

ДИАГНОСТИКА И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СВЕЖИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ БОКОВЫХ СВЯЗОК КОЛЕННОГО СУСТАВА

Байгараев Э.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева.

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В работе представлен алгоритм диагностики и тактика оперативного лечения 50 больных при свежих повреждениях боковых связок коленного сустава в отделениях патологии суставов и травматологии №1,2,3,4 БНИЦТиО с 2011 по 2012гг. Возрастной диапазон составляет от 17 до 52 лет.

Ключевые слова: коленный сустав, повреждения боковых связок, диагностика, оперативное лечение.

ТИЗЕ МУУНУНУН КОЛЛАТЕРАЛДЫК БАЙЛАМТАЛАРЫНЫН ЖАНЫ ЖАРАКАТТАНУУСУН АНЫКТОО ЖАНА ОПЕРАЦИЯЛЫК ДАРЫЛОО

Байгараев Э.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул иште БИИТОБ догу муундар жана жаракаттар №1,2,3,4 болумдорунун 2011-2012 жылдарындагы тизе муунунун коллатералдык байламталарынын жаны жаракаттанган 50 бейтабынын дартын аныктоо алгоритми жана операциялык дарылоосу корсотулгон. Бейтаптардын курамын 17 жаштан 52 ки жашка чейинкилер тузот.

Негизги сөздөр: тизе мууну, коллатералдык байламталардын жаракаттануусу, жаракатты аныктоо, операциялык дарылоо.

THE DIAGNOSTICS AND OPERATIVE TREATMENT OF THE FRESH DAMAGES OF THE LATERAL LIGAMENTS OF THE KNEE JOINT

Baygaraev E.A.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The algorithm of diagnostics and tactics of surgical treatment in acute damage of lateral ligaments of knee joints of 50 patients was presented. Patients were treated in Joints Pathology Department and Department of Traumatology 1,2,3,4 of Bishkek National Institute of Traumatology and Orthopedics in the period from 2011 till 2012 years. Age range was varied from 17 to 52 years.

Key words: knee joint, damages of the lateral ligaments, diagnostics, operative treatment.

Актуальность темы

Коленный сустав травмируется у людей достаточно часто: на его долю приходится около 50% повреждений всех суставов и до 24% повреждений нижней конечности. Данная патология выявляется преимущественно у лиц трудоспособного возраста и нередко приводит к временной или стойкой утрате трудоспособности [1,2,8].

Одним из ведущих факторов успешного лечения повреждений коленного сустава является точность диагностирования существующих изменений, особенно на ранних стадиях

заболевания, когда правильно подобранная тактика лечения оказывает значительное влияние на исход процесса. Несовершенство и несвоевременность диагностики повреждений структур коленного сустава и, как следствие, неправильное лечение в 45-75% случаев приводят к развитию различных форм и степеней его нестабильности, дегенеративно-дистрофических изменений в нем, что сопровождается стойкой инвалидизацией пострадавших [3,6].

Ранняя диагностика изменений капсульно-связочного аппарата коленного сустава представляет собой весьма сложную

задачу. Несмотря на достигнутые в последние годы значительные успехи в совершенствовании клиничко-диагностических методов процент диагностических ошибок достаточно высок, и в 28-30% имеются случаи неточного или запоздалого диагностирования, что вызвано многообразием причин и форм проявления этих патологий. [4,7,10].

Принимая во внимание, что только 6% повреждений коленного сустава приходится на костные структуры, а остальное на повреждения мягкотканых структур [9].

Цель - улучшения результатов диагностики и оперативное лечение свежих повреждений боковых связок коленного сустава.

Материал и методы.

Под наблюдением находилось 50 больных с повреждением боковых связок коленного сустава. В период 2011 по 2012гг. в отделениях патологии суставов и травматологии №1,2,3,4 БНИЦТиО. Возрастной диапазон больных составляет от 17 до 52 лет. Диагностический алгоритм включал:

- 1) анамнез;
- 2) механизм травмы;
- 3) клинический осмотр;
- 4) рентгенологические исследования (стандартная и функциональная разработанным устройством);
- 5) УЗИ - коленного сустава;

