

# НОВИЙ СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗВИЧНОГО ВИВИХУ НАДКОЛІНКА. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ 15 ПАЦІЄНТІВ

Подік В.А., Коструб О.О., Котюк В.В., Засаднюк І.А., Блонський Р.І., Дідух П.В., Вадзюк Н.С.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», Київ, Україна

**Вступ.** Сьогодні способи лікування звичного вивиху надколінка повинні враховувати численні варіанти дисплазії та травматичні пошкодження. Окрім дисплазії у пателофеморальному суглобі та ротаційних аномалій великогомілкової та стегнової кісток, одним з найважливіших факторів стабільності надколінка є його медіальні утримувачі – медіальна пателофеморальна та менш досліджені медіальні пателотібіальна та пателоменіскальна зв'язки. Більшість методів відновлення чи пластики цих утримувачів обмежуються відновленням лише однієї з цих зв'язок – найчастіше медіальної пателофеморальної і, рідше, медіальної пателотібальної. Складнощі лікування звичного вивиху надколінка полягають у тому, що у пацієнта часто наявні одразу кілька факторів нестабільності, одночасна корекція яких може бути надто травматичною та не обов'язково призводити до задовільного клінічного результату. Це змушує ортопеда-травматолога обирати найменш травматичний та найбільш ефективний спосіб стабілізації надколінка. І найчастіше обирають спосіб пластики медіальних утримувачів надколінка. Втім біомеханіка рухів надколінка складна (при різних кутах згинання колінного суглоба та в різних положеннях надколінка його головними м'якотканинними стабілізаторами виступають різні елементи системи медіальних утримувачів), а відновити анатомічно усі медіальні утримувачі зазвичай надто травматично, технічно складно та дороговартісно. Недостатня ж стабілізація надколінка призводить до рецидивів його вивиху, а надмірно жорстка фіксація – до незворотних ускладнень (деструкція суглобового хряща в ділянці пателофеморального суглоба – пателофеморального артрозу) та/або больового синдрому, що спричиняють зрив компенсаторних механізмів і унеможливають заняття спортом або ведуть до часткової чи повної втрати працездатності пацієнтів.

Іншою суперечливою проблемою у хірургічному лікуванні звичного вивиху надколінка із відновленням медіальних його утримувачів є фіксація трансплантату, що замінює ці утримувачі, до надколінка. Більшість відомих способів передбачають просвердлювання каналів для проведення сухожилка чи гвинтів через надколінок, що нерідко призводить до його переломів у ранньому чи віддаленому післяопераційному періоді при мінімальних травмах і навіть без них. Частина способів передбачає м'якотканинну фіксацію трансплантата шляхом проведення його між дистальними волокнами сухожилка чотириголового м'яза стегна, що йдуть по передній поверхні надколінка або підшивання трансплантата до них. При такому способі фіксації у худорлявих пацієнтів трансплантат добре візуалізується під шкірою у препателлярній області, що виглядає неестетично, а при вставанні на коліно періодично призводить до больового синдрому.

**Мета.** Провести аналіз результатів розробленого способу хірургічного лікування звичного вивиху надколінка.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз результатів п'ятнадцяти випадків хірургічного лікування звичного вивиху надколінка за допомогою розробленого способу у терміни два та більше років після хірургічного втручання. У десяти пацієнтів, у яких було високе стояння надколінка (Patella alta), за допомогою даного способу хірургічного лікування звичного вивиху надколінка одночасно проведено низведення (дисталізацію) надколінка. Контрольна група становила двадцять п'ять пацієнтів, яким хірургічне лікування звичного вивиху надколінка проводилося шляхом пластики медіальної пателофеморальної зв'язки за стандартною методикою за допомогою трансплантата

сухожилка напівсухожильного м'яза, фіксованого до медіального надвиростка стегна та надколінка (черезкістково або транслігаментарно).

Розроблений спосіб хірургічного лікування звичного вивиху надколінка передбачає відсічення за допомогою стріпера сухожилка напівсухожилкового м'яза в його проксимальній частині на максимальній відстані від місця його прикріплення, проведення відсіченої частини між волокнами великогомілкової колатеральної зв'язки до надколінка, на медіальному краї якого формують борозну до спонгіозної кістки. В створеній на медіальному краї надколінка борозні транспонований сухожилок фіксують анкерами щонайменше у двох точках, розвертають у напрямку великогомілкової кістки і фіксують на її передньомедіальній поверхні у місці прикріплення медіальної пателотібіальної зв'язки.

Фіксація на надколінку до спонгіозної кістки у глибокій, попередньо створеній борозні на його медіальному краї попереджає ятрогенні переломи надколінка та розвиток больового синдрому у препателлярній ділянці. Розворот транспонованого сухожилка у напрямку місця прикріплення медіальної пателотібіальної зв'язки до великогомілкової кістки і фіксація його у цьому ж місці дозволяють одночасно відновити не один, а два з трьох принципових медіальних утримувачів надколінка та за потреби одночасно провести дисталізацію надколінка при його високому стоянні, чим забезпечується більш фізіологічна траєкторія руху надколінка у вирізці стегнової кістки, що дозволяє попередити розвиток феморопателлярного артрозу, феморопателлярного больового синдрому та рецидивів вивихів надколінка.

**Результати.** В усіх хворих було досягнуто скорочення термінів реабілітації, збільшення стабільності надколінка, повної амплітуди рухів та зменшення больового синдрому.

Повна амплітуда рухів в оперованому колінному суглобі при використанні запропонованого способу лікування досягнута в середньому на 3,8 тижнів раніше у порівнянні із пластикою медіальної пателофemorальної зв'язки за стандартною методикою. Спостерігався менш виражений больовий синдром за стобальною візуально-аналоговою шкалою болю у післяопераційному періоді в середньому на п'ятнадцять балів.

У худорлявих пацієнтів досягнуто більш естетичного вигляду препателлярної зони. Протягом двох років спостереження в жодного пацієнта не сталось рецидиву вивиху надколінка чи його перелому.

**Висновки.** Використання запропонованого способу хірургічного лікування звичного вивиху надколінка дозволяє попередити рецидиви вивихів надколінка, переломи надколінка, біль у препателлярній зоні та неестетичний вигляд препателлярно проведеного трансплантата, поліпшити стабільність надколінка без створення надмірного нефізіологічного тиску в пателофemorальному суглобі за рахунок більш анатомічної реконструкції двох з трьох медіальних утримувачів надколінка, а отже і більш рівномірного розподілу навантажень на суглобові поверхні у пателофemorальному суглобі по усій амплітуді рухів.

Спосіб простий у використанні, доступний у лікарнях різних рівнів, може використовуватись у дітей із відкритими зонами росту, менш травматичний та дешевший у порівнянні з пластикою медіальних пателофemorальної та пателотібіальної зв'язок окремо. За допомогою цього способу можна надійно зафіксувати надколінок у фізіологічному положенні, забезпечивши при цьому більш фізіологічну біомеханіку його рухів, та попередивши можливість виникнення переломів у післяопераційному періоді.

Використання запропонованого способу дозволяє одночасно відновити не один, а два з трьох принципових медіальних утримувачів надколінка та за потреби одночасно провести дисталізацію надколінка при його високому стоянні, чим забезпечується більш фізіологічна траєкторія руху надколінка у вирізці стегнової кістки, що попереджає розвиток феморопателлярного артрозу, феморопателлярного больового синдрому та рецидивів вивихів надколінка у післяопераційному періоді.