



Самарская Городская Клиническая
Больница имени Н.И. Пирогова

**Диагностика и лечение нестабильности коленного сустава у
военнослужащих СВО на базе филиала «426 ВГ» МО РФ в ГБУЗ СГКБ
им. Н.И. Пирогова**

**Федосеев Валентин Александрович;
Титов Анатолий Николаевич;
Гранкин Иван Олегович**

**ЕОФ Москва
2025**



Физическая активность военнослужащих во время выполнения боевых задач в зоне проведения СВО и физической подготовки сопровождается травмами и увечьями. На сегодняшний день уровень требований к физической подготовленности военнослужащих сопоставим с требованиями, предъявляемыми к профессиональным спортсменам (занятия по строевой, тактической, огневой подготовке, выполнение военно-прикладных упражнений, приемов рукопашного боя, обслуживание и вождение бронетехники, прыжки с парашютом).

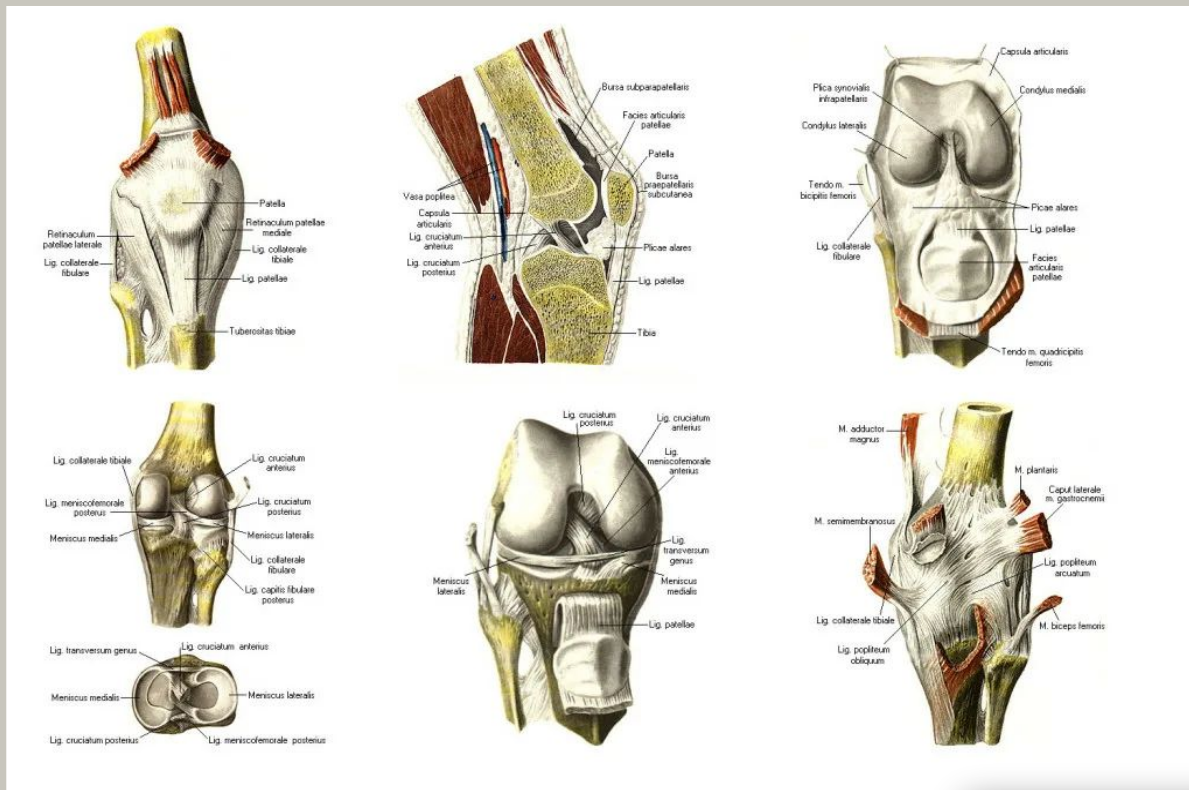


Разрывы связочного аппарата коленного сустава, являющиеся причиной хронической нестабильности, в структуре травматической патологии коленного сустава занимают второе место по частоте после повреждения менисков, составляя от 27 до 52%. Среди изолированных травм связочных структур первое место занимают повреждения именно передней крестообразной связки (ПКС) (33– 92%).



