

# ПОВРЕЖДЕНИЕ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

## КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

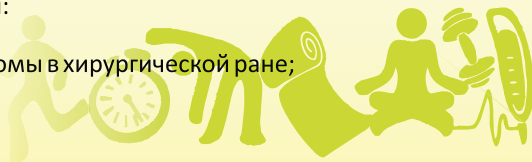
Разрыв передней крестообразной связки (anterior cruciate ligament injury) – это одна из самых тяжёлых травм коленного сустава. Повреждение сопровождается щелчком в колене и невозможностью продолжать физическую активность. Затем появляется отёк и становится трудно сгибать и разгибать ногу в суставе. Разрыв передней крестообразной связки (ПКС) является частой травмой коленного сустава. Встречается в 4 случаях на 1000 человек и занимает второе место после травмы мениска. ПКС – это самая травмируемая связка коленного сустава. Для сравнения: повреждения задней крестообразной связки встречаются в 15–30 раз реже, так как она примерно в 1,3–2 раза толще и в 2 раза прочнее ПКС.

Краткое описание хирургического вмешательства. Артроскопический сеанс проходит закрытым способом. Операция относится к щадящему типу хирургии высокой точности, поэтому мягким тканям, нервным и сосудистым образованиям не причиняется ущерб. Чтобы осуществить реконструкцию поврежденного элемента, достаточно сделать один 5-миллиметровый прокол для оптического зонда, в который встроена миниатюрная видеокамера, и 1–2 дополнительных доступа (не более 8 мм в диаметре). Зрительный контроль обеспечивает артроскоп (эндоскопический зонд), который выводит изображение оперируемой зоны на монитор в 40–60-кратном увеличении. Оперативное вмешательство может быть выполнено несколькими способами, рассмотрим их дальше. **Аутотрансплантация** – в данном случае пересаживается фрагмент сухожилий пациента, взятый из мышц бедра или голени. На функциональности донорского участка это никак не отражается. Техника выполнения реконструкции заключается в удалении разорванных связочных структур с последующим внедрением на их место подготовленного трансплантата из сухожилий. Концевые участки сухожильного лоскута вдеваются в просверленные каналы бедренной и большеберцовой кости и натягиваются до нужных параметров, после чего закрепляются биоразлагаемыми винтами либо садятся на специальные петли. Через несколько месяцев без проблем происходит их полное врастание в кость. Методика хорошо изучена и имеет внушительную доказательную базу эффективности, поэтому является на сегодняшний день самой применяемой тактикой лечения ПКС, «золотым стандартом» ортопедии и травматологии.

## ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

1. Общие осложнения любой операции:

- боль в послеоперационном периоде;
- кровоточивость и образование гематомы в хирургической ране;
- инфекция в хирургической ране;
- тромбозы вен голени и бедра.



## 2. Осложнения после данного вида операции:

- повреждения подкожных нервов вокруг коленного сустава;
- инфекция в коленном суставе;
- переломы надколенника;
- дискомфорт в переднем отделе колена;
- ограничение подвижности колена (контрактура);
- рецидив нестабильности колена;
- выраженная болезненность и тугоподвижность коленного сустава (комплексный региональный болевой синдром).

Разумеется, хирург должен предпринять все возможные меры, направленные на предупреждение послеоперационных осложнений, а при их возникновении – лечить их. Но не все зависит от хирурга. Во многом качество восстановления функции колена будет зависеть и от Ваших действий в послеоперационном периоде. Тем не менее мы должны понимать, что, к сожалению, в медицине невозможно полностью исключить вероятность осложнений.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

1. Иммобилизация коленного сустава: гипсовой лонгетной повязкой (или съёмной шиной, ортезом) в положении полного разгибания в колене.

2. Местное охлаждение: прикладывание к переднему отделу коленного сустава пакета со льдом или замороженным гелем (завернутым в полотенце) на 20 минут каждые 2 часа.

3. Давящая повязка: эластичный бинт (или компрессионный чулок) – от переднего отдела стопы до средней трети бедра.

4. Возвышенное положение конечности: в постели нога должна лежать выше уровня сердца на подушке, помещенной под голеню и стопой.

5. Опорная нагрузка: опираться на выпрямленную ногу с нагрузкой, равной весу конечности (опора на пятку, а не на носок). Нагрузка не должна вызывать боль в коленном суставе.

## ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПЕРИОДА

1. Активные разгибательно-сгибательные движения стопами (носки на себя – носки от себя) по 30 раз каждые 2 часа в течение дня.

2. Произвольное напряжение передней и задней группы мышц бедра в течение 5 секунд по 10–15 раз каждые 2 часа в течение дня.

3. Дыхательная гимнастика:

А. Поднять выпрямленные руки над головой и сделать глубокий вдох, задержать дыхание на 3 секунды, затем опустить руки вниз, делая форсированный выдох. Выполнять упражнение по 10–15 раз каждые 2 часа в течение дня.

Б. Надувание резинового шарика или мяча – 3–4 раза в день.

В. Гимнастические упражнения для рук и плечевого пояса – по 15 минут 3 раза в день.

### **ЗАПРЕЩЕНО:**

1. Ходить с опорой на полусогнутую ногу.

2. Активное сгибание голени в коленном суставе.



«Профилактика — это здорово!»

Больше информации Вы найдете на сайте [drkbmzrt.ru](http://drkbmzrt.ru)

