



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 4 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

УДК: 616.728.56-07-089

РЕЗУЛЬТАТЫ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛАТЕРАЛЬНОГО МЕНИСКА КОЛЕННОГО СУСТАВА И ЭНТЕЗОПАТИИ СУХОЖИЛИЯ ПОДКОЛЕННОЙ МЫШЦЫ



Бакиев Бекпулат Комилович

Ургенчский государственный
медицинский институт, адрес: ул. Аль-
Хорезми, дом 28, индекс 220100. Тел.:
+998 62 224-84-84.

E-mail: drbakiyevbekpolat@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0004-6283-1288>

Аннотация

Актуальность темы: Оптимизация хирургических методов в зависимости от типа и стадии (острая, хроническая) повреждений латерального мениска коленного сустава и энтезопатии сухожилия подколенной мышцы позволяет улучшить клинические, анатомические и функциональные результаты лечения пациентов с данными патологиями, что является одним из современных направлений в травматологии и ортопедии взрослых.

Материалы и методы: В период с 2011 по 2021 год в отделении спортивных травм Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии были проанализированы данные 326 пациентов с диагнозами повреждения латерального мениска коленного сустава и энтезопатия сухожилия подколенной мышцы у лиц, занимающихся спортом. Все пациенты были разделены на две группы: контрольную (141 пациент — 43,2%) и основную (185 пациентов — 56,8%).

Результаты. У спортсменов с повреждением латерального мениска коленного сустава и энтезопатией сухожилия подколенной мышцы средний суммарный балл по шкале Лисхольма в раннем послеоперационном периоде составил $80,4 \pm 0,69$ в контрольной группе и $98,6 \pm 0,2$ в основной группе. В отдалённом периоде эти показатели составили $81,8 \pm 0,6$ в контрольной группе и $99,9 \pm 0,04$ в основной группе ($p < 0,0001$). Продолжительность иммобилизации в контрольной группе составила $20,7 \pm 0,7$ суток, тогда как в основной группе — $13,4 \pm 0,05$ суток ($p < 0,001$). Средняя продолжительность госпитализации составила $5,8 \pm 0,1$ суток в контрольной группе и $2,9 \pm 0,05$ суток в основной группе ($p < 0,001$).

Вывод: У спортсменов с повреждением латерального мениска коленного сустава и энтезопатией сухожилия подколенной мышцы в остром периоде при изолированном повреждении латерального мениска проводилась менискэктомия; при повреждении сухожилия подколенной мышцы — синовэктомия; при сочетанном поражении латерального мениска и сухожилия подколенной мышцы — менискэктомия в сочетании с синовэктомией. В хроническом периоде применялись некрэктомия латерального мениска и синовэктомия сухожилия подколенной мышцы. Такой подход позволил усовершенствовать тактику хирургического лечения.



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 4 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Актуальность темы: Травмы коленного сустава являются одним из наиболее часто встречающихся патологических состояний, особенно среди молодёжи. Среди таких травм особое внимание заслуживают повреждения латерального мениска коленного сустава и энтезопатии сухожилия подколенной мышцы, число которых в последние годы стабильно растёт, особенно среди спортсменов, — от 16,4% до 43,2% случаев [1].

Высокая частота данных травм обусловлена, в первую очередь, несвоевременной и неточной диагностикой, а также неправильной оценкой патологического процесса при первичном обследовании. Лечение с применением различных консервативных методов часто приводит к хронизации болевого синдрома. Это определяет актуальность проблемы лечения данной категории пациентов.

Медико-социальное значение проблемы заключается в отсутствии чётких морфологических критериев, диагностических ошибок и недостатков после лечения, что приводит к неудовлетворительным результатам: развитие контрактур — в 10,6%–32,5% случаев, болевой синдром — в 3,2%–18,7%, нестабильность сустава — в 2,6%–9,8%, рецидивирование процесса — в 38,6%–57,4%. В результате — высокий уровень инвалидизации, достигающий 10,4%–33,7% [3; 4; 2].

