**Применение артроскопии в лечении внутрисуставных переломов мыщелков большеберцовой кости**

Ирисметов М.Э., Шамшиметов Д.Ф., Холиков А.М., Усмонов Ф.М., Ражабов К.Н.

Научно-исследовательский институт Травматологии и Ортопедии Республики Узбекистан

Повреждения коленного сустава занимают значимое место в структуре травматизма и составляют до 60 % от всех травм суставов и до 30 % от всех травм нижних конечностей. Среди всех внутрисуставных переломов нижних конечностей переломы мыщелков большеберцовой кости составляют 10–20%. При этом повреждения наружного мыщелка большеберцовой кости возникают значительно чаще, чем внутреннего, и составляют, по данным разных исследователей, от 73 до 90 % от внутрисуставных переломов мыщелков.

Когда суставная поверхность подвергается компрессии, требуется оперативное лечение для восстановления контакта суставных поверхностей и выравнивания тибиального плато, а также стабилизации коленного сустава, что позволяет начать ранние движение.

Некоторые исследователи говорят, что при смещении фрагментов перелома в пределах от 4 до 10 мм можно отказаться от операции, в то время как другие заявляют, что оперативное лечение необходимо при суставной компрессии большее, чем 3 или 4 мм.

Последствия подобных травм серьезны и трудны для реабилитации. Часто при консервативном лечении такие повреждения заканчиваются контрактурами, нестабильностью, быстрым развитием дегенеративно – дистрофических изменений коленного сустава. Выход на инвалидность пострадавших достигает 34%.

Трудность репозиции проксимального отломка, и необходимость полной репозиции определяют подход к выбору метода лечения с учетом анатомических особенности этой области, характера перелома, вида смешения. Сложность лечения переломов проксимального сегмента голени обусловлена и трудностью удержания небольших по размеру отломков в репонированном положении, выраженной реакцией суставных элементов на механическое раздражение металлоконструкцией, а также необходимостью сочетать раннее восстановление утраченной функции коленного сустава с длительной фиксацией.

В отделении спортивной травмы УзНИИТО в 2010-2016 гг. находились на лечении 28 пациентов с переломами мыщелков большеберцовой кости. Из них с застарелыми переломами были 16 больных, которые обратились с жалобами на нестабильность коленного сустава во фронтальной плоскости, искривление оси конечности, варусную или вальгусную деформацию и на гипотрофию мягких тканей бедра и голени.

У 15-больных использовали артроскопию коленного сустава и у 9 случаях обнаруживали повреждение менисков, которые находились между отломками. Удаляли поврежденную часть мениска. Под контролем артроскопа репонировали перелом. Производили остеосинтез спонгиозными винтами и болт-стяжкой. Иммобилизация сустава производилась гипсовой повязкой на 2 недели.

После снятия швов на 12-14 сутки начинали разработку в коленном суставе, не нагружая на конечность.

Ближайшие результаты изучены от 3 до 6 месяца у 20 больных. Отдаленные результаты изучены у 12 пациентов. Хорошие результаты у 24 больных, удовлетворительные у 1 больного (у которого производили дополнительно пластику сумочно-связочного аппарата).

Критерием оценки явилось сгибания, разгибания и стабильность коленного сустава во фронтальной плоскости при положении разгрузки и нагрузки, статики ходьбы, исчезновение болей при ходьбы.

Предлагаемый метод лечения с применением артроскопии при переломах мыщелков большеберцовой кости является малотравматичной операцией, за счёт этого можно начать раннюю реабилитацию. Это проводит полному восстановлению функции сустава. Исходя всех выше перечисленных, предлагаемая методика может быть применено в широкой практической медицине.