

ДОЛГОСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА МЕТОДОМ ЯМАМОТО

Введение

По сравнению с вывихами других локализаций, вывих надколенника считается относительно редким явлением. Вместе с тем часто наблюдается тенденция к возникновению рецидивов [1]. В момент вывиха надколенника происходит разрыв поддерживающих связок, повреждение суставных поверхностей латерального или медиального мыщелков бедренной кости, суставной фасетки самого надколенника. Данные процессы ведут к возникновению боли и нарушению функции. Однако при хроническом рецидивирующем течении заболевания происходит необратимое повреждение хряща сустава, приводящее к развитию остеоартрита, стойкому болевому синдрому и ограничению физической активности пациента.

В данный момент разработаны малоинвазивные хирургические вмешательства, показывающие меньшую травматичность и более низкий уровень осложнений при более выраженной эффективности и безопасности. Одним из таких методов является артроскопический релиз надколенника с лигаментопластикой по Ямамото. Сущность метода заключается в релизе наружной поддерживающей связки надколенника с восстановлением целостности медиальной поддерживающей связки надколенника путем ее артроскопического ушивания. Под контролем артроскопа иглу вкалывают в области разрыва медиальной поддерживающей связки надколенника, выкалывают в проекции медиального края надколенника, проводят 3–4 нити, далее проводят релиз наружной поддерживающей связки надколенника, после чего нити завязывают подкожно, укрепляя место разрыва [2].

Цель

1. Сравнить состояние пациентов с диагнозом привычного вывиха надколенника до операции и в отдаленном периоде (5–7 лет).
2. Выявить частоту рецидивов после оперативного лечения.

Материал и методы исследования

В качестве исследуемых были выбраны 10 пациентов травматологического отделения ГУЗ ГГКБ № 4 г. Гомеля, которым был выполнен артроскопический релиз надколенника с лигаментопластикой по Ямамото в период с 2017 по 2019 год.

Для оценки функции коленного сустава и активности пациента в повседневной и активной спортивной жизни мы использовали визуально-аналоговую шкалу оценки боли (ВАШ), шкалу оценки функционального состояния коленного сустава WOMAC и шкалу Lysholm Knee Scoring Scale (LKSS) [3]. При опросе пациенты давали ответы на каждый вопрос дважды: оценивали свое состояние до операции и в данный момент. Обработка и анализ полученных данных проводилась в программе Microsoft Excel 2013.

Результаты исследования и их обсуждения

Среди 10 опрошенных определилось 7 женщин и 3 мужчин. Средний возраст пациентов составил 32 года.

Согласно данным, полученным по опроснику ВАШ усредненный показатель уровня боли до операции, составил 5,5 балла, в то время как в данный момент этот же показатель находится в пределах 1,7 балла, что соответствует переходу от чувства умеренной боли к легкой. Таким образом болевой компонент уменьшился на 3,8 балла. Данные приведены в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты опроса пациентов по шкале ВАШ

Пациенты	Количество баллов	
	Исходное	Итоговое
№ 1	5	0
№ 2	4	2
№ 3	7	1
№ 4	7	1
№ 5	7	3
№ 6	8	5
№ 7	3	1
№ 8	5	2
№ 9	5	1
№ 10	4	1

Далее мы оценивали состояние пациентов по шкале оценки функционального состояния коленного сустава WOMAC, согласно которой имеется 4 градации результата: отличный (0–14 баллов), хороший (15–28 баллов), удовлетворительный (29–38 баллов) и неудовлетворительный (более 38 баллов). Результаты лечения 8 пациентов оценили как «отличные», 1 как «хороший», 1 как «удовлетворительный». Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты опроса пациентов по шкалам WOMAC и LKSS