Во всём мире ведутся многочисленные научные исследования, посвящённые диагностике и хирургическому лечению повреждений латерального или медиального мениска коленного сустава с применением артроскопии. С помощью артроскопии выполняются такие операции, как частичное или полное удаление менисков, резекция вместе с капсульным прикреплением и сшивание менисков. Однако эффективность хирургического лечения не всегда удовлетворительна. Одной из причин этого является недостаточное внимание к своевременной диагностике энтезопатии сухожилия подколенной мышцы, её морфологическим особенностям, а также отсутствие научно обоснованных подходов к выбору — хирургического или консервативного — метода лечения [7; 11; 10].

Во многих случаях при артроскопии коленного сустава возникают диагностические сложности и противоречия в отношении тактики лечения энтезопатии сухожилия подколенной мышцы (консервативной или оперативной). При консервативной терапии применяются обезболивающие и противовоспалительные нестероидные и стероидные препараты, гиалуроновая кислота, хондроитинсульфат, плазмолифтинг, PRP (плазмотерапия) и методы регенеративной терапии.

На сегодняшний день не разработаны стандартизированные хирургические артроскопические методы лечения энтезопатии сухожилия подколенной мышцы, что определяет необходимость создания новых хирургических подходов и оптимизации уже существующих методов.

Материалы и методы исследования. В контрольную группу вошли пациенты, которым была проведена операция латеральной менискэктомии. В основной группе пациентам выполнялись следующие хирургические вмешательства: латеральная менискэктомия, синовэктомия, сочетание латеральной менискэктомии с синовэктомией, а также синовэктомия в сочетании с некрэктомией.

В контрольной группе 38 пациентов (11,6%) были женщинами, 103 (31,6%) — мужчинами. В основной группе — 51 (15,6%) женщина и 134 (41,2%) мужчины. Распределение пациентов по возрасту было следующим: 46 человек (14,1%) — в возрасте до 15–18 лет; 115 (35,3%) — от 18 до 25 лет; 111 (34,1%) — от 25 до 35 лет; 43 (13,2%) — от 35 до 50 лет; и 11 пациентов (3,3%) — старше 50 лет.

Распределение пациентов по срокам травмы и видам хирургического вмешательства. При распределении пациентов в зависимости от давности травмы и вида хирургического лечения в контрольной группе 58 человек (17,8%) имели острые повреждения, в основной



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 4 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

группе — 107 человек (32,8%). При хроническом течении травмы в контрольной группе находились 83 пациента (25,4%), в основной — 78 (23,9%).

Латеральная менискэктомия была выполнена у 134 (41,2%) пациентов: из них в контрольной группе — 52 пациента (38,8%) с острыми повреждениями и 74 (55,2%) с хроническими. В основной группе только у 8 пациентов (5,9%) латеральная менискэктомия проводилась при остром травматическом процессе.

Операция латеральной менискэктомии в сочетании с синовэктомией была выполнена у 109 пациентов (33,4%): из них 6 пациентов (5,5%) из контрольной группы обратились при остром повреждении, 9 пациентов (8,2%) — при хроническом течении. В основной группе у 76 пациентов (69,7%) оперативное вмешательство проводилось при остром течении, у 18 (16,5%) — при хроническом.

Операции синовэктомии и синовэктомии в сочетании с некроэктомией в контрольной группе не проводились. По срокам травмы в контрольной группе острое повреждение отмечено у 58 пациентов (41,1%), хроническое — у 83 (58,8%). В основной группе острое течение наблюдалось у 107 пациентов (57,8%), хроническое — у 78 (42,2%).

В основной группе у 48 пациентов (14,7%) выполнена только синовэктомия: из них 23 (47,9%) обратились в остром периоде, а 25 (52,1%) — при хроническом течении травмы. Хирургическое вмешательство синовэктомия + некроэктомия проведено у 35 пациентов (10,7%), преимущественно в хроническом периоде заболевания. Распределение пациентов по клиническим, УЗИ, МРТ, артроскопическим критериям и видам хирургического вмешательства. При распределении пациентов двух групп по клиническим, ультразвуковым, МРТ и артроскопическим критериям, а также по типу проведенного хирургического вмешательства, было установлено следующее:

У 76 пациентов (23,3%) диагностирована изолированная травма латерального мениска — у 68 из них в контрольной группе и у 8 — в основной. У 106 пациентов (32,5%) выявлена энтезопатия сухожилия подколенной мышцы в сочетании с травмой латерального мениска: из них у 33 пациентов из контрольной группы проведены следующие вмешательства: 23 — латеральная менискэктомия, 10 — латеральная менискэктомия + синовэктомия. Всем 73 пациентам из основной группы была выполнена операция латеральной менискэктомии в сочетании с синовэктомией.

