

13. *Gelberman R. H.* The Wrist / *R. H. Gelberman.* – New York : Lippincott, 2002. – P. 455–479.
14. Prognosis of wrist ganglion operations / *Günder H., Cırpıcı Y., Sarlak A., Müezzinoğlu S.* // *Acta Orthop. Belg.* – 2000. – Vol. 66, № 4. – P. 38–42.
15. *Holm C.* Treatment of ganglia of the hand and wrist with aspiration and injection / *C. Holm, S. Pandey* // *Hand.* – 2003. – Vol. 5. – P. 63–68.
16. *Hung L. K.* Arthroscopic Volar Wrist Ganglionectomy / *L. K. Hung* // *Chir Main.* – 2006. – Vol. 21, № 4. – P. 59–62.
17. Ganglions of the wrist : proposals for topographical systematization and natural history / *Kublmann J. N., Luboinski J., Baux S., Mimoun M.* // *Rev. Chir. Orthop. Reparatrice Appar Mot.* – 2003. – Vol. 89, № 4. – P. 310–319.
18. Arthroscopic resection in the management of dorsal wrist ganglions : results with a minimum 2-year follow-up period / *Rizzo M., Berger R. A., Steinmann S. P., Bishop A. T.* // *J. Hand Surg.* – 2004. – Vol. 29-A, № 1. – P. 59–62.
19. Morphology and topography of intraosseous ganglion cysts in the carpus : an anatomic, histopathologic, and magnetic resonance imaging correlation study / *Schrank C., Meirer R., Stähler A.* [et al.] // *J. Hand Surg.* – 2003. – Vol. 28-A, № 1. – P. 52–61.
20. *Smith D. W.* Internal decompression of dorsal wrist ganglions / *Smith D. W., Henry M. H., Beaver R.* // *Tech Hand Up Extrem Surg.* – 2002. – Vol. 6, № 3. – P. 145–151.
21. *Steinberg B. D.* Occult scapholunate ganglion: a cause of dorsal radial wrist pain / *B. D. Steinberg, W. B. Kleinman* // *J. Hand Surg.* – 1999. – Vol. 24-A, № 2. – P. 225–231.
22. *Werner F. W.* Biomechanical evaluation of the ligamentous stabilizers of the scaphoid and lunate : Part II / *Werner F. W., Green J. K., Masaoka S.* // *J. Hand Surg.* – 2005. – Vol. 30-A, № 1. – P. 24–34.
23. Ganglia : the patient's perception / *Westbrook A. P., Stephen A. B., Oni J., Davis T. R.* // *J. Hand Surg.* – 2000. – Vol. 25-B, № 6. – P. 566–567.
24. Biomechanical evaluation of the ligamentous stabilizers of the scaphoid and lunate : part III. / *Werner F. W., Green J. K