

## ОПТИМИЗАЦИЯ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

*Авраменко В.В., Салихов М.Р., Кемкин В.В., Васильева О.Н.*

Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет

В зарубежной и отечественной литературе достаточно много противоречивой информации, согласно которой, как анатомическая, так и транстибиальная реконструкция передней крестообразной связки (ПКС), при прочих равных условиях, позволяют получить хорошие функциональные результаты лечения. Однако, сравнительная эффективность и перспективность отдельных методов реконструкции ПКС остаются весьма актуальными темами. Необходимость проанализировать возможности и преимущества анатомических технологий реконструкции ПКС и определила цель настоящего исследования.

**Цель исследования** — сравнительный анализ результатов реконструкции передней крестообразной связки у детей подросткового возраста различными методами.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты 94 артроскопических реконструкций передней крестообразной связки у детей подросткового возраста. Все пациенты разделены на три группы. В 1-ю группу включили 32 пациента (34 %), которым выполняли изометрическую пластику ПКС, при которой бедренный канал формировали транстибиальной методикой. Во 2-ю группу (30 наблюдений, или 32 %) включили пациентов, которым выполнялась анатомическая пластика ПКС с формированием бедренного канала через дополнительный переднемедиальный артроскопический доступ. В 3-ю группу включили 32 пациента (34 %) с анатомической методикой реконструкции ПКС по типу “all inside” — все изнутри.

**Результаты.** Проведя сравнительный анализ результатов реконструкции передней крестообразной связки у детей подросткового возраста установлено, что у пациентов 3-й группы переднезадняя и ротационная стабильность коленного сустава оказались выше нежели у пациентов 1-й и 2-й групп. У пациентов 3-й группы значительно реже регистрировали положительный pivot — shift тест (0 степень — 87,5 %; I + степень — 12,5 %), чем у пациентов 1-й (0 степень — 46,8 %; I + степень — 25 %); II + степень — 21,9 %; III + степень — 6,3 %), и чем у пациентов 2-й группы (0 степень — 86,6 %; I + степень — 6,7 %; II + степень — 6,7 %).

**Заключение.** Несмотря на то, что существует множество описанных процедур реконструкции ПКС, включая как физиосохраняющие, так и трансфизарные методы, все еще существуют значительные разногласия относительно оптимального хирургического варианта для скелетно незрелого пациента. Продолжающиеся исследования будут уточнять показания, преимущества и недостатки каждого метода реконструкции ПКС.