Пациенты	WOMAC		LKSS	
	Количество баллов			
	Исходное	Итоговое	Исходное	Итоговое
№ 1	20 (хороший)	10 (отличный)	84 (хороший)	99 (отличный)
№ 2	15 (хороший)	7 (отличный)	65 (уд.)	79 (уд.)
№ 3	42 (неуд.)	0 (отличный)	33 (неуд.)	85 (хороший)
№ 4	15 (хороший)	5 (отличный)	66 (уд.)	80 (уд.)
№ 5	44 (неуд.)	25 (хороший)	50 (неуд.)	73 (уд.)
№ 6	40 (неуд.)	30 (уд.)	44 (неуд.)	73 (уд.)
№ 7	36 (уд.)	10 (отличный)	32 (неуд.)	85 (хороший)
№ 8	16 (хороший)	3 (отличный)	86 (хороший)	95 (отличный)
№ 9	20 (хороший)	12 (отличный)	84 (хороший)	91 (отличный)
№ 10	27 (хороший)	9 (отличный)	80 (уд.)	92 (отличный)

Следующим шагом был опрос пациентов по Lysholm Knee Scoring Scale (LKSS). Шкала состоит из 8 групп вопросов. Результаты опроса представлены в баллах от 0 до 100, более высокое количество баллов соответствует меньшей выраженности симптомов и жалоб и более высокому функциональному статусу. Нормативные интервалы для интерпретации результатов (баллов): отличный – более 90, хороший – 84–90, удовлетворительный – 65–83,

неудовлетворительный – менее 65. Таким образом мы выяснили что у 8 из 10 пациентов состояние улучшилось в связи с возвращением нормального уровня физической активности и купированием болевого синдрома. У 2 пациентов состояние осталось в той же категории. Ухудшений не наблюдалось. Результаты представлены в таблице ниже.

По результатам опроса мы выяснили, что после оперативного лечения рецидивы вывихов наблюдались у 2 пациентов. У одного пациента был отмечен однократный рецидив в связи с падением и последующим самостоятельным вправлением. Еще один пациент отмечает возобновление болезни в последний год (2023), отмечает частые подвывихи и вывихи, готовится к повторной операции.

Выводы

1. Таким образом мы выяснили, что состояние пациентов после оперативного лечения (артроскопический релиз надколенника с лигаментопластикой по Ямамото) является достаточно эффективным, о чем говорят улучшения показателей всех примененных в ходе нашей работы шкал (ВАШ, WOMAC и LKSS), что в совокупности с малой травматичностью данного метода делает его предпочтительным при лечении данной патологии у лиц молодой возрастной группы.

2. Рецидивы наблюдались у 2 из 10 пациентов (20%), что свидетельствует о необходимости более точного предоперационного планирования и выбора метода оперативного вмешательства.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Gao, B. Pediatric patellar dislocation / B. Gao, Y. Shi, F. Zhang // *MinervaPediatr.* – 2020. – Vol. 72(1). – P. 65–71. – DOI: 10.23736/S0026-4946.17.04882-4.
2. Yamamoto, R. K. Arthroscopic repair of the medial retinaculum and capsule in acute patellar dislocations / R. K. Yamamoto // *Arthroscopy.* – 1986. – Vol. 2, № 2. – P. 125–131.
3. Иржанский, А. А. Валидация и культурная адаптация шкал оценки исходов заболеваний, повреждений и результатов лечения коленного сустава WOMAS, KSS и FJS-12 / А. А. Иржанский, Т. А. Куляба, Н. Н. Корнилов // *Травматология и ортопедия России.* – 2018. – Т. 24, № 2. – С. 70–79.

УДК 616.72-002-06

А. А. Кухарева, В. В. Корецкий

Научный руководитель: ассистент кафедры П. Ю. Игнатенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ЗНАЧЕНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В ТЕЧЕНИИ ГОНАРТРОЗА И КОКСАРТРОЗА

Введение

Остеоартрит (ОА) является самым частым заболеванием среди патологий опорно-двигательного аппарата в разных регионах земного шара. ОА несет большую медицинскую, социальную и экономическую нагрузку на общество. Наиболее актуальной считается проблема поражений коленных и тазобедренных суставов, так как они являются наиболее инвалидизирующими локализациями патологического процесса [1]. В конечном итоге прогрессирование патологии приводит к необходимости эндопротезирования, что значительно повышает стоимость лечения.

Вопросы диагностики, патогенеза и лечения гонартроза (ГА) и коксартроза (КА) при сопутствующей патологии требуют проведения дальнейших научных исследований [4]. Ожирение – то один из основных факторов развития и более быстрого прогрессирования ОА. В большинстве стран Европы ожирением страдает более 20% населения. У женщин