

## ВИКОРИСТАННЯ АРТРОСКОПІЧНОГО ШВА МЕДАЛЬНОЇ ПАТЕЛОФЕМОРАЛЬНОЇ ЗВ'ЯЗКИ У ЛІКУВАННІ ЛАТЕРАЛЬНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ НАДКОЛІННИКА

Коструб О.О., Засаднюк І. А., Заєць В.Б., Котюк В.Б., Блонський Р.І., Вадзюк Н.С.  
ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМН України”, м. Київ

**Вступ.** Біль в ділянці патело-фemorального зчленування доволі часто зустрічається у молодих активних людей та спортсменів при фізичному навантаженні, навіть при відсутності травматичних пошкоджень в анамнезі. В більшості випадків це обумовлено біомеханічними розладами у вигляді латеральної нестабільності надколінника. Нещодавні дослідження закордонних фахівців допомогли деталізувати анатомію та біомеханіку медіальних стабілізаторів надколінника. Дані структури забезпечують резистентність до латерального зміщення надколінника, причому більше 50 % припадає на медіальну пателофemorальну зв'язку, до 24% - на медіальну пателоменіскову, 13 % - на медіальну пателотібіальну та 13 % – на ретинакулюм. Таким чином показана надзвичайно важлива роль пасивних стабілізаторів, навіть при наявності ознак дисплазії у патело-фemorальному зчленуванні. Дослідження авторів показує, що вивих надколінника не зустрічається при інтактній медіальній пателофemorальній зв'язці і навпаки, при перенесеній дислокації надколінника, дана структура виявляється пошкодженою у 94 % випадків.

**Матеріали та методи.** За період 2009-2012 рр в клініці спортивної та балетної травми виконано 27 оперативних втручань із використанням медіального шва медіальної пателофemorальної зв'язки. Середній вік пацієнтів складав 19 років. Серед них 17 жінок та 10 чоловіків. Критерії включення були наступні:

- ретропателлярний біль або інші суб'єктивні відчуття (кляцання, відчуття нестабільності надколінника та ін.) при фізичному навантаженні;
- відсутність вивихів надколінника в анамнезі;
- наявність не більше однієї великої аномалії розвитку пателофemorальної зони колінного суглоба;
- гострий одноразовий вивих надколінника за умови ізолюваного пошкодження медіальної патело-фemorальної зв'язки та відсутності великих аномалій розвитку пателофemorальної зони. Критерії виключення:
- багаторазові вивихи надколінника - одноразові вивихи надколінника у поєднанні з великими аномаліями розвитку пателофemorальної зони колінного суглоба
- одноразові вивихи надколінника з ізолюваним пошкодженням медіальної пателофemorальної зв'язки в ділянці кріплення до надколінника.

**Результати та їх обговорення.** Результати лікування оцінювали через 12 місяців за функціональною шкалою Fulkerson Розподіл результатів в до- та після лікування у різних групах представлений у таблиці

шкала Fulkerson	Гострий вивих (n 15)	Ретропателлярний біль (n 12)
До лікування	61	64
Після лікування	90	81

Кращі результати лікування у групі пацієнтів з гострим вивихом надколінника пояснюються тим, що у дану групу ми відбирали пацієнтів з ізолюваним пошкодженням медіальної пателофemorальної зв'язки без супутніх великих аномалій розвитку пателофemorального відділу колінного суглоба.

**Висновки.** В структурі латеральної нестабільності надколінника провідна роль в статичній стабілізації належить медіальній патело-фemorальній та патело-менісковій зв'язкам, які забезпечують до 75% медіальної стабільності. У випадках гострого одноразового пошкодження даних структур метод артроскопічного шва дозволяє максимально відновити їх цілісність та функцію колінного суглоба. Також ефективний

метод медіального гофрування медіальних статичних стабілізаторів при їх частковому хронічному пошкодженні та перерозтягненні, що веде до латерального зміщення надколінника та виникнення ретропателлярного болю та суб'єктивних ознак нестабільності надколінника.