и дистальный отделы разгибательного аппарата коленного сустава, и операции на самом надколеннике [1, 7, 10,11].

Любой метод оперативного лечения врожденного вывиха надколенника должен предусматривать: хорошую мобилизацию прямой мышцы бедра вместе с надколенником и их перемещение к средней линии с устойчивым укреплением. Однако не при всех методах в равной степени достигаются эти требования.

**Цель исследования.** Изучая отдаленные результаты оперативного лечения с врожденным вывихом надколенника дать оценку эффективности их применения и усовершенствовать существующие методы оперативного лечения.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты оперативного лечения 30 больных детей (42 сустава) с врожденным вывихом надколенника средней и тяжелой степени патологии, оперированных в возрасте от 5 до 15 лет в отделении детской

ортопедии Самаркандской областной больницы ортопедии и последствий травм в период с 1987 по 2013 гг. Среди больных детей были 20 (66,7%) девочек и 10 (33,3%) мальчиков. Наши наблюдения не совпадают с данными литературы о преимущественном поражении данной патологией лиц мужского пола. По тяжести: у 16 (53,3%») отмечалась средняя, а у 14 (46,7%>) тяжелая степени патологии. В исследуемой группе больных 20 (66,7%о) пациентов имели односторонние вывихи, 10 (33,3%) двусторонние. Патология правого коленного сустава наблюдалась у 12 больных (60%), левого у 8 больных (40%).

До оперативного лечение всем больным проводились общие клинические и рентгенологические методы исследования.

Больные средней степени тяжести патологии жаловались на периодическое соскальзывание надколенника, быструю утомляемость при ходьбе, неустойчивость походки, боязнь ходить по неровной поверхности.

При тяжелой степени патологии сгибание коленного сустава ограничено, надколенник у них устанавливался с боку и сзади по отношению к латеральному мыщелку и при разогнутом колене оставался с боку. Натяжение латеральной порции четырехглавой мышцы было особенно сильно. У больных детей старшего возраста при этой форме наблюдались вальгусное отклонение голени, а также заметная гипотрофия мышц бедра. Всем больным были выполнены стандартные рентгенограммы (в прямой и боковой проекции) и аксиальные снимки. Результаты рентгенологического обследования показали недоразвитие латерального мыщелка бедра, смещение надколенника кнаружи, недоразвитость самого надколенника, асимметрию суставной щели.

Нами проведены больным следующие виды оперативного лечения: в 5 случаях была выполнена операция Фридлянда, в 10 случаях операция Крогиуса, в 4 операция Бойчева, и 15 пациентам операция Краснова.

Наиболее важной структурой медиальной стороны пателло-фemorального сустава является медиальная пателло-фemorальная связка. Она перекидывается от верхнемедиального угла надколенника до медиального надмыщелка бедренной кости. Последняя является главным статическим стабилизатором надколенника, играющим роль удерживателя пателло-фemorального сустава от латерального смещения (4, 12).

При вывихе надколенника кнаружи медиальная пателлофemorальная связка, естественно растягиваясь утрачивает свою функцию удерживателя.

Учитывая вышеуказанное положение у 8 пациентов применяли операцию Краснова в модифицированном нами варианте (рац. предложение).

**Техника операции:** Полуовальный разрез кожи делают от границы средней и нижней трети бедра по передневнутренней поверхности, огибая надколенник и заканчивая несколько дистальнее его нижнего угла. Кожный лоскут отсепааровывают до наружной поверхности бедра и коленного сустава. Мобилизуют прямую мышцу бедра, ее сухожилие с латеральной стороны и собственную связку надколенника. Если

мобилизуют надколенник, то при необходимости продольно рассекают его поддерживающие связки с наружной стороны, в дальнейшем их не ушивают. Затем по внутренней поверхности коленного сустава из капсулы выкраивают фиброзный лоскут размером 10-12 на 3-4 см с основанием, переходящим на середину медиальной широкой мышцы бедра. Из нее формируют брюшко, а фиброзно-сухожильную полосу сворачивают в трубочку и прошивают редкими кетгутовыми швами. На 2-3 см выше надколенника в толще сухожилия прямой мышцы корнцангом делают ход, проходящий изнутри-наружу и косо сверху-вниз. Через него проводят сухожильно-фасциальную полосу в обратном направлении. Здесь также ушивают полосу у входа и выхода.

Дефект в фиброзной капсуле с внутренней стороны ушивают узловыми кетгутовыми швами, а поверх укладывают и подшивают периферическую часть сухожильно-фасциальной полосы. На наш взгляд периферическая часть полосы заменяет какой-то мере утраченную функцию медиальной пателло-фemorальной связки коленного сустава. Кроме этого проведенная в обратном направлении в толще сухожилия полоска будет надежно удерживать надколенник от латерального смещения.

На операционном столе проверяют надежность фиксации надколенника сгибанием в коленном суставе. Мягкие ткани послойно ушивают, конечность фиксируют глубокой задней гипсовой лонгетой в положении сгибания под углом 150-160° в коленном суставе на 4 недели. С 4-5 дня через гипсовую повязку назначается УВЧ, через 6-7 дней назначали статическую гимнастику для мышц бедра. После снятия гипсовой повязки проводим активно-пассивную гимнастику, озокерит-парафиновые аппликации. Функция оперированного сустава восстанавливается в среднем через 3-4 месяца.

Результаты: Непосредственные исходы оперативного лечения у всех больных были положительными. Отдаленные результаты их лечения изучены в сроки от 1 года до 26 лет у 27 (37 суставов) пациентов. Результаты оперативного лечения у 27 (37 суставов) из 30 (42 сустава) пациентов полученные на основании субъективного и объективного обследования их, расценивали как «хорошие», «удовлетворительные» и «неудовлетворительные».

18 (66%) пациентов с хорошим результатом лечения жалоб не предъявляли. Проведенные клиничко-рентгенологические обследования не определили симптомы патологии, а также функция сустава полностью восстановилась.

У 5 (18,5%) пациентов с удовлетворительным результатом лечения отмечались периодически возникающая хромота, нестабильность надколенника при физической и спортивной нагрузке. Непостоянная боль в суставе, отечность сустава при обычной нагрузке, затруднения при подъеме по лестнице и приседании.

У 4 (14,9%) пациентов результаты лечения оценены как неудовлетворительные. Отмечалась сильная хромота, неустойчивость надколенника при каждом шаге. Боль в

коленном суставе при длительной ходьбе, постоянная отечность коленного сустава, невозможность подъема по лестнице и невозможность приседания. У двух из них, оперированных по методу Крогиуса, наблюдалась релюксация.

Отдаленные результаты оперативного лечения больных с врожденным вывихом надколенника в зависимости от метода операции.

Метод операции	Количество операций	Изучено в отдаленном периоде	Результаты лечения			
			Хороший	Удовлетворительный	Неудовлетворительный	Релюксация
Операция Фридланда	5	4	2	1		—
Операция Бойчева	4	3	1	1	1	—
Операция Крогиуса	10	9	4	1	3	2
Операция Краснова	15	13	11	2	—	—
Операция Краснова в модифицированном варианте	8	8	8	—	—	—
Всего	42 сует.	37 сует.	26 больных	5 Больных	4 больных	2

Из таблицы видно, что наиболее положительные результаты получены при применении операции Краснова в модифицированном варианте.

### ВЫВОДЫ

1. Врожденный вывих надколенника относится к редким порокам развития. Вместе с тем данная патология привлекает к себе внимание в силу значительных функциональных расстройств коленного сустава связанных с атипичным расположением надколенника.

2. Обилие предложенных оперативных (более 150) методов лечения врожденного вывиха надколенника говорит о том неизменном интересе ортопедов к этой патологии с одной стороны, с другой, эта проблема и на сегодняшний день еще далека от окончательного разрешения.

3. Предложенное нами дополнение к операции Краснова А.Ф. зарекомендовал себя как наиболее эффективный для оперативного лечения врожденного вывиха надколенника.

### ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Бойчев Б. - оперативная ортопедия и травматология (Б. Бойчев, Б. Конфорти, К. Чоканов),- София, 1961, 834 стр.
2. Волков М.В. - Руководство по ортопедии и травматологии. М., 1968, II-том стр. 644-653
3. Волков М. В., Дедова В. Д. - Детская ортопедия М., 1972, стр. 147-155

4. Герасименко М. А., Белецкий А.В. - Диагностика и лечение повреждений и ортопедических заболеваний коленного сустава. Минск. 2010, стр. 76-104
5. Меженина Е. П. - Врожденные уродства. Киев, 1974, стр. 99-101
6. Миронов С. П., Котельников Г.П. - Ортопедия национальное руководство. М., 2008, стр. 186-192
7. Немсадзе В.П., Кузнецихин Е.П., Выборнов Д.Ю. - Вестник травматологии и ортопедии, 1994, № 3, стр. 19-22
8. Краснов А.Ф., Иванова К. А. - Детская ортопедия, Куйбышев, 1983, стр. 47-51
9. Шевцов В.И., Буравцов П. П. - Наш опыт лечения больных с вывихом надколенника. Вестник травматологии и ортопедии, 2005, № 1, стр. 3437.
10. Dandy D.J. - Chronic patellofemoral instability. J.Bone JT surgery. - 1996. -v 78-B,№2.-p.328-335. 11 .Insall J. - Disorders of the patella // Surgery of the knee/ ed. J.Insall. - N.Y.
11. Churchill Livingstone, 1984. - p. 195. 12. Warren L.F., Marshall J.L. - The supporting structures and Layers on the medial side of the knee: an anatomical analysis, J. Bone Joint Surg Am, 1979, 61: 56-52