

Волчек М.А.

ЭТИОЛОГИЯ НЕСТАБИЛЬНОСТИ НАДКОЛЕННИКА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: ст. преп. Чилимцев А.М.

*Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии
Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно*

Нестабильность надколенника является частой причиной дисфункции коленного сустава у детей и подростков. Нестабильность надколенника наиболее часто встречается у лиц в возрасте от 10 до 17 лет. Чаще патология встречается у лиц женского пола (66,4%). Почти 70% первых вывихов надколенника у этой возрастной группы пациентов происходят из-за внешней травмы, вызванной спортивной деятельностью. Общая частота пателлофemorальной нестабильности составила 1,9 на 100 000 случаев участия спортсменов. Частота рецидивов после консервативного лечения может варьироваться от 30 до 70%, при этом вероятность рецидива выше при наличии сопутствующих анатомических аномалий.

Детально исследованы несколько патоморфологических предпосылок нестабильности надколенника, которые необходимо анализировать у лиц с данной патологией. Среди них выделяют чрезмерно высокое стояние коленной надколенника (*patella alta*), дисплазия блока бедренной кости, а также латерализация бугристости большеберцовой кости кнаружи или смещение межмышцелковой борозды бедренной кости медиально (увеличение индекса ТТ – ТГ — расстояния между бугристостью большеберцовой кости и центральной бороздой блока). Дополнительно мы учитываем аномалии положения нижних конечностей, избыточную антеверсию бедренной кости и/или ротационные деформации большеберцовой кости, излишнюю подвижность суставов (синдром Элерса–Данлоса), а также некоторые наследственные синдромы (Марфана, Дауна, синдром ногтей–надколенника).

Медиальная пателлофemorальная связка (МПФС) считается ключевым удерживающим элементом надколенника, направляя его в блок бедренной кости при сгибании коленного сустава. Как только угол сгибания в колене достигает примерно 15 градусов, ведущую роль в стабилизации надколенника берёт на себя наружная часть суставной поверхности блока. При этом как антеверсия бедренной кости, так и наружная торсия большеберцовой кости усиливают латеральное давление на надколенник, что ведёт к увеличению натяжения МПФС и росту контактного давления с наружной стороны в пателлофemorальном суставе.

Расположение надколенника выше межмышцелковой борозды повышает вероятность его вывиха. При полном разгибании колена и на начальных этапах сгибания надколенник остаётся проксимальнее блока, из-за чего ему приходится проходить более длинный путь до того момента, когда он оказывается надёжно зафиксированной в борозде.

В норме форма блока направляет движение надколенника, тогда как его дисплазия приводит к уменьшению глубины и нарушению конгруэнтности надколенника. Дисплазия трохеи, выявляется до 85% пациентов с рецидивирующей нестабильностью.

Доказано, что у детей с нестабильностью надколенника среднее расстояние ТТ–ТГ составляло 12,1 мм. Данный показатель может изменяться в зависимости от угла сгибания колена на поперечных срезах, а также от степени незавершённости роста эпифизарных пластинок.

Классификация и распознавание анатомических и биомеханических факторов риска нестабильности надколенника имеют важное значение для определения соответствующего курса лечения, что в конечном итоге приводит к индивидуально подобранным вмешательствам для детей.