ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

[КАФЕДРА ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ С КУРСОМ ПО](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=dept&id=311)

РЕФЕРАТ

«АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ПКС КОЛЕННОГО СУСТАВА»

Выполнила:

ординатор

кафедры травматологии,

ортопедии и нейрохирургии

с курсом ПО

Панкратьева М. В.

КРАСНОЯРСК, 2019Г

**План реферата**

1. Классификация повреждений передней крестообразной связки
2. Показания к операции
3. Противопоказания к операции
4. Требования к подготовке пациента
5. Методика проведения пластики передней крестообразной связки
6. Индикаторы эффективности процедуры
7. Список литературы

**Клиническая классификация**   
  
Выделяют три степени повреждения:  
**I степень –**разрыв минимального числа волокон связки с локальной болезненностью, но без нарушения стабильности;  
**II степень –**разрыв большего числа волокон связки, протекающий более болезненно, с выраженной реакцией сустава, снижением его функции, но также без нарушения стабильности;  
 **III степень –**полный разрыв связки с нарушением стабильности сустава.  
**NB!** При III степени повреждения выделяют в свою очередь, *3 степени выраженности нестабильности*, проявляющейся при исследовании сустава при помощи тестов и обозначаемой (+):  
1 (+) – суставные поверхности расходятся не более 5 мм;  
2 (++) – расхождение составляет от 5 до 10 мм;  
3 (+++) – расхождение превышает 10 мм.  
Повреждение передней крестообразной связки сопровождается передней нестабильностью коленного сустава, которая в свою очередь делится на:  
- острую – возникшую сразу после травмы;  
- хроническую – возникающую периодически в отдаленном периоде травмы коленного сустава.

**Показания к оперативному вмешательству:**

- повреждения передней крестообразной связки, сопровождающиеся передней нестабильностью коленного сустава.  
  
**Противопоказания к оперативному вмешательству**:

**Абсолютные противопоказания:**  
- тяжелое состояние пациента;  
- декомпенсация хронических заболеваний;  
- воспалительные поражения кожи в области вмешательства.  
  
**Относительные противопоказания:**  
- хроническая передняя нестабильность коленного сустава с выраженными дегенеративными изменениями со стороны хряща (остеоартроз коленного сустава 2 степени и выше);  
- низкая физическая активность пациента;  
- выраженная сосудистая патология на повреждённой конечности;  
- отказ от следования послеоперационному протоколу.

**Требования к подготовке пациента:**

1. подготовка перед операцией кожных покровов;
2. очистительная клизма накануне вечером и утром в день операции;
3. препарат для премедикации накануне вечером и утром в день операции;
4. антикоагулянты накануне вечером.
5. периоперационная антибиотикопрофилактика за 10-15 минут внутривенно во время наркоза либо за 40-60 минут до операции внутримышечно, с последующими повторными инъекциями по показаниям, но не более 24-48 часов

**Методика проведения артроскопической пластики передней крестообразной связки коленного сустава**

1) как правило, вмешательство проводится под артериальным турникетом;  
2) первым этапом выполняется диагностическая артроскопия сустава, устанавливается характер поражения связок, сопутствующие проблемы с менисками, хрящом. При реконструкции передней крестообразной связки выполняется замещение поврежденной связки аутотрансплантатом. Для этого при помощи кусачек, артрошейвера (расходный материал – лезвие шейвера), артроскопического электрода (расходный материал – электрод) производится вапоризация и удаляются остатки поврежденной связки;  
3) при помощи специального инструмента в области «гусиной лапки» выполняется забор аутотрансплантатов сухожилий подколенных мышц (полусухожильная и нежная), по специальной технике формируется аутотрансплантат ПКС (расходный материал – полиэтиленовая плетеная нить – 2 шт.). Либо соответствующим способом производится забор другого вида аутотрансплантата (из сухожилия прямой мышцы бедра с или без костного блока, из связки надколенника с костными блоками) с формированием из них аутотрансплантата. Либо используется синтетический или аллотрансплантат;  
4) далее в соответствие с диаметром аутотрансплантата в бедренной и большеберцовой костях формируются каналы, в которые заводится аутотрансплантат. Формирование каналов выполняется при помощи специальных направителей бедренный и тибиальный таким образом, чтобы повторить геометрию нативной ПКС. В латеральном мыщелке бедренной кости формирование канала выполняется по спице диаметром 4 мм (расходный материал), при этом проведение направляющей спицы предпочтительно через антеромедиальный доступ, в большеберцовой кости по спице диаметром 2,4 мм (расходный материал). Подготовленный аутотрансплантат через тоннель большеберцовой кости заводится в тоннель бедренной кости. Фиксация на бедре кортикальная при помощи металлического или биологического фиксатора за мыщелок бедра (расходный материал) или иным фиксатором или способом (другие виды экстракортикального, внутриканального фиксатора), в тоннеле большеберцовой кости фиксация выполняется при помощи биокомпозитного винта (расходный материал) или иным фиксатором или способом (другие виды экстракортикального, внутриканального фиксатора).  
   
**Индикаторы эффективности процедуры:**

* устранение боли;
* восстановление двигательной функции коленного сустава:
* индекс Бартела – выше 85 баллов;
* MRC- scale – более 3 баллов;
* индекс Карновского – 80 баллов;
* гониометрия – менее 80% от нормы.

**Список литературы:**

**1)** Травматология и ортопедия. Корнилова Н.В. – СПб.: Гиппократ, 2001-408 с.

**2)** Травматология и ортопедия: Руководства для врачей/под ред. Н.В. Корнилова: в 4 томах.-СПб.: Гиппократ, 2004 – Т.1.

**3)** Боли в суставах. Дифференциальная диагностика, Филоненко С.П., Якушин С.С., 2010г.