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](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=dept&id=311)

Реферат

«Артроскопическая пластика передней крестообразной связки коленного сустава»

Выполнила: Ординатор

кафедры травматологии,

 ортопедии и нейрохирургии

с курсом ПО

Амельченко А. И.

Красноярск, 2019

**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 повреждённой 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 аутотрансплантатом. 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 аутотрансплантатов сухожилий подколенных мышц (полусухожильная и нежная), по специальной технике формируется аутотрансплантат ПКС (расходный материал – полиэтиленовая плетеная нить – 2 шт.). Либо соответствующим способом производится забор другого вида аутотрансплантата (из сухожилия прямой мышцы бедра с или без костного блока, из связки надколенника с костными блоками) с формированием из них аутотрансплантата. Либо используется синтетический или аллотрансплантат;
·               далее в соответствие с диаметром аутотрансплантата в бедренной и большеберцовой костях формируются каналы, в которые заводится аутотрансплантат. 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 аутотрансплантат 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.