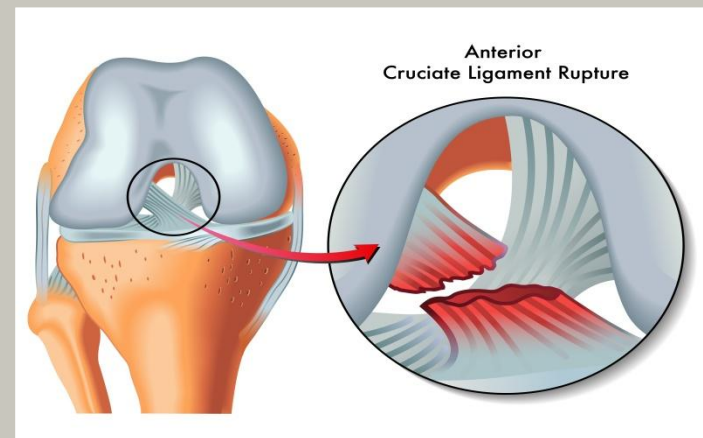
Количество больных с разрывом передней крестообразной связки (ПКС) и последующей нестабильностью коленного сустава составляет 5-7% среди всех травм военнослужащих. Повреждение ПКС составляет от 27 до 61% всех повреждений коленного сустава, частота дегенеративно-дистрофических изменений коленного сустава после перенесенных внутрисуставных повреждений составляет от 35 до 78%.





Стабильность сустава является необходимым условием нормальной деятельности опорно-двигательного аппарата человека. Повреждение того или иного элемента капсульно-связочного аппарата коленного сустава с течением времени приводит к прогрессированию его нестабильности с обязательным вовлечением в патологический процесс других, ранее не поврежденных капсульно-связочных структур.

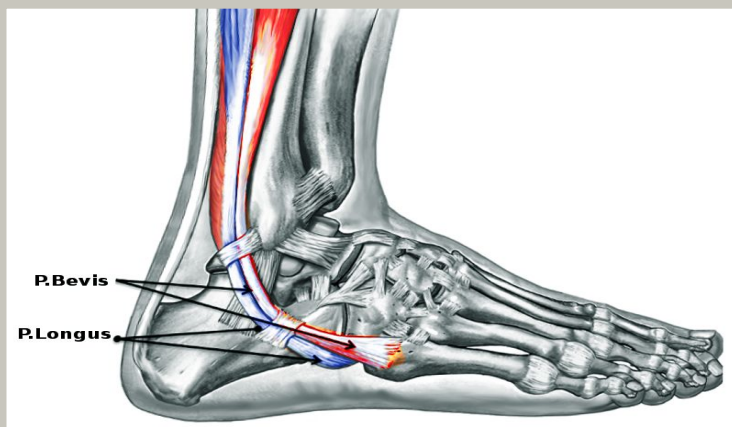
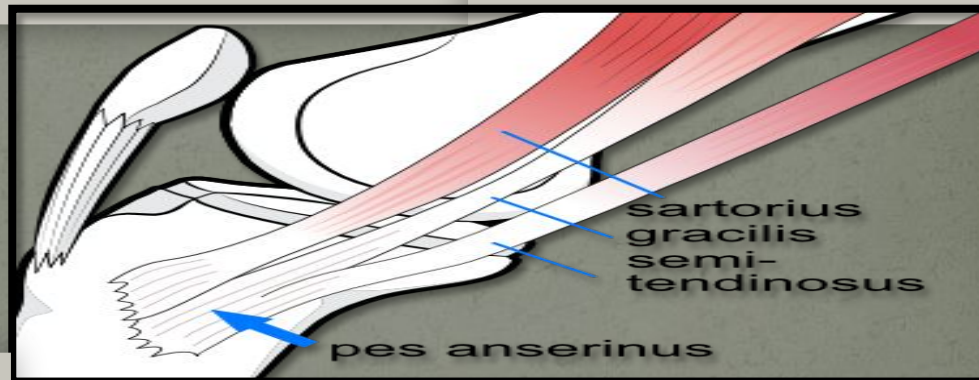
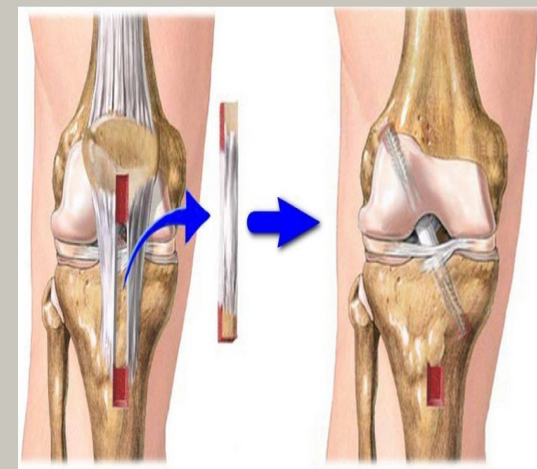
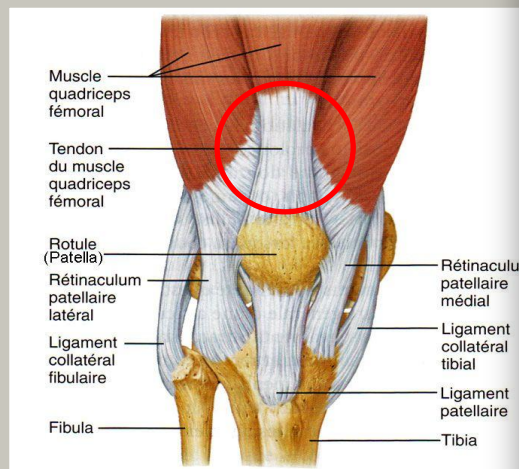
Разрывы крестообразных связок приводят к перегрузкам других элементов сустава. Следовательно, не устранение нестабильности ведет к дисфункции коленного сустава, нарушению конгруэнтности суставных поверхностей и развитию его вторичных дегенеративно-дистрофических поражений – артрозу.



