

НОВЫЙ МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТОЙКИХ РАЗГИБАТЕЛЬНЫХ КОНТРАКТУР КОЛЕННОГО СУСТАВА И ВОССТАНОВЛЕНИЯ СТАБИЛИЗАТОРОВ НАДКОЛЕННИКА

Барков А. А.,¹ Барков А. В.²

¹КУ «Кировоградская областная больница», Украина.

²ГУ «Специализированная медико-санитарная часть № 19 МЗ Украины», г. Кировоград, Украина.

Стойкие посттравматические контрактуры коленного сустава чаще всего сопровождаются переломами бедренной кости, осложнившиеся несращением, дефектом кости и остеомиелитом. Предложенные ранее мобилизирующие операции позволяют восстановить подвижность в суставе, однако, не устраняют дефекты капсулы коленного сустава, возникающие при сгибании в коленном суставе во время операции и перемещения мест прикрепления внутренней и наружной широких мышц бедра. Что является причиной частых неудовлетворительных исходов лечения.

Цель: Разработать способ замещения дефектов капсулы коленного сустава возникающих при его мобилизации и стабилизировать надколенник.

Материалы и методы. Нами разработан оригинальный способ замещения дефектов капсулы коленного сустава (Патент Украины №108263 от 10.04.15.) при котором устраняются дефекты капсулы коленного сустава, отличающийся тем, что после S-образного доступа парапателлярно с обеих сторон рассекается капсула коленного сустава, выполняется артролиз, тенолиз, миолиз, иссекается рубцовоперерожденная промежуточная мышца бедра, сгибается голень. При этом в области парапателлярных разрезов образуются дефекты капсулы. Для их устранения выкраиваются овальные лоскуты соответственно дефекту с части собственной фасции бедра над надколенником, предварительно прошив их узловыми швами по краю парапателлярных разрезов со стороны надколенника и таким образом, соединяя их с капсулой коленного сустава. После этого лоскуты разворачивают на 180°, закрывают дефект и подшивают к противоположному краю рассеченной капсулы.

С помощью разработанной методики было прооперировано 9 человек. Мужчин -7, женщин - 2, в возрасте от 27 до 54 лет. Длительность контрактуры коленного сустава была от 1,5 до 4-х лет. Контрактуры у всех пациентов возникли после переломов диафиза бедренной кости, которые после металлоостеосинтеза осложнились несращением, дефектом кости, остеомиелитом. До поступления в отделение всем пациентам выполнялись от 2-х до 10-ти хирургических вмешательств в зоне перелома, направленных на фиксацию отломков, стимуляцию регенерации, замещения дефектов, устранения остеомиелита. Операцию мобилизации коленного сустава мы выполняли после восстановления целостности и опорности бедренной кости при помощи разработанного нами устройства. С целью лечения контрактуры коленного сустава до поступления все больные проходили курс консервативного восстановительного лечения в течение 4-6-ти месяцев с применением ЛФК, массажа, медикаментозной терапии и физиотерапевтических процедур, механотерапии, бальнеолечения. Объем движений в коленном суставе перед мобилизацией, однако не превышал 5-10°.

Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений, все больные проходили курс консервативного восстановительного лечения. В послеоперационном периоде в течение 2 недель конечность фиксировали гипсовой повязкой в положении сгибания 90°. Однако разработку движений в коленном суставе начинали уже на 3-й день после операции, когда почти полностью купировался болевой синдром. При этом днем гипсовую повязку снимали и выполняли постепенное максимальное разгибание коленного сустава с его разработкой в течение дня, а вечером (после максимального сгибания) ее накладывали обратно. В послеоперационном периоде также назначали ЛФК, механотерапию, массаж, электрофорез с анальгетиками и лидазой, солевые ванны, грязелечение, радонотерапию.

Результаты. К исходу второго месяца после операции объем движений в коленном суставе составил у одного – 0/0/140°, у троих – 0/0/130°, у четырех – 0/0/100° и еще у одного – 0/0/90°. Оценку результатов послеоперационного лечения оценивали по критериям Judet (отличные результаты – сгибание в коленном суставе больше 100°, хорошие – от 80° до 100°, удовлетворительные – от 50° до 80°, неудовлетворительные – меньше 50°). Отличные результаты нами были отмечены у 4-х пациентов, хорошие – у 5-ти пациентов.

Все они смогли приступить к выполняемой ранее работе. Осмотр в отдаленном периоде в сроки от 1-го до 20-ти лет, показал, что объем движений в коленном суставе не уменьшился, кроме одной пациентки, у которой через 20 лет после операции объем сгибания уменьшился на 10- 15° в связи с развившимся деформирующим остеоартрозом коленного сустава.

Выводы. Разработанный нами способ лечения стойких посттравматических контрактур коленного сустава позволяет:

- 1) устранить контрактуру;
- 2) восстановить целостность капсулы коленного сустава и вместе с ней,
- 3) восстановить стабилизацию надколенника путем замещения дефектов капсулы коленного сустава, и в последующем позволило
- 4) достичь отличных и хороших результатов лечения стойких посттравматических контрактур коленного сустава, как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде.