

Данилевич И. Л., Мурадян С. А.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ

Научный руководитель: канд. мед. наук, ассист. Ключ Е. А.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Разрыв передней крестообразной связки (ПКС) встречается с частотой от 10 до 32% от всех травм коленного сустава. Данная патология является актуальной проблемой, так как она занимает значительное место в структуре травматизма коленного сустава. Травма происходит при насильственном переразгибании нижней конечности, а также при ротации бедра при зафиксированной голени. Зачастую происходит комбинированное повреждение, так называемая, “несчастливая триада” или триада Турнера: разрыв передней крестообразной связки, разрыв внутренней (коллатеральной большеберцовой) боковой связки и разрыв внутреннего (медиального) мениска.

Цель: провести анализ литературных данных, описывающих различные методики пластики ПКС.

Функционально, разрыв передней крестообразной связки приводит к формированию последовательно компенсированной, субкомпенсированной и далее декомпенсированной нестабильности коленного сустава. Что впоследствии приводит к более быстрому течению дегенеративных процессов в травмированном коленном суставе. Декомпенсированная нестабильность в коленном суставе, возникшая как следствие травматического разрыва передней крестообразной связки, определяется через относительное смещение опоры бедренной кости и большеберцовой кости.

Пластика ПКС является “золотым стандартом” лечения данной патологии в современной травматологии. Не существует единого мнения относительно применения трансплантата и его фиксаторов, так как любой из методов имеет свой процент осложнений.

На сегодняшний день наиболее распространенными и применяемыми аутооттрансплантатами являются сухожилия подколенных сгибателей, собственная связка надколенника, сухожилие квадрицепса [Harner et al., 2000]. Особый интерес в своей противоречивости представляют отдаленные результаты хирургического лечения передней крестообразной связки вне зависимости от выбранного трансплантата и техники фиксации. По данным литературы частота неудовлетворительных результатов достигает 11%-30% [Bach BR et al., 1998] и выводы работ некоторых авторов ставят под вопрос эффективность восстановления передней крестообразной связки для профилактики ранней дегенерации сустава [Jomha NM et al., 1999, Daniel DM et al., 1994].