В настоящее время эталоном пластики ПКС является артроскопическая пластика, которая уменьшает сроки реабилитации, предотвращает развитие артроза коленного сустава.

Имеется множество аутопластических материалов для пластики связочного аппарата коленного сустава:

- Широкая фасция бедра – аутотрансплантат с которого началась история реконструкции связочного аппарата с применением аутоканей.
- Аутотрансплантат из собственной связки надколенника с двумя костными блоками, который долгое время являлся «золотым стандартом» в реконструкции ПКС.
- Аутотрансплантат из mm. gracilis et semitendinosus.
- Сухожилие четырехглавой мышцы бедра.



Мы же в своей практике, при первичной пластике ПКС, предпочитаем использовать аутотрансплантат из сухожилия m. peroneus longus, которое, как мы считаем, обладает рядом определенных преимуществ перед другими аутотрансплантатами:

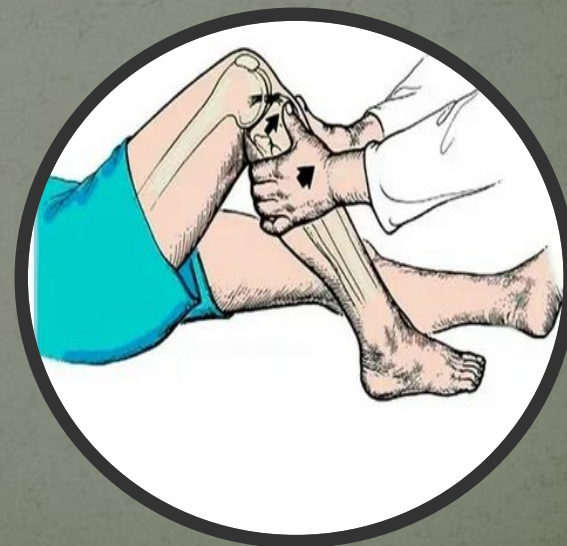
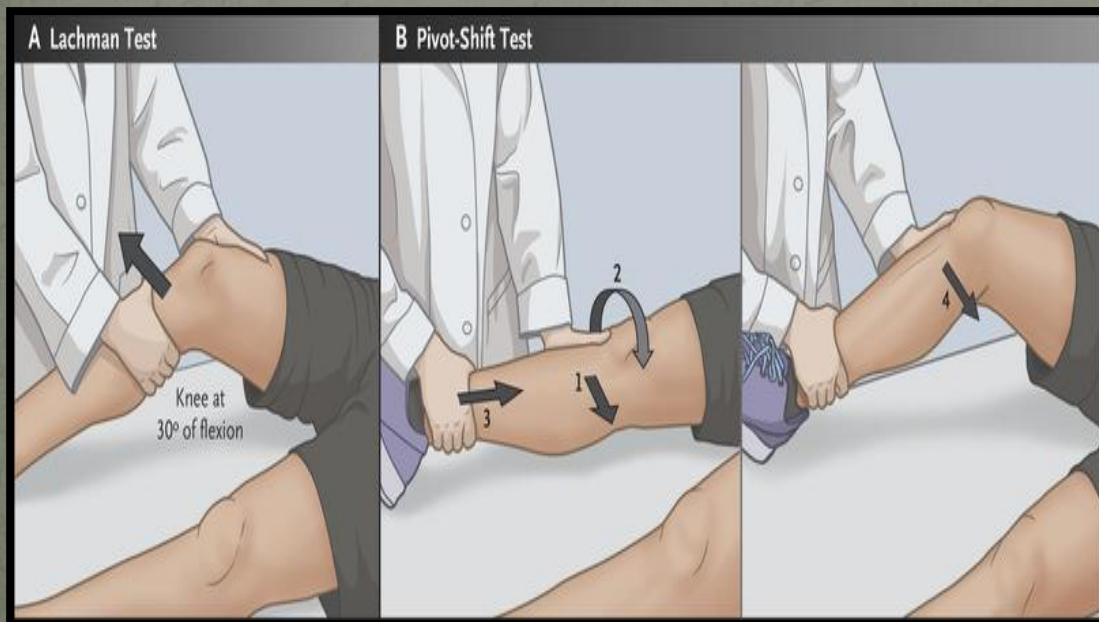
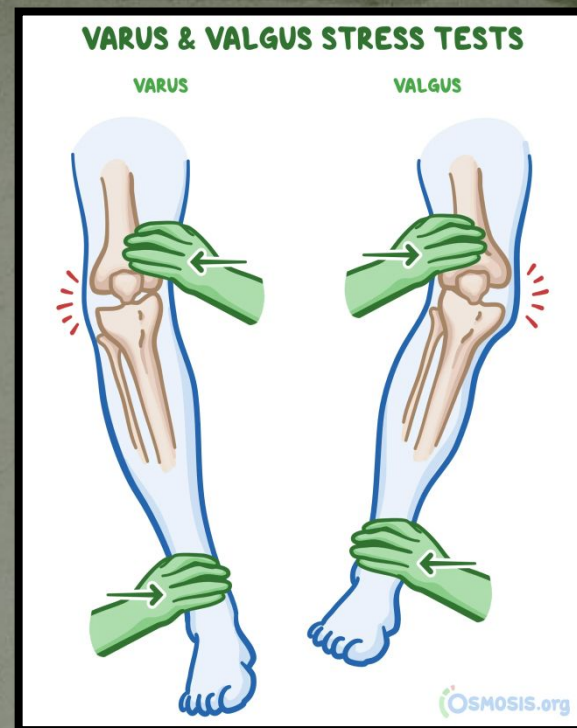
Сухожилие m. peroneus longus достаточно длинное и крепкое

