

**ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ 1300 АРТРОСКОПИЙ КРУПНЫХ СУСТАВОВ**

**Ф. Л. ЛАЗКО, Н. В. ЗАГОРОДНИЙ, В. В. ЛЯЛИНА, М. Х. ЭЛЬГАДИ,  
Ф. А. ЭССАМИ, А. Б. СТЕПАНОВ**

*Кафедра травматологии и ортопедии РУДН Москва, 109091, ул. Велозаводская, 1/1,  
больница № 13*

В работе проведен анализ 1300 артроскопических операций на коленном, плечевом, голеностопном и локтевом суставах при травматической, дегенеративно-дистрофической, воспалительной патологии за период 1993-2001 гг. Представлены нозологии и современные методы эндоскопического лечения заболеваний крупных суставов.

Ключевые слова: артроскопия, коленный сустав, винт М.Масаг, плечевой сустав, импинжмент-синдром, повреждение Хил-Сакса, локтевой сустав, артролиз.

За период с 1993 по 2001 год нами выполнено 1300 артроскопических операций на коленном (1200), плечевом (120), голеностопном (49) и локтевом (11) суставах. Основная патология пришлась на коленный сустав. Повреждения менисков составили 406 случаев, дегенерация менисков – 324, дискоидный мениск – 16, повреждение передней крестообразной связки – 150, повреждение задней крестообразной связки – 3, деформирующий артроз – 472, свежие повреждения покровного хряща – 68, нестабильность надколенника – 16, болезнь Кенига – 14, хондромные тела – 54, хондроматоз – 8, ревматоидный артрит – 26, пигментноузловой ворсинчатый синовит – 7, постинфекционный артрит – 22, гонит – 8, подагрическая артропатия – 9, псориатическая артропатия – 1, внутрисуставная липома – 1.

Поврежденные мениски резецировались в пределах здоровых тканей, дискоидные – субтотально. Поврежденные мениски по типу «корзинчатой ручки» удалялись полностью. К сожалению, у нас нет опыта сшивания продольно поврежденных менисков из-за отсутствия специального инструментария.

Пластика передней крестообразной связки коленного сустава трансплантатом из средней трети связки надколенника с фиксацией двумя интерферентными металлическими винтами Куросака выполнена 104 больным. В течение последних 2-х лет мы внедрили фиксацию проксимального фрагмента трансплантата биосовместимым рассасывающимся винтом М.Масаг у 25 больных. При динамическом контроле на компьютерном томографе выяснили, что рассасывание и заполнение винта костной тканью происходит к 6-9 месяцам после операции, что вполне достаточно для восстановления передней крестообразной связки коленного сустава. У двух пациентов произошло повреждение трансплантата связки при повторной спортивной травме (волейбол, дзюдо). Им произведена ревизионная пластика связки трансплантатом из сухожилия с хорошим функциональным результатом. Мы освоили методику восстановления поврежденной задней крестообразной связки полиэстеровым синтетическим протезом (3 наблюдения).

Большую группу составили больные с деформирующим артрозом коленного сустава.

Артроскопическое лечение оказалось наиболее эффективным для I и II стадий заболевания. Им производилась хондропластика шейверным инструментарием и гольмиевым лазером. При III и IV стадиях имел место фураж – «вдавления» на субхондральной пластинке головчатым буром диаметром 3-4 мм. Этой категории больных требовалось дополнительное лечение: грязелечение, физиопроцедуры, внутрисуставное введение хондропротекторов.

При нестабильности надколенника помимо латерального релиза нами внедрен лазерный «шринкинг» (гофрирование капсулы) медиального отдела сустава для дополнительной стабилизации.

Хондромные тела более 1 см в диаметре удалялись через разрез в верхнем завороте с целью уменьшения травматизации капсулы в области суставной щели.

В 12 случаях артроскопической находкой оказался ревматоидный артрит на ранних стадиях заболевания, что позволило правильно определить и назначить базисную терапию.