У 83 пациентов (25,4%) была диагностирована энтезопатия сухожилия подколенной мышцы в сочетании с менисцитом латерального мениска: из них 11 — пациенты контрольной группы, которым была выполнена менискэктомия латерального мениска, у 3 из них — дополнительно с синовэктомией. В основной группе 21 пациенту выполнена латеральная менискэктомия с синовэктомией, а 48 пациентам — только синовэктомия.

У 61 пациента (18,7%) была выявлена энтезопатия сухожилия подколенной мышцы в сочетании с некрозом латерального мениска: в контрольной группе 24 пациента перенесли латеральную менискэктомию, 2 — латеральную менискэктомию с синовэктомией. В основной группе 35 пациентам проведено хирургическое вмешательство в виде синовэктомии с некроэктомией.

В настоящем исследовании использованы данные клинических наблюдений, инструментальных методов (ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография), лабораторных и артроскопических исследований, а также результаты хирургического лечения пациентов.

Результаты. Представлены сравнительные результаты артроскопического лечения повреждений латерального мениска и энтезопатии сухожилия подколенной мышцы коленного сустава.



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 4 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

В контрольной группе в раннем послеоперационном периоде отличный результат отмечен у 10 пациентов (17,3%): из них 7 пациентов (13,5%) перенесли менискэктомию, 3 пациента (50,0%) — менискэктомию с синовэктомией. В отдалённом периоде отличный результат наблюдался у 16 пациентов (27,6%), среди которых 12 (23,1%) перенесли менискэктомию и 4 пациента (66,7%) — менискэктомию с синовэктомией.

Хороший результат в раннем периоде зарегистрирован у 16 пациентов (27,6%), из них 14 (26,9%) после менискэктомии и 2 пациента (33,3%) после менискэктомии с синовэктомией. В отдалённом периоде хороший результат наблюдался у 22 пациентов (37,9%), из них 20 (38,5%) перенесли менискэктомию и 2 (33,3%) — менискэктомию с синовэктомией.

Удовлетворительный результат в раннем периоде зафиксирован у 26 пациентов (44,8%). Основной причиной были сохраняющиеся боли после хирургического вмешательства, что по шкале Лисхольма приводило к низким баллам и, соответственно, к более низкой оценке эффективности лечения. Из этих пациентов 25 (48,1%) перенесли менискэктомию, и лишь 1 пациент (16,7%) — менискэктомию с синовэктомией. В отдалённом периоде удовлетворительный результат наблюдался у 17 пациентов (32,7%), всем из которых была выполнена только менискэктомия.

В контрольной группе неудовлетворительный результат в раннем послеоперационном периоде наблюдался у 6 пациентов (11,5%), а в отдалённом — у 3 пациентов (5,7%). Всем им была выполнена исключительно латеральная менискэктомия. Отсутствие диагностики и лечения энтезопатии сухожилия подколенной мышцы у этих пациентов привело к сохранению болевого синдрома в суставе и развитию осложнений.

Результаты у пациентов с хроническим течением травмы в контрольной группе из 83 пациентов с хроническим течением травмы у 74 (89,1%) выполнена латеральная менискэктомия, у 9 (10,8%) — менискэктомия с синовэктомией. Отличный результат в раннем послеоперационном периоде отмечен у 19 пациентов (22,9%): из них 14 (18,9%) — с менискэктомией и 5 (55,6%) — с менискэктомией + синовэктомией. В отдалённом периоде отличный результат наблюдался у 28 пациентов (33,7%), включая 21 (28,4%) после менискэктомии и 7 (77,8%) после менискэктомии + синовэктомии. Хороший результат в раннем периоде выявлен у 26 пациентов (31,4%): 23 (31,2%) после менискэктомии и 3 (33,3%) после менискэктомии + синовэктомии.