Простота при заборе сухожилия;

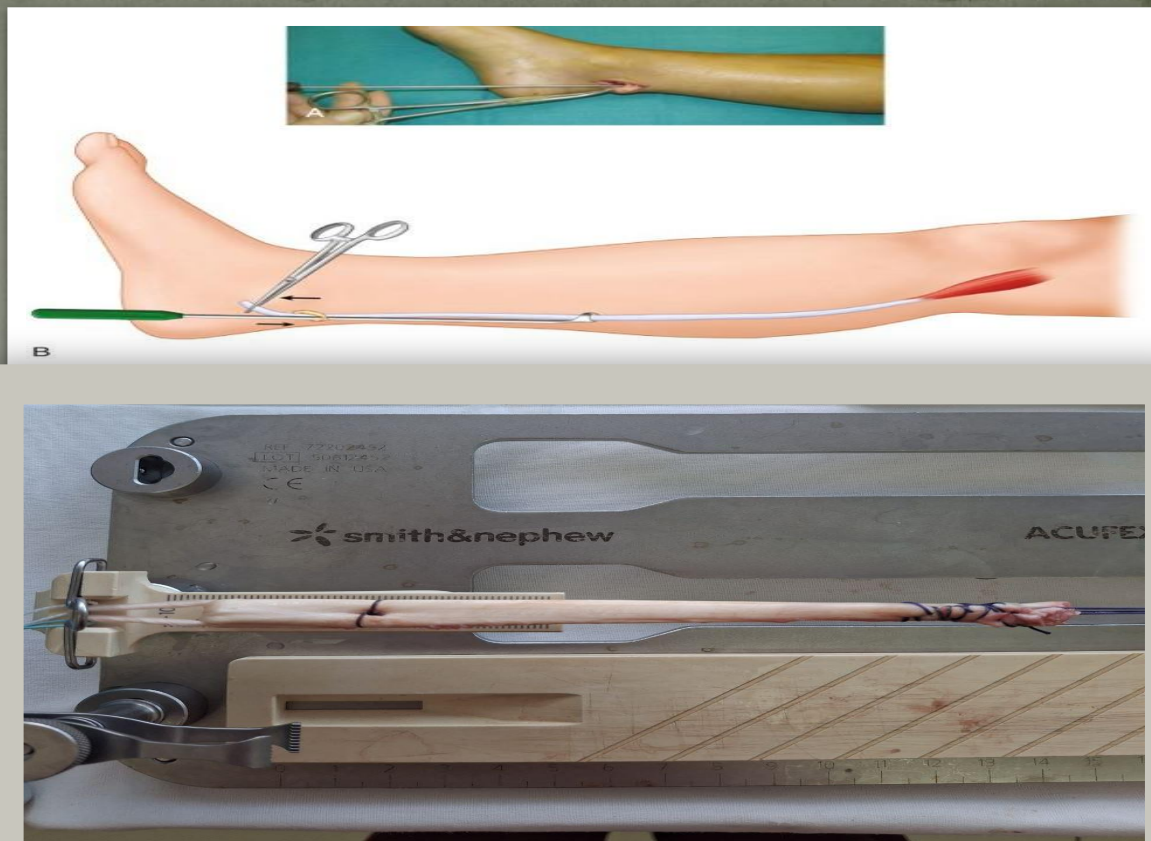
Не нарушается стабильность сустава, поскольку взятие трансплантата производится из параартикулярных тканей;

