

© В.И. Шевцов, Т.Ю. Карасева, 2001

## **Результат артроскопического лечения больного с повреждением внутреннего мениска обоих коленных суставов**

**В.И. Шевцов, Т.Ю. Карасева**

### ***Result of arthroscopic treatment in patient with medial meniscus injury of both knees***

**V.I. Shevtsov, T.Y. Karasiova**

Государственное учреждение науки

Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова, г. Курган (генеральный директор — заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор В.И. Шевцов)

Повреждения менисков коленного сустава встречается часто вследствие того, что коленный сустав является одним из самых крупных в человеческом организме и несет чрезвычайно важные функции, обеспечивая опору нижней конечности и ее высокую подвижность.

Мениски играют большую роль в функционировании коленного сустава, так как они обеспечивают распределение весовых нагрузок и способствуют большой конгруэнтности суставных поверхностей, уменьшая их взаимное трение.

Несмотря на многообразие клинических, рентгенологических, сонографических и других специальных методов диагностики повреждений менисков, только артроскопия позволяет с точностью 95-100% определить внутрисуставную патологию коленного сустава, атравматично воздействуя на него, тогда как традиционные методы обследования имеют лишь 72-78 % точности диагностики.

В случаях повреждения менисков только артроскопическая менискэктомия позволяет удалить действительно нестабильный, оторванный его фрагмент и оставить неповрежденную часть, которая в дальнейшем может в большей степени брать на себя перераспределение нагрузки на мышечки бедренной кости.

К настоящему времени с использованием артроскопической техники нами прооперировано 408 пациентов, шести из них было выполнены оперативные вмешательства на обоих коленных суставах.

Клинический пример. Больной П., 32 лет, поступил на лечение в ортопедическое отделение №6 с жалобами на интенсивные боли в области левого коленного сустава, периодические и связанные с физической нагрузкой — в правом коленном суставе, нестабильность коленных суставов и ограничение движений.

Со слов больного, около 3-х лет назад он

спрыгнул с гаража. В результате падения появились боли в области коленного сустава. За медицинской помощью не обращался.

В апреле 2001 г. слезил с забора, подвернул правую нижнюю конечность с последующей ротацией туловища при фиксированной стопе. Появились резкая боль и ограничение движений в коленном суставе. Лечение консервативное по месту жительства не дало эффекта.

14.05.01 г. обратился в поликлинику РНЦ «ВТО», где ему рекомендовали оперативное вмешательство — лечебно-диагностическую артроскопию правого коленного сустава, но по семейным обстоятельствам пациент временно от операции отказался.

24.05.01 г. во время выполнения домашней работы (прибивал гардину), оступился с ротацией левой голени. Раздался щелчок в полости левого коленного сустава. Почувствовал резкую боль в области коленного сустава, в последующем — отек и ограничение движений в коленном суставе.

При осмотре: больной ходит при помощи двух костылей. Контуры коленных суставов сглажены, отмечаются термоасимметрия и положительный симптом баллотации надколенника левого коленного сустава. Атрофия нижней трети правого бедра 2 см; положительные симптомы Байкова, лестницы Перельмана и симптом Мак-Маррея с обеих сторон. Объем движений в правом коленном суставе: сгибание — 85°, разгибание — 170°. Объем движений в левом коленном суставе: сгибание — 70°, разгибание — 160°.

Рентгенологически: выраженной костной патологии нет, однако отмечается незначительное сужение медиальной суставной щели правого коленного сустава и выраженные явления перегрузки медиального плато большеберцовой кости.

