

**ВЫВИХИ НАДКОЛЕННИКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ:  
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

*Прислопский А. А.<sup>1</sup>, Дивович Г. В.<sup>2</sup>, Винник А. В.<sup>1</sup>, Маринчик А. В.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»,

<sup>2</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

**Цель**

Оценка эффективности хирургического лечения врожденного, привычного и травматического вывиха надколенника в зависимости от степени дисплазии пателло-фemorального сустава.

**Материал и методы исследования**

С 2017 по 2020 гг. было проведено 24 операций 12 пациентам в возрасте 9–16 лет с привычным вывихом надколенника (не менее 3 эпизодов), врожденным вывихом надколенника (3 пациента) и 7 пациентам с первично травматическим вывихом надколенника. Для диагностики патологии пателло-фemorального сустава использовалось: сбор анамнеза, физикальное обследование, проведение функциональных тестов (определение угла квадрицепса «Q», тест на ограничение поднятия латерального края надколенника, определение симптома щелкающего надколенника — J-признак), рентгенологическое исследование (прямые, боковые, тангенциальные рентгенограммы: индекс Caton-Deschamps, линия Blumensaat, угол конгруэнтности Merchant, уровень латерализации собственной связки надколенника), УЗИ, КТ (ТТ-TG), МРТ (для определения степени хондральных повреждений медиальной фасетки надколенника и мышечков бедра, выявления выраженности повреждения стабилизаторов надколенника). В зависимости от выявленных проблем в области пателло-фemorального сустава выполнялись следующие хирургические операции: артроскопический латеральный релиз, шов медиального ретинакулума, артроскопическое удаление свободных костно-хрящевых тел, транспозиция бугристости большеберцовой кости, ауторектоаддуктопластика, остеотомия латерального мышечка бедренной кости.

**Результаты исследования и их обсуждение**

Результаты оценены у всех 22 пациентов по шкале Crosbyand-Insall, основными критериями которой являются: наличие боли, амплитуда движения в коленном суставе, активность пациента (включая спорт). Рецидивов вывихов не наблюдалось. Симптом «опасения», боль и дискомфорт исчезли у всех пациентов. Срок реабилитации после снятия гипсовой повязки варьировал от 8 до 10 недель. Все пациенты достигли нормального объема сгибания в коленном суставе. У 21 пациента были отличные и хорошие результаты после проведенной операции. У одного пациента с атонически-астатической формой ДЦП и выраженной дисплазией мышечков бедра развился рецидив нестабильности надколенника с подвывихом его, устраненный хирургически (osteotomy латерального мышечка бедренной кости по Олби, медиализация бугристости большеберцовой кости) с хорошим клинико-рентгенологическим результатом.

**Выводы**

1. Восстановление медиальной пателло-фemorальной связки значительно снижает риск развития привычного вывиха надколенника.
2. Применение патогенетически обоснованных оперативных вмешательств позволяет устранить нестабильность надколенника без развития осложнений и рецидивов.

3. Раннее хирургическое лечение травматических повреждений пателло-фemorального сустава позволяет пациентам быстро вернуться к активному образу жизни, в том числе к спортивным тренировкам.

4. Выполнение реконструктивных операций на пателло-фemorальном аппарате возможно у пациентов с неврологической патологией (ДЦП, гипотонические синдромы) даже при выраженной дисплазии мышечков бедренной кости: необходимо сочетание артроризных и транспозиционно-пластических элементов вмешательства.

УДК 616.711.6-089

## **ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ ОДНОСТОРОННЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ДЛЯ ДВУХСТОРОННЕЙ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ДЕГЕНЕРАТИВНОМ СТЕНОЗЕ**

*Ремов П. С., Мазуренко А. Н.*

**Государственное учреждение  
«Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии»  
г. Минск, Республика Беларусь**

### ***Цель***

Разработка нового метода предоперационного планирования траектории одностороннего доступа для двухсторонней декомпрессии на поясничном уровне.

### ***Материал и методы исследования***

Предложен способ планирования траектории хирургического доступа с возможностью определения объема необходимой резекции основания остистого отростка и межостистой связки. Предоперационный расчет осуществляется при использовании программы «Onis» или «Radiant» после предварительного определения краниокаудальной протяженности зоны стеноза. Выстраиваемая при этом виртуальная модель включает следующие точки и линии: линия 1 — проводится параллельно сагиттальной плоскости по краю остистого отростка на стороне доступа (при отклонении остистого отростка относительно сагиттальной плоскости данная линия проводится от верхнего края отростка на стороне доступа параллельно сагиттальной плоскости); точка «А» — отмечается на пересечении линии 1 с линией, соответствующей уровню кожи; линия 2 — проводится через точку «А» перпендикулярно линии 1; точка «В» — отмечается на линии 2 с 30-миллиметровым латеральным отступом от точки «А»; точка «С» — отметка делается в области резекции желтой связки и (или) дугоотростчатого сустава на стороне, противоположной доступу, положение при этом варьирует в зависимости от причинного фактора стеноза (в случае изолированной гипертрофии желтой связки точка располагается максимально медиально, при наличии латерального стеноза — максимально латерально); линия 3 — соединяет точки «В» и «С»; точка «D» — отметка делается на пересечении линии 3 с краем остистого отростка на стороне доступа. Завершающий этап расчета — определение объема резекции остистого отростка и межостистой связки на всем протяжении стенозированного участка.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Техническим результатом использования предоперационного планирования является обоснованная частичная резекция основания остистого отростка и межостистой связки с обеспечением адекватного обзора области хирургических манипуляций на контралатеральной стороне.

### ***Выводы***

Предложенный способ планирования позволяет проводить индивидуальный расчет траектории хирургического доступа, направлен на повышение качества и безопасности декомпрессии, дает возможность в ряде случаев избежать необходимости стабилизации, и может быть использован при различных типах дегенеративного стеноза на поясничном уровне.