В отдалённом периоде хороший результат был у 29 пациентов (34,9%), из которых 27 (36,5%) перенесли менискэктомию и 2 (22,2%) — менискэктомию + синовэктомию. Удовлетворительный результат в раннем периоде зарегистрирован у 29 пациентов (34,9%): 28 (37,8%) после менискэктомии и 1 (11,1%) после менискэктомии + синовэктомии. В отдалённом периоде удовлетворительный результат наблюдался у 19 пациентов (22,9%), все из которых перенесли менискэктомию.

Неудовлетворительный результат в раннем периоде отмечен у 9 пациентов (12,1%), а в отдалённом — у 7 (9,4%). Всем им выполнена менискэктомия. Причиной такой оценки стало низкое качество результата по всем критериям оценки.

Клиническая и функциональная оценка пациентов контрольной группы с латеральным повреждением мениска и энтезопатией прикрепления камбаловидной мышцы по шкале Лисхольма в раннем и отдалённом периодах не выявила значимых изменений. В раннем периоде показатель хромоты составил $4,2 \pm 0,08$ балла (диапазон 3–5), использование дополнительных опорных средств оценено в $4,1 \pm 0,08$ балла (диапазон 3–5), блокада сустава — $11,7 \pm 0,2$ балла (диапазон 10–15), нестабильность сустава — $23,5 \pm 0,3$ балла (диапазон 15–25). В отдалённом периоде показатель хромоты составил $4,4 \pm 0,07$ балла (диапазон 3–5), использование дополнительных опорных средств — $4,3 \pm 0,08$ балла (диапазон 3–5), что указывает на неполное восстановление клинических и функциональных изменений, блокада



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 4 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

сустава составила $12,7 \pm 0,2$ балла (диапазон 10–15), нестабильность сустава — $24,5 \pm 0,18$ балла (диапазон 15–25).

Одним из ключевых критериев оценки состояния пациентов с латеральным повреждением мениска и энтезопатией камбаловидной мышцы является болевой синдром. В раннем периоде средний балл по боли составил $16,3 \pm 0,44$ (диапазон 10–20), а в отдалённом — снизился до $15,5 \pm 0,37$ (диапазон 10–20), что связано с переходом боли в хроническую форму. Отёчность сустава в раннем периоде оценивалась в $7,7 \pm 0,16$ (диапазон 6–10), а в отдалённом наблюдалось её незначительное увеличение до $8,5 \pm 0,16$ (диапазон 6–10). Дискомфорт при подъёме по лестнице был $8,2 \pm 0,16$ (диапазон 6–10) в раннем периоде и уменьшился до $7,3 \pm 0,16$ (диапазон 6–10) в отдалённом, что объясняется усилением боли и затруднением при подъёме и спуске. Последний критерий по шкале Лисхольма в раннем периоде составил $4,4 \pm 0,04$ (диапазон 3–5), а в отдалённом снизился до $4,2 \pm 0,03$ (диапазон 4–5). Общий балл по шкале Лисхольма у пациентов контрольной группы был $80,4 \pm 0,69$ (диапазон 60–99) в раннем периоде и $81,8 \pm 0,6$ (диапазон 68–99) в отдалённом. Средняя продолжительность госпитализации составляла $5,8 \pm 0,1$ дня (диапазон 4–7), а срок иммобилизации — $20,7 \pm 0,7$ дня (диапазон 13–27).

В раннем периоде у 91 (85,0%) пациента с острым повреждением был достигнут отличный результат, в отдалённом периоде — у 105 (98,1%) пациентов. Из них у 6 (6,6%) пациентов в раннем периоде и у 7 (6,7%) пациентов в отдалённом периоде была проведена менискэктомия. Латеральная менискэктомия в сочетании с синовэктомией прикрепления камбаловидной мышцы и синовэктомией была выполнена у 64 (70,3%) пациентов в раннем периоде и у 76 (72,4%) пациентов в отдалённом периоде. В основной группе у пациентов в остром периоде хирургическое вмешательство в виде синовэктомии прикрепления камбаловидной мышцы в сочетании с латеральной менискэктомией не проводилось.