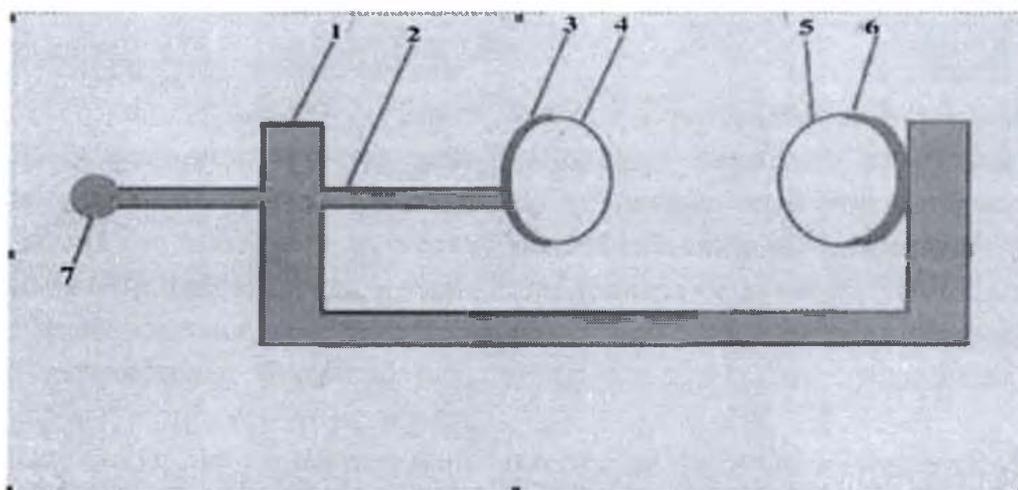
б) МРТ - Магнитно - резонансная томография.

Всем больным сделана функциональная рентгенограмма с применением нами разработанным устройством. Устройство состоит из двух П-образных рамок по внутренней поверхности рамки одной стороны имеются стационарные полукольца. На противоположной стороне имеются мобильные полукольца на шарнире, которые с помощью резьбовых стержней прикреплены на рамке. Концы полукольцах имеется ремни для фиксации бедра и голени (Рис. №2).

Функциональная рентгенография устройством осуществляется следующим образом. Положение пациента на рентген столе на спине, накладывается устройство на н/з бедра и на н/з голени. Накладывания устройств зависит от повреждений связок (внутренней боковой или наружно боковой).

При повреждении внутренней боковой связки фиксируются устройства н/з бедра и н/з голени в положении приведения конечностей. Начинается равномерная, дозированная дистракция устройств в области н/з голени до появления неприятных ощущений в области повреждении связок. Производится рентгенография коленных суставов в прямой проекции.

При повреждении наружной боковой



- | | |
|-------------------------------------|------------------------|
| 1. П-образная рамка; | 2. резьбовой стержень; |
| 3. мобильные полукольца на шарнире; | 4. ремни для фиксации; |
| 5. стационарные полукольца; | 6. рукоятка стержня. |

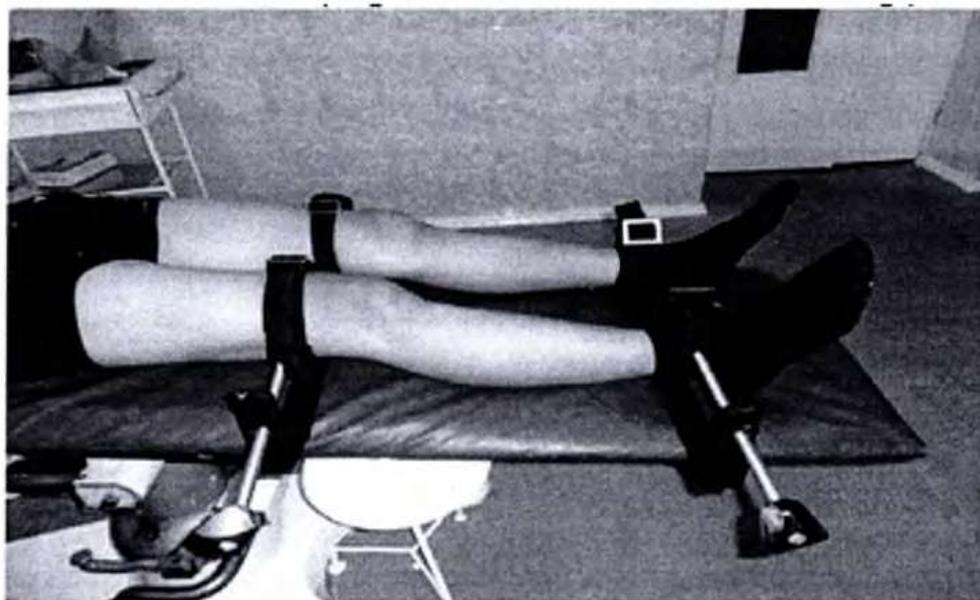


Рис. №1

связки фиксируются устройства в области н/з бедра и н/з голени в положении разведения конечностей. Затем начинается равномерная, дозированная компрессия устройств в области н/з голени до появления неприятных ощущений. Производится рентгенография коленных суставов в прямой проекции (рис. №1).