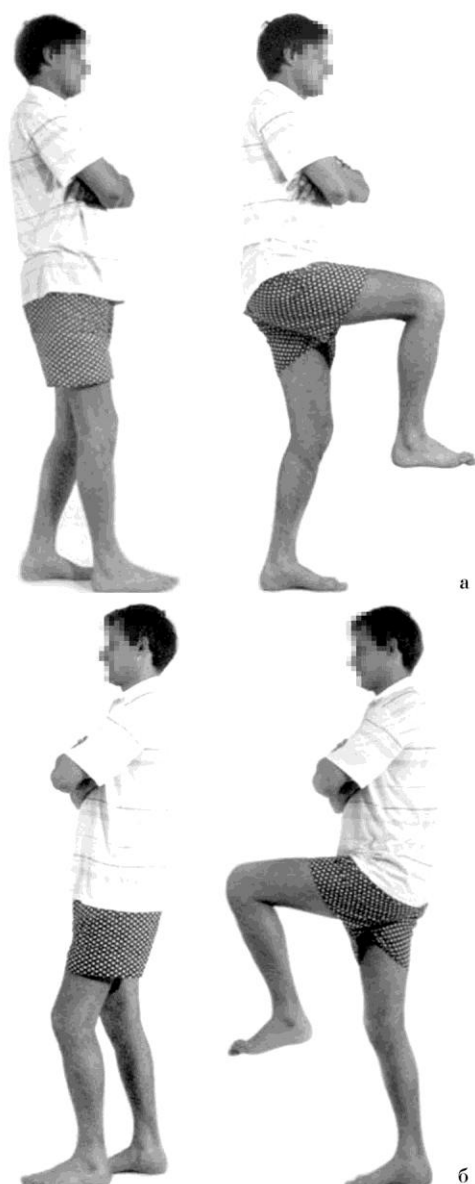


Рис. 1. а – функция правого коленного сустава больного П. до операции; б – функция левого коленного сустава больного П. до операции.

30.05.2001 г. – под эпидуральной анестезией с использованием оборудования фирмы "Шторц" (угол обзора оптики – 30°, диаметр – 4 мм), в водной среде, из двух доступов – ниже-латерального и ниже-медиального – была выполнена диагностическая артроскопия правого, а затем и левого коленных суставов по традиционной схеме, и диагностирована хондромалиция II степени медиальной его фасетки правого надколенника, хондромалиция II-III степени нагружаемой поверхности внутреннего мыщелка правой бедренной кости и медиального плато большеберцовой кости, хондромалиция I-II степени нагружаемой поверхности внутреннего мыщелка левой бедренной кости и медиального плато левой большеберцовой кости и разрыв внутреннего мениска обоих коленных суставов типа "корзинчатой ручки" (I тип), согласно классификации DANDY (1981г.)

При удалении внутреннего мениска правого коленного сустава были отмечены определенные трудности, обусловленные выраженными его дегенеративными изменениями. Мениск удалось вправить только частично, поэтому его удаление было выполнено по методике Clinz, которая предполагает рассечение мениска в области переднего рога, затем, используя противотягу – в области заднего рога с последующей парциальной обработкой культи заднего рога мениска.

Парциальная резекция внутреннего мениска левого коленного сустава была выполнена по HOLDER, которое включает следующие этапы: вправление, рассечение в области заднего рога, выведение в медиальный Recessus, рассечение в области переднего рога, захват и удаление «корзинчатой ручки» выкручивающими движениями.

После резекции менисков было выполнено сглаживание поврежденного суставного хряща обоих коленных суставов.

В послеоперационном периоде проведен полный курс консервативного и функционального лечения.

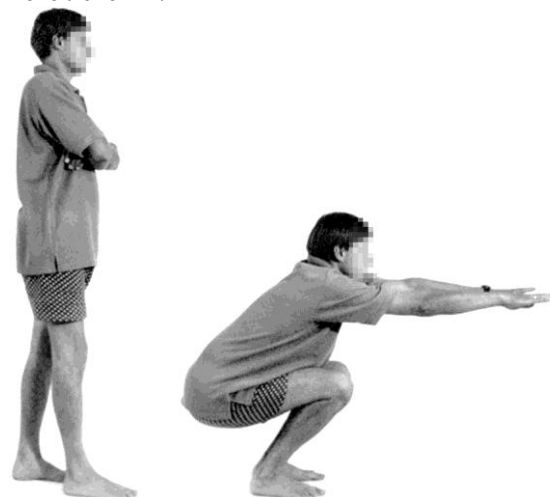


Рис. 2. Функция коленных суставов больного П. после операции.

На контрольном осмотре через 3 месяца пациент жалоб не предъявляет. Ходит без дополнительных средств опоры, походка правильная.

Контуры коленных суставов не изменены, мышечной атрофии нижней трети правого бедра нет. Функция коленных суставов в полном объеме. Результатом лечения больной доволен. Работает по прежней специальности – машинистом электровоза.

Таким образом, артроскопический метод позволяет не только с точностью 95-100% диагностировать внутрисуставную патологию коленных суставов, но и выполнить одновременные оперативные вмешательства при двусторонних повреждениях, а также реабилитировать пациентов в наиболее короткие сроки по сравнению с традиционными методами лечения.