В основной группе пациентов в раннем периоде после хирургического лечения хорошие результаты наблюдались у 16 (15,0%) человек, из них у 2 (12,5%) — после латеральной менискэктомии, у 12 (75,0%) — после менискэктомии с синовэктомией и у 2 (12,5%) — после синовэктомии прикрепления камбаловидной мышцы. В отдалённом периоде хорошие результаты были зафиксированы у 2 (1,9%) пациентов, из которых у 1 (50,0%) была проведена менискэктомия, а у 1 (50,0%) — синовэктомия. В основной группе пациентов с энтезопатией прикрепления камбаловидной мышцы и острым повреждением латерального мениска после проведённого хирургического вмешательства не наблюдалось ни удовлетворительных, ни неудовлетворительных результатов.

В основной группе пациентов с хронической стадией энтезопатии прикрепления камбаловидной мышцы и повреждением латерального мениска хирургическое лечение было проведено у 78 (42,2%) человек. Из них у 18 (23,1%) выполнены менискэктомия с синовэктомией, у 25 (32,0%) — только синовэктомия, и у 35 (44,8%) — синовэктомия с некроэктомией. В раннем периоде у 74 (94,8%) пациентов отмечены отличные результаты, при этом 17 (23,0%) прошли латеральную менискэктомию с синовэктомией прикрепления камбаловидной мышцы, 24 (32,4%) — синовэктомию, и 33 (44,6%) — синовэктомию с некроэктомией. В отдалённом периоде отличные результаты наблюдались у 76 (97,4%) пациентов, из них 18 (23,7%) получили менискэктомию с синовэктомией, 24 (31,6%) — синовэктомию, и 34 (44,7%) — синовэктомию с некроэктомией. В раннем периоде хорошие результаты отмечены у 4 (5,2%) пациентов: 1 (25,0%) прошёл менискэктомию с синовэктомией, 1 (25,0%) — синовэктомию, и 2 (50,0%) — синовэктомию с некроэктомией. В отдалённом периоде хорошие результаты наблюдались у 2 (2,6%) пациентов, из них 1 (50,0%) прошёл синовэктомию, а 1 (50,0%) — синовэктомию с некроэктомией.



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 4 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Клиническое, функциональное и анатомическое состояние пациентов основной группы по шкале Лисхольма существенно отличалось от изменений у пациентов контрольной группы, при этом уже в раннем периоде наблюдалось полное восстановление всех показателей. В раннем периоде показатель хромоты и использование дополнительных опорных средств составили $4,8 \pm 0,04$ балла (диапазон 3–5), в отдалённом периоде все показатели полностью восстановились до нормы и были оценены в 5 баллов. Наличие блокады сустава оценивалось в раннем периоде в $14,6 \pm 0,09$ балла (диапазон 10–15), в отдалённом — $14,9 \pm 0,04$ балла (диапазон 10–15). По критерию нестабильности сустава ранний результат составил $24,8 \pm 0,06$ (диапазон 20–25), в отдалённом периоде все пациенты получили максимальный балл — 25. Оценка боли, являющейся одним из ключевых критериев выявления патологического процесса, показала $24,8 \pm 0,06$ балла в раннем и $24,9 \pm 0,02$ балла в отдалённом периоде (диапазон 20–25). Симптомы отёка сустава оценивались в раннем периоде в $9,8 \pm 0,05$ балла, в отдалённом — $9,9 \pm 0,01$ (диапазон 7–10). При оценке неудобства при подъёме по лестнице показатели составили $9,88 \pm 0,04$ балла в раннем и $9,9 \pm 0,02$ в отдалённом периоде (диапазон 7–10). Последний критерий — неудобство при сидении на корточках — в раннем периоде оценивался в $4,8 \pm 0,02$ балла, в отдалённом все пациенты получили максимальный балл — 5. Общий балл по шкале Лисхольма у основной группы составил в раннем периоде $98,6 \pm 0,2$ (диапазон 86–100), в отдалённом — $99,9 \pm 0,04$ (диапазон 95–100). Средняя длительность иммобилизации составила $13,4 \pm 0,05$ дня (диапазон 12–15), а количество дней пребывания в постели — $2,9 \pm 0,05$ (диапазон 2–4).