При подагре помимо обильного лаважа сустава мы использовали шейверную абразию отложений мочевой кислоты в пределах здорового покровного хряща.

Патология плечевого сустава представлена следующими заболеваниями: импинжмент-синдром (60 случаев), «замороженное» плечо (40), повреждения по типу Хил-Сакса (12), передненижняя хроническая нестабильность (16), повреждения вращательной манжеты (4).

При импинжмент-синдроме первоначально выполнялась артроскопия плечевого сустава, определялась целостность покровного хряща головки плечевой кости, вращательной манжеты, губы гленоида, сухожилия двуглавой мышцы плеча. Затем артроскоп переводился в субакромиальную бурсу, которая удалялась фрезой Шейвера, и пулевидным буром «сбрасывался» передненижний край акромиального отростка лопатки.

Лечение «замороженного» плеча начиналось на операционном столе ручной мобилизацией плечевого сустава под наркозом. При успешной манипуляции плечо отводилось до  $100^{\circ}$  –  $120^{\circ}$ , что являлось гарантом успеха последующего лечения. Мобилизация сустава дополнялась артроскопическим артролизом и субакромиальной бурсэктомией.

Основными причинами хронической передненижней нестабильности плечевого сустава являются: отрыв губы гленоида, повреждение глено-хумероидальных связок, разрывы капсулы сустава. В случаях повреждения Банкарта (отрыв губы гленоида) мы укрепляли капсульно-хрящевой фрагмент губы 2-3 рассасывающимися фиксаторами «Sigo-las» и дополнительно «гофрировали» капсулу сустава в передненижнем отделе гольмиевым лазером. В нашем материале отмечен только один случай рецидива нестабильности плечевого сустава.

За последние два года намечается тенденция к увеличению обращений пациентов с патологией голеностопного сустава на артроскопическое лечение. Это больные после переломов лодыжек и повреждений связочного аппарата в отдаленном периоде. Артроскопически адекватно можно выполнить артролиз и хондропластику в переднесреднем отделе голеностопного сустава без специального дистрактора. Поэтому все наши манипуляции способствовали в первую очередь сгибательным движениям сустава.

Наиболее «ювелирными» оказались артроскопические манипуляции на локтевом суставе ввиду близости хирургических доступов к сосудисто-нервным пучкам. Поэтому первая артроскопия локтевого сустава была выполнена после 800 операций на других суставах. Эффективны артроскопии локтевого сустава при разгибательных контрактурах и рентгено-негативных хондромных телах. При контрактурах мы резецировали верхушку венечного отростка локтевой кости в пределах 4-5 мм.

Приводим два примера осложнений при артроскопических операциях. У больной 74 лет после удаления хондромного тела размером  $3 \times 2 \times 1$  х см из верхнего заворота образовался синовиальный свищ, который закрылся спустя 2,5 недели после лечения. У трех больных возник флебит подкожных вен голени при варикозной болезни.

Таким образом, высокая эффективность малоинвазивных артроскопических операций при травматических, дегенеративно-дистрофических, воспалительных заболеваниях суставов дают основание к более широкому применению в практике лечебных учреждений.

#### THE EXPERIENCE OF 1300 ARTHROSCOPIES OF THE LARGE JOINTS

F.L. LASKO, N.V. ZAGORODNI, V.V. LYALINA, M.H. ELGADI, F.A. ESSAMI,  
A.B. STEPANOV

Traumatology and Orthopedics Dept. PFUR. Moscow, 109091. Welozawodskaya st.r, 1/1

The authors share their experience of 1300 arthroscopic surgeries. performed within 1993- 2001. The knee, shoulder, ankle and elbow arthroscopies were performed for traumatic lesions, degenerative conditions and inflammatory joint diseases with the use of the most up to date methods.

Key words: Arthroscopy. Knee joint. Macar screw. Shoulder joint. Imminaeement syndrome. Hill-Sacs lesion. F.lhow joint. Arthrolvisis.