***Артроскопическое и физиотерапевтическое лечение плика-синдрома у профессиональных и фитнес-спортсменов в возрасте старше 18 лет.***

Н.Ю. Удодова, О.Н.Являнский.

ФГАУ ЛРЦ.

***Цель и задачи.***

Складки коленного сустава не являются особенностью лишь молодого возраста.

Как известно, в период внутриутробного развития плода коленный сустав состоит из многих камер, разделённых между собой перегородками. К моменту рождения эти перегородки рассасываются, и полость коленного сустава становится единой. В силу каких-либо индивидуальных особенностей развития некоторые из перегородок рассасываются не полностью и образуют, так называемые, патологические складки коленного сустава. Наибольшее значение имеют медиопателлярная; инфрапателлярная складка, повторяющая ход ПКС; супрапателлярная складка, которая может разделять верхний заворот на отделы, что создаёт трудности при введении лекарственных препаратов в коленный сустав.

Нам хотелось подчеркнуть роль патологических складок, актуальность плика-синдрома при болях в коленном суставе у взрослых пациентов (старше 18 лет).

Для этого оценить частоту встречаемости, результаты физиотерапевтического и артроскопического лечения, перспективы тканевой терапии плика-синдрома у пациентов старше 18 лет.

Высказать наше мнение по объёму, способу, перспективах лечения плика-синдрома.

***Материалы и методы.***

Мы оценили результаты артроскопического лечения у пациентов возрасте от 18 до78 лет с различной степенью выраженности гонартроза.

Пациенты с изолированными повреждениями мениска к нам, как правило, не обращаются. Имеются те или иные проблемы с суставным хрящом. К нам часто обращаются пациенты с проявлениями гонартроза 3 стадии, которые по различным причинам воздерживаются от эндопротезирования коленного сустава, настаивают на артроскопической санации сустава.

В 100% случаев при МРТ и артроскопической диагностике мы видим пателлярные складки. Артроскопическая санация выполняется при непродолжительном положительном эффекте физиотерапевтического лечения, снижении качества жизни, невозможностью полноценно заниматься спортом, фитнесом, хореографией.

***Результаты.***

Мы столкнулись со случаями изолированной гипертрофии и воспаления латеральной пателлярной и медиопателлярных складок при отсутствии патологии менисков у пациентов, занимающихся хореографией.

При клиническом осмотре и МРТ поставлен диагноз – дегенеративные повреждение наружного мениска, плика-синдром. Во время артроскопии – повреждения менисков исключены. После иссечения, коабляции патологических складок – болевой синдром исчез. Пациенты вернулись к занятиям танцами.

Мы столкнулись с гигантскими инфрапателлярными складками в двух коленных суставах у пациента старше 50 лет, препятствующими проведению артроскопа и осмотру латеральных отделов сустава. После иссечения складки были обнаружены дополнительные разрушения, отслоение суставного хряща в области межмыщелковой борозды (шелф-синдром). Таким образом, патологическая складка препятствовала движениям в суставе, причиняла боль, препятствовала визуализации повреждений при операции.

Мы наблюдали развитие гипертрофированного рубца на месте иссечённой 6 лет назад медиопателлярной складки во время ревизионной артроскопии по поводу гонартроза 3 стадии. Рубец был полностью иссечён, коаблирован. В настоящее время пациент доволен результатом операции. Занимается гонными лыжами, играет в хоккей. От эндопротезирования категорически отказывается.

***Выводы***.

Клинически патологические складки проявляются чаще всего у спортсменов, у лиц с повышенной физической активностью. В такой ситуации показанием к артроскопии может являться клиническая картина повреждений менисков либо стойкий болевой синдром неясной этиологии.

Патологические складки препятствуют введению лекарственных препаратов, скрадывают пространство для свободного движения, оказывают давление на подлежащий хрящ, затрудняют введение артроскопических инструментов, что требует иногда разъединяющих манипуляций. Встречаются технические сложности при осмотре полости сустава и оценке степени повреждений.

Выявляя на артроскопии патологическую складку, её необходимо иссекать полностью, так как при простом рассечении складки может образоваться грубый рубец, который будет доставлять пациенту такие же проблемы, как и до операции. Если запланирована тканевая терапия коленного сустава – складки необходимо коаблировать для прекращения кровотечения.

В процессе восстановления необходимо проводить рассасывающие физиопроцедуры. Хороший эффект даёт лазеротерапия Хилт на зону операции. Ранний восстановительный период должен быть без избыточного травматического воздействия на коленный сустав.