

# РЕКОНСТРУКЦІЯ ПРИСЕРЕДНЬОЇ НАКОЛІНКОВО-СТЕГНОВОЇ ЗВ'ЯЗКИ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ НЕСТАБІЛЬНОСТІ НАКОЛІНКА

Болховітін П.В., Воронцов П.М., Болховітін Н.П., Гусак В.С., Сльота О.М.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І.Ситенка НАМН України», Харків.  
Україна

**Ключові слова:** нестабільність наколінка, реконструкція, алоімпланти, аутоотрансплантати.

Нестабільність наколінка є інвалідизуючим станом, яке часто виникає у жінок, дітей та підлітків, а також у людей з активним способом життя. MPFL (medialpatellofemoralligament) – є важливим і основним стабілізатором наколінка при згинанні колінного суглоба від 0 до 30°. На сьогодні не існує єдиної теорії етіології та патогенезу виникнення нестабільності наколінка. Зазвичай вивих наколінка може бути пов'язаний із дегенеративними змінами чашечки, генетичною схильністю, гіпермобільністю суглобів, загальною слабкістю зв'язок, дефіцитом сили м'язів стегна, високим стоянням наколінка, дисплазією блоку стегнової кістки, збільшенням кута Q, значною латералізацією горбистості великогомілкової кістки. Вивих наколінка також може відбуватись після гострого пошкодження MPFL, пов'язаного зі спортом та фізичною активністю.

Для усунення патологічних змін, все частіше застосовують активну хірургічну тактику, існує великий вибір хірургічних протоколів реконструкції MPFL, при первинних та рецидивуючих вивихах наколінка. Актуальним питанням залишається проблема вибору реконструктивного матеріалу, його розміщення, натяг, вибір динамічної чи статичної реконструкції. Основним біологічним матеріалом є аутоотрансплантати та алоімпланти із сухожилків *musculussemitendinosus*, *musculustibialis anterior*, *musculusgracilis*, *musculusadductor magnus*.

**Мета роботи:** оцінити результати використання аутоотрансплантату *musculusgracilis* та алоімпланти із донорського сухожилка *flexorhalluceslongus* при хірургічному лікуванні нестабільності наколінка.

**Матеріал і методи.** Проаналізовано результати обстеження та лікування 22 пацієнтів (18 жінок, 4 чоловіки) з діагнозом «нестабільність наколінка», які знаходились на лікуванні у клініці вертебрології ДУ «ІПХС ім. проф. М.І.Ситенка НАМН України».

Вік хворих на момент госпіталізації становив від 14 до 45 років (середній вік склав 24,7 років). За локалізацією травми пацієнти розподілилися так: лівосторонній вивих наколінка – 9 (40,9 %), правосторонній - 13 (59,1 %).

Встановлення діагнозу пацієнтам проводили ґрунтуючись на сукупності клінічних проявів, даних лабораторних та інструментальних досліджень. Пацієнтам було призначено МРТ та рентгенографія колінного суглоба у прямій, боковій та аксіальних проекціях. На етапі підготовки до оперативного втручання за допомогою рентгенограм у боковій проекції було встановлено точку Schotle.

Проведено оперативні втручання: 19-ти пацієнтам – відновлення MPFL колінного суглоба за допомогою аутоотрансплантату *musculusgracilis* та 3-м пацієнтам із комбінованим ушкодженням передньої хрестоподібної зв'язки та MPFL, або при повторній реконструкції MPFL – використовували алоімпланти алогенного походження із донорського сухожилка *flexor hallucis longus*.

**Результати.** Результати хірургічного лікування нестабільності наколінка із використанням аутоотрансплантатів та алоімпланти оцінено рентгенологічно упродовж 24 міс. – у 11 (50%) пацієнтів, 12 міс. – у 11 (50%) пацієнтів. Проявів інфекції або інших післяопераційних ускладнень, таких як рецидив нестабільності наколінка не спостерігали. Больовий синдром був відсутній, обсяг рухів колінному суглобі відновився. Загалом результати класифіковано як добрі та відмінні

**Висновки.** Отримані результати вказують на високу ефективність використання аутотрансплантату при реконструкції MPFL в лікуванні нестабільності наколінка. В нашій практиці не було випадків повторних вивихів наколінка.

Використання біоімплантату алогенного походження є ефективним при повторній реконструкції MPFL та комбінованому ушкодженні передньої хрестоподібної зв'язки та MPFL.