Обсуждение: Повреждение коленного сустава занимает первое место среди травм опорно-двигательного аппарата. По данным разных авторов, травмы ног составляют от 4,9 до 24%, а среди всех повреждений суставов — 40–50%. При этом острые травмы коленного сустава наблюдаются в 43–80% случаев. Однако латеральные повреждения мениска коленного сустава и энтезопатии прикрепления камбаловидной мышцы, по данным некоторых исследований, составляют до 55,9% всех травм, что подчеркивает актуальность вопросов диагностики и лечения [3; 4; 2]. Основными проблемами в лечении латеральных повреждений мениска коленного сустава и энтезопатии прикрепления камбаловидной мышцы являются: эффективность артроскопической диагностики и показания к ней, а также выбор метода лечения и оптимального хирургического подхода. Своевременная диагностика и правильный выбор хирургического метода — это сложные задачи. По мнению различных исследователей, количество неудовлетворительных результатов и осложнений после лечения латеральных повреждений мениска и энтезопатии камбаловидной мышцы превышает 40%, а уровень инвалидизации достигает 33,7% [8; 12; 10]. Долгосрочные клинические, анатомические и функциональные результаты после лечения варьируют от 5,2% до 41,4%, а инвалидизация достигает 62,3% [9; 11; 17; 13; 10]. Несвоевременная диагностика латеральных повреждений мениска и энтезопатии прикрепления камбаловидной мышцы приводит к тому, что у 70–80% пациентов после операции наблюдается болевой синдром, у 50–60% — контрактуры и раннее развитие артроза коленного сустава с деформациями в 24,7–45,9% случаев [20; 21; 19; 23; 5]. Эти данные стимулировали разработку новых методов лечения, внедрение высокотехнологичных и минимально инвазивных хирургических подходов. В последние годы артроскопия всё чаще применяется как метод хирургического лечения. Хирургическое удаление повреждённой части латерального мениска и энтезопатии прикрепления камбаловидной мышцы полностью или частично вместе с синовиальной оболочкой приводит к отличным результатам. Однако сложности, связанные с обследованием коленного сустава в остром периоде после повреждений латерального мениска и энтезопатии камбаловидной мышцы, часто приводят к задержке диагностики и снижению эффективности лечения [3; 21].



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 4 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Диагностика травм коленного сустава начинается с рентгенографии, однако этот метод имеет свои ограничения [7; 14]. Диагностическая информация о латеральных повреждениях мениска и энтезопатии прикрепления камбаловидной мышцы очень ограничена. Часто такие травмы остаются незамеченными и встречаются вместе с повреждениями мениска [1]. Магнитно-резонансная томография (МРТ) и артроскопия имеют особенно важное значение. После МРТ примерно в 60–70% случаев диагноз подтверждается с помощью артроскопии [15]. Были предложены методы лечения латеральных повреждений мениска и энтезопатии прикрепления камбаловидной мышцы, а также изучены их долгосрочные результаты. По данным Ирисметова М.Э. (2018), оптимальным методом лечения является применение артроскопических методик. Согласно другим научным источникам, основным способом лечения данного типа травм считается консервативный подход [1].

Еще одним методом диагностики структур коленного сустава, в частности повреждений мениска, является артроскопия. При этом многие авторы считают артроскопию коленного сустава самым информативным методом, расширяющим возможности диагностики внутрисуставных повреждений, хотя до настоящего времени нет единого мнения о диагностической ценности артроскопии [24; 3]. В частности, роль энтезопатии прикрепления камбаловидной мышцы при разрыве латерального мениска изучена недостаточно, и не разработаны диагностические критерии оценки клинического течения посттравматической энтезопатии данной мышцы. Часто вследствие неправильной диагностики на основании жалоб пациентов ставится ошибочный диагноз «повреждение латерального мениска», и проводится менискэктомия. Необоснованная хирургическая тактика травматологов может привести к развитию нестабильности коленного сустава или дегенеративно-дистрофическим изменениям (остеоартрозу), что в итоге приводит к утрате спортивной карьеры и преждевременному завершению профессиональной деятельности спортсмена. По мнению Ирисметова М.Э. (2018), надежным методом ранней и точной диагностики повреждений менисков у спортсменов является эндовидеоартроскопия, которая позволяет получить точную информацию о характере повреждения и своевременно выбрать метод хирургического лечения. При повреждениях менисков у спортсменов в 30% случаев диагностируются неверные клинические диагнозы [17].

