

РЕКОНСТРУКЦИЯ МЯГКОТКАННЫХ СТАБИЛИЗАТОРОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Исаев И.Н.¹, Коротеев В.В.¹, Тарасов Н.И.¹, Выборнов Д.Ю.², Семенов А.В.²

¹ Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва

² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Введение. Коленный сустав один из самых сложных анатомических и динамических суставов человека. Образованный тремя самыми крупными трубчатыми и одной сесамовидной костями, имеет мощный капсульно-связочный аппарат. Это позволяет выдерживать значительные динамические и статические разноплоскостные нагрузки. Повреждение хотя бы одного из стабилизаторов приводит к снижению активности человека, а травма нескольких — к невозможности опорной функции конечности и, при отсутствии адекватного лечения этих повреждений, к развитию раннего артроза.

Основными стабилизаторами являются передняя и задняя крестообразные связки, наружная и внутренняя боковые связки, мениски, четырехглавая мышца бедра, собственная связка надколенника, медиальный удерживатель надколенника. И в меньшей степени, если говорить о детской травме, — передне-латеральная связка и задне-латеральный комплекс.

Омоложение профессионального спорта, участие детей в экстремальных видах спорта привело к увеличению количества пациентов с травмой стабилизаторов коленного сустава. Это заставило перенять опыт оперативного лечения у взрослых травматологов с определенными усовершенствованиями и модификациями, согласно анатомо-морфологическим отличиям детского возраста.

Материалы и методы. Ауто сухожильная реконструкция стабилизаторов проводилась детям в возрасте от 10 до 18 лет. Для пластики использовались сухожилия hamstring-группы, фрагмент илиотибиального тракта или сухожилие *m. peroneus longus*. Наиболее часто нам приходится встречаться в своей практике с вывихом надколенника. Разработан алгоритм обследования и операционного планирования, зависящий от возраста ребенка, вида вывиха, анатомических особенностей и характера внутрисуставных повреждений. Пластика MPFL выполнена 90 пациентам.

При повреждении передней крестообразной связки у детей старшей возрастной группы (старше 14 лет) проводятся классические «взрослые» полные и частичные ауто сухожильные реконструкции, у детей младшей возрастной группы — ауто сухожильные пластики без рассверливания костных каналов — 423 пациента. При свежей травме, по показаниям, производится реинсерция связки — 4 пациента. При переломах межмышечкового возвышения — эндоскопическая репозиция и остеосинтез — 23 пациента.

При травме менисков максимально выполняются сохраняющие операции, соответствующие мировой тенденции «save the meniscus». Шов мениска наложен 67 пациентам.

Лечение разрывов боковых связок чаще консервативное, но также выполняются ауто сухожильные реконструкции при сочетанных, мультилигаментарных повреждениях — 8 пациентов.

Повреждение задней крестообразной связки — редкая травма в детском возрасте, но при полных разрывах выполняются ауто сухожильные пластики — 2 пациента.

Выводы. Сложные хирургические техники с использованием специализированных инструментов, проведение предоперационного обследования и алгоритмизация лечения привели только к положительным результатам.

Заключение. Реконструктивные и анатомосохраняющие операции в детской травматологической практике позволяют избежать осложнений, приводят к ранней социальной адаптации и возвращении детей-спортсменов на прежний уровень активности и спортивных достижений.