За период с 2023 г. по 2025 г. нами было прооперировано 225 пациентов - военнослужащих, проходивших лечение в отделении травматологии № 30 ГБУЗ СГКБ №1 им. Н.И. Пирогова г. Самара в возрасте от 18 до 55 лет. У всех пациентов в анамнезе отмечалась травма коленного сустава, и жалобы на хронические боли в коленном суставе.

Для диагностики характера, локализации повреждений и определения функционального состояния капсульно-связочного аппарата коленного сустава применяли ряд клинических тестов: переднего и заднего выдвижного ящика, тест «Lachman», вальгусный и варусный, pivot-shift. Из дополнительных методов обследования проводились: рентгенография коленного сустава в двух проекциях, МРТ, КТ, УЗИ коленного и голеностопного суставов. Стабильность коленного сустава оценивалась по результатам клинических тестов.



Техника взятия свободного аутотрансплантата сухожилия длинной малоберцовой мышцы состоит в следующем. Производится линейный разрез 2-3 см по задней наружной поверхности голени в проекции наружной лодыжки, так что дистальный край кожного разреза находится на уровне суставной щели голеностопного сустава. Выделяется сухожилие длинной малоберцовой мышцы и берется на держалку. Перед отсечением сухожилия длинной малоберцовой мышцы в проксимальном направлении обязательно визуализируется сухожилие короткой малоберцовой мышцы. При помощи стриппера сухожилие выделяется в проксимальном направлении, отсекается и выводится в рану проксимальный отрезок сухожилия. В нейтральном положении стопы дистальный фрагмент сухожилия длинной малоберцовой мышцы двумя узловыми швами подшивается к сухожилию короткой малоберцовой мышцы и отсекается. Накладываются узловые швы на собственную фасцию и кожу.



При пластическом восстановлении ПКС свободный аутотрансплантат сухожилия длинной малоберцовой мышцы обрабатывается, сгибается вдвое, прошивается, проводится и фиксируется аналогично сухожильным трансплантатам полусухожильной и тонкой мышц. В бедренном канале производится фиксация пуговицей Endobutton или Ultrabutton, а в тибиальном канале – фиксация системой Bioshure фирмы Smith & Nephew. В ближайшем послеоперационном периоде, в течение 3 дней, в области взятия трансплантата сохранялась болезненность, не ограничивающая движения в голеностопном суставе и стопе. В отдаленном периоде (максимальный срок наблюдения 1,5 года) деформаций в области взятия трансплантата сухожилия длинной малоберцовой мышцы, ограничения движения в стопе и голеностопном суставе, боли и дискомфорта не наблюдалось.

Выводы:

Применение ауто трансплантата из сухожилия длинной малоберцовой мышцы позволяет улучшить и значительно упростить ход операции по восстановлению стабильности коленного сустава при застарелых разрывах ПКС. При этом мы не нарушаем стабильность сустава, производя взятие трансплантата из параартикулярных тканей (сухожилия *mm. semitendinosus et gracilis*, собственная связка надколенника и др.). Взятие ауто трансплантата из сухожилия длинной малоберцовой мышцы значительно проще, чем взятие трансплантата из *mm. semitendinosus et gracilis*; проще и безопаснее, чем из собственной связки надколенника. Сухожилие длинной малоберцовой мышцы имеет достаточную длину, следовательно получается достаточно длинный свободный ауто трансплантат, диаметр которого, как правило, равен сумме диаметров сухожильных трансплантатов из *mm. semitendinosus et gracilis*.