Анализ неудовлетворительных результатов лечения выявил следующие причины, препятствующие достижению хороших результатов: поздняя диагностика энтезопатии, незнание клинических признаков, редкое использование современных диагностических методов (МРТ, артроскопия); неполное выявление патологического процесса и удаления поврежденной ткани при консервативном и артроскопическом лечении; неправильное применение различных консервативных методов; гипотрофия суставной капсулы. Согласно литературным данным, консервативное лечение повреждений латерального мениска и энтезопатии прикрепления камбаловидной мышцы обеспечивает низкую вероятность достижения хороших результатов [26; 25]. По поводу хирургического лечения разрывов латерального мениска и энтезопатии камбаловидной мышцы, а также профилактики осложнений после операции, среди специалистов отсутствует единое мнение.

Выводы:

1. У спортсменов с травмой латерального мениска и энтезопатией сухожилия передней большеберцовой мышцы коленного сустава клинические признаки (болевого синдрома после менискэктомии, сохранение болей до операции), а также данные МРТ и артроскопии позволили выявить гипертрофию, отёк, частичный или полный некроз латерального мениска и энтезопатии сухожилия. Хирургическая тактика, разработанная на основе артроскопии с учётом степени повреждения сухожилия и тканей, способствует



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 4 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

раннему восстановлению функции коленного сустава, что приводит к снижению частоты осложнений (болевого синдрома, артроза) и необходимости повторных операций.

2. Раннее диагностирование травмы латерального мениска и энтезопатии сухожилия и применение артроскопических методов лечения в зависимости от стадии травмы (частичная синовэктомия повреждённой части сухожилия в острой фазе, некроэктомия некротизированных волокон мениска в течение первых двух месяцев после травмы, удаление микронекротических зон и фрагментов при хроническом течении) обеспечивают полное восстановление анатомического и функционального состояния коленного сустава и снижают количество осложнений.

Список использованной литературы:

1. Эшназаров К.Э., Асилова С.У. /Релиз мягких тканей медиальной области сустава при лечении остеоартрозов коленного сустава. //Журнал теоретической и клинической медицины. – 2018. – № 1. – С. 33–37.
2. Абдуразаков У.А., Набиев Е.Н., Байзаков А.Р. /Неинвазивные методы диагностики повреждений менисков коленного сустава. //Наука о жизни и здоровье. – 2020. – № 2. – С. 50-56.
3. Авраменко В.В., Кузнецов И.А. /Артроскопия при внутренних повреждениях коленного сустава у детей и подростков (обзор литературы). //Травматология и ортопедия России. – 2011. – № 4. – С. 131-139.
4. Байгараев Э.А. /Комбинированный метод лечения повреждений сумочно-связочного аппарата коленного сустава. //Евразийский научный журнал. – 2015. – № 12. – С. 573-575.
5. Брижань Л.К. и др. /Индивидуальный подход к лечению пациентов с повреждением медиального мениска в сочетании с варусной деформацией голени. //Гений ортопедии. – 2022. – Т. 28. – № 1. – С. 46-52.
6. Гулямов Ё. и др. /Новые возможности лечения хронического синовита коленного сустава в хирургической практике. //Журнал вестник врача. – 2013. – Т. 1. – № 04. – С. 70-72.
7. Гулямов Ё. и др. /Артроскопическая характеристика синдрома хронического синовита коленного сустава различной этиологии. //Журнал вестник врача. – 2014. – Т. 1. – № 01. – С. 67-69.
8. Джумабеков С.А. и др. /Отдалённые результаты оперативного лечения повреждений боковых связок коленного сустава. //Медицина Кыргызстана. – 2013. – № 3. – С. 27-29.
9. Евтушенко А.А. и др. /Особенности реабилитации пациентов с энтезопатией при использовании технологии регенеративной терапии. //Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2021. – Т. 16. – № 4. – С. 99-102.
10. Заяц В.В. и др. /Функциональные результаты хирургической реконструкции передней крестообразной связки коленного сустава в сочетании с латеральной стабилизацией. //Вестник хирургии имени И.И. Грекова. – 2019. – Т. 178. – № 1. – С. 39-44.
11. Заяц В.В. и др. /Анатомическая антеградная пластика передней крестообразной связки коленного сустава с латеральным экстраартикулярным тенodesом трансплантатом из сухожилия полусухожильной мышцы. //Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2018. – № 3-4. – С. 12-18.
12. Иванов Ю.Н., Шалатов Н.Н. /Особенности хирургической патологии коленного сустава (обзор литературы). //Формирование здоровья населения: медико-социальные и клинические аспекты. – 2020. – С. 111-122.
13. Ирисметов М.Э. и др. /Наш опыт применения артроскопии в комплексном лечении синдрома патологической медиопателлярной складки коленного сустава. //Журнал теоретической и клинической медицины. – 2018. – № 3. – С. 60-62.



