

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф.
ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра травматологии, ортопедии и нейрохирургии с курсом ПО

Зав.кафедры д.м.н., доц.: Шнякин П.Г

Реферат

«Повреждение передней крестообразной связки коленного
сустава. Пластика передней крестообразной связки
коленного сустава, с использованием артроскопической
техники»

Выполнил: ординатор
кафедры травматологии,
ортопедии и нейрохирургии с
курсом ПО Ашаткин Д.Д.

Красноярск, 2021

План реферата

1. Классификация повреждений передней крестообразной связки
2. Показания к операции
3. Противопоказания к операции
4. Требования к подготовке пациента
5. Методика проведения пластики передней крестообразной связки
6. Индикаторы эффективности процедуры
7. Список литературы

Клиническая классификация

Выделяют три степени повреждения:

- **I степень** – разрыв минимального числа волокон связки с локальной болезненностью, но без нарушения стабильности;
- **II степень** – разрыв большего числа волокон связки, протекающий более болезненно, с выраженной реакцией сустава, снижением его функции, но также без нарушения стабильности;
- **III степень** – полный разрыв связки с нарушением стабильности сустава.

NB! При III степени повреждения выделяют в свою очередь, *3 степени выраженности нестабильности*, проявляющейся при исследовании сустава при помощи тестов и обозначаемой (+):

- 1 (+) – суставные поверхности расходятся не более 5 мм;
- 2 (++) – расхождение составляет от 5 до 10 мм;
- 3 (+++) – расхождение превышает 10 мм.

Повреждение передней крестообразной связки сопровождается передней нестабильностью коленного сустава, которая в свою очередь делится на:

- острую – возникшую сразу после травмы;
- хроническую – возникающую периодически в отдаленном периоде травмы коленного сустава.

Показания к оперативному вмешательству:

- повреждения передней крестообразной связки, сопровождающиеся передней нестабильностью коленного сустава.

Противопоказания к оперативному вмешательству:

Абсолютные противопоказания:

- тяжелое состояние пациента;
- декомпенсация хронических заболеваний;
- воспалительные поражения кожи в области вмешательства.

Относительные противопоказания:

- хроническая передняя нестабильность коленного сустава с выраженными дегенеративными изменениями со стороны хряща (остеоартроз коленного сустава 2 степени и выше);
- низкая физическая активность пациента;
- выраженная сосудистая патология на поврежденной конечности;
- отказ от следования послеоперационному протоколу.

Требования к подготовке пациента:

- подготовка перед операцией кожных покровов;
- очистительная клизма накануне вечером и утром в день операции;
- препарат для премедикации накануне вечером и утром в день операции;
- антикоагулянты накануне вечером.
- периоперационная антибиотикопрофилактика за 10-15 минут внутривенно во время наркоза либо за 40-60 минут до операции внутримышечно, с последующими повторными инъекциями по показаниям, но не более 24-48 часов.

Методика проведения артроскопической пластики передней крестообразной связки коленного сустава

- как правило, вмешательство проводится под артериальным турникетом;
- первым этапом выполняется диагностическая артроскопия сустава, устанавливается характер поражения связок, сопутствующие проблемы с менисками, хрящом. При реконструкции передней крестообразной связки выполняется замещение поврежденной связки аутооттрансплантатом. Для этого при помощи кусачек, артрошейвера (расходный материал – лезвие шейвера), артроскопического электрода (расходный материал – электрод) производится вапоризация и удаляются остатки поврежденной связки;
- при помощи специального инструмента в области «гусиной лапки» выполняется забор аутооттрансплантатов сухожилий подколенных мышц (полусухожильная и нежная), по специальной технике формируется аутооттрансплантат ПКС (расходный материал – полиэтиленовая плетеная нить – 2 шт.). Либо соответствующим способом производится забор другого вида аутооттрансплантата (из сухожилия прямой мышцы бедра с или без костного блока, из связки надколенника с костными блоками) с формированием из них аутооттрансплантата. Либо используется синтетический или аллотрансплантат;
- далее в соответствии с диаметром аутооттрансплантата в бедренной и большеберцовой костях формируются каналы, в которые заводится аутооттрансплантат. Формирование каналов выполняется при помощи специальных направителей бедренный и тибиальный таким образом, чтобы повторить геометрию нативной ПКС. В латеральном мыщелке бедренной кости формирование канала выполняется по спице диаметром 4 мм (расходный материал), при этом проведение направляющей спицы предпочтительно через антеромедиальный доступ, в большеберцовой кости по спице диаметром 2,4 мм (расходный материал). Подготовленный аутооттрансплантат через тоннель большеберцовой кости заводится в тоннель

бедренной кости. Фиксация на бедре кортикальная при помощи металлического или биологического фиксатора за мыщелок бедра (расходный материал) или иным фиксатором или способом (другие виды экстракортикального, внутриканального фиксатора), в тоннеле большеберцовой кости фиксация выполняется при помощи биокомпозитного винта (расходный материал) или иным фиксатором или способом (другие виды экстракортикального, внутриканального фиксатора).

Индикаторы эффективности процедуры:

- устранение боли;
- восстановление двигательной функции коленного сустава:
- индекс Бартела – выше 85 баллов;
- MRC- scale – более 3 баллов;
- индекс Карновского – 80 баллов;
- гониометрия – менее 80% от нормы.

Список литературы:

- 1) Травматология и ортопедия. Корнилова Н.В. – СПб.: Гиппократ, 2001-408 с.
- 2) Травматология и ортопедия: Руководства для врачей/под ред. Н.В. Корнилова: в 4 томах.-СПб.: Гиппократ, 2004 – Т.1.
- 3) Боли в суставах. Дифференциальная диагностика, Филоненко С.П., Якушин С.С., 2010г.
- 4) Штробель М. Руководство по артроскопической хирургии: в 2томах /Пер с англ. Под ред. А.В.Королева. – М.:ИздательствоПанфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011.
- 5) Ортопедия и травматология по Эпли. В 3 частях. Часть 2 | Соломон Луи, Уорик Дэвид