Всем больным проводилось оперативное лечение разработанным способом. Способ выполняется под спинномозговой или общей анестезией. Положение больного на операционном столе: на спине с раздвижной шиной под оперируемой конечностью, позволяющей согнуть ногу в коленном суставе под углом. Доступ к разорванной связке осуществляется в зависимости от повреждений связок. Слегка дугообразным продольным разрезам по передневнутренней поверхности для внутренней боковой связки или передненааружной поверхности для наружной боковой связки коленного сустава, обнажается коленный сустав. Мобилизуется полость коленного сустава от рубцов, при необходимости единым блоком отводится кверху и кнутри связка надколенника и надколенник, сохраняя при этом места прикрепления боковых и крестообразных связок, производят ревизию, и находят место разрыва боковой связки. Затем первоначально восстанавливают боковые части связки путем наложения восьмиобразных швов с двух

сторон, далее по центру разрыва накладывают центральный восьмиобразный шов, создавая тем самым самую прочную и интимную фиксацию боковой связки коленного сустава. Рану промывают, проводят гемостаз и послойные швы на рану. Сустав иммобилизуется гипсовой повязкой от нижней трети голени до верхней трети бедра под углом 150-160 градусов. На 2-ые сутки активизируем больного, разрешая ходьбу на костылях слегка нагружая оперированный сустав. На 10-14 сутки снимаются швы. Через четыре недели снималась иммобилизация и начиналась активно-пассивная разработка движений сустава.

Результаты лечения и их обсуждения.

Результаты хирургического лечения были изучены в сроки от 6 месяцев до 1 года. Для оценки результатов хирургического лечения мы применяли СОИ-3 (стандартизированная оценка исходов автор: Миронов С.П. и др. 2008 г.) [5].

Хороший результат – 43 (86%) больных.

Удовлетворительный результат – 7 (14%) больных.

Неудовлетворительный результат – рецидив заболеваний и нестабильность коленных суставов не отмечалась.

Таким образом, ранняя диагностика и проведенное оперативное лечение при повреждениях боковых связок коленного сустава сокращает срок общего лечения. Дает

возможности быстрого восстановления функции коленного сустава.

Литература:

1) Гиршин С.Г. Коленный сустав (повреждения и болевые синдромы) / Гиршин С.Г., Лазишвили Г.Д. // М.: 2007. - 353 с.

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) Крестьяшин В.М. Повреждения и заболевания коленного сустава у детей (клиника, диагностика, лечение) : авто-реф. дис. . докт. мед. наук / В.М. Крестьяшин М, 2005.

4) Кузнецов И.А. Совершенствование методов лечения повреждений коленного сустава с применением эндоскопической техники: автореф. дис. . докт. мед. наук / И.А. Кузнецов. - СПб., 1998. 46с.

5) Миронов С.П., Маттис Э.Р., Троценко

В.В. Стандартизованные исследования в травматологии и ортопедии. – М.: ОАО «Типография «Новости», 2008. – С.30-32.

6) Миронов С.П. Повреждение связок коленного сустава / С.П. Миронов, А.К. Орлецкий М.; 1999. - 288с.

7) Степанченко А.П. Лучевая диагностика травматических повреждений коленного сустава: дис. . канд. мед. наук / А.П. Степанченко - М, 2005. 194 с.

8) Callaghan John J. The Adult Knee / John J. Callaghan // Hardcover; 2003. - P.384.

9) Park J.Y. The value of ultrasonography in the detection of meniscal tears diagnosed by MRI / Park.J.Y., Kim J.M., Lee S.M., Lee M.Y. / Am.J. Phis.Med.Reh.- 2008.- 87, N 1.- P. 14-20.

10) Tanderter H.B. Acute knee injuries: use of decision rules •for selective radiograph ordering / Tanderter H.B., Shvartzman P. // Am. Fam. Physician. 1999. - V.60 - N.9 - P.2599-2608.