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 4 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

14. Ирисметов М.Э. и др. /Исходы восстановления передней крестообразной связки. //Гений ортопедии. – 2019. – Т. 25. – № 3. – С. 286-289.
15. Ирисметов М.Э. и др. /Роль МРТ исследования и артроскопии в диагностике и лечении кист подколенной ямки. //Re-health journal. – 2022. – № 1 (13). – С. 148-154.
16. Кирсанов В.А., Бордуков Г.Г., Половинко В.В. /Роль плазмотерапии при лечении энтезопатий верхней конечности. //III Международный конгресс ассоциации ревмоортопедов. – 2019. – С. 55-57.
17. Клементьева В.И. /Клинико-инструментальное исследование ремоделирования тканей коленного сустава на ранних стадиях остеоартрита: дис. канд. мед. наук. – 2022.
18. Копылов А.Ю., Крупко А.В., Кувшинов С.Г. /Восстановление мениска: наш взгляд на проблему. //II Международный конгресс ассоциации ревмоортопедов. – 2018. – С. 73-75.
19. Корнилов Н.Н. и др. /Анализ повторных хирургических вмешательств после частичной артропластики коленного сустава: пятнадцатилетний опыт наблюдений. //Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 2. – С. 12-12.
20. Королев А.В. и др. /Отдалённые результаты сшивания менисков при артроскопической пластике передней крестообразной связки. //Травматология и ортопедия России. – 2016. – Т. 22. – № 3. – С. 44-53.
21. Крайнюков П.Е. и др. /Перспектива применения клеточных технологий в лечении пациентов с энтезопатиями. //Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2021. – Т. 16. – № 3. – С. 12-17.
22. Макарова М.В., Вальков М.Ю. /Сравнение диагностической точности магнитно-резонансной томографии и ультразвуковой диагностики при исследовании коленных суставов с рентгенологически нулевой стадией гонартрита. //Исследования и практика в медицине 2018, т.5, No1, С.10-19 Оригинальная статья. Лучевая диагностика DOI: 10.17709/240922312018511.
23. Семенов А.А. /Сравнительная морфологическая характеристика основных и вспомогательных элементов коленного сустава в норме и при деформирующем артрозе. //Морфологические науки и клиническая медицина. – 2019. – С. 121-126.
24. Хитров Н.А. /Параартикулярные ткани: варианты поражения и их лечение (продолжение). //Российский медицинский журнал. – 2017. – № 7. – С. 462–468.
25. Gaynullina G.R. et al. /Enthesopathy in spondyloarthritis: the literature review. //Rheumatology Science and Practice. – 2021. – 59(3):316-325.
26. Yamasaki S., Hashimoto Y., Takigami J., Terai S., Takahashi S., Nakamura H. /Risk factors associated with knee joint degeneration after arthroscopic reshaping for juvenile discoid lateral meniscus. //The American Journal of Sports Medicine. – 2017. – 45(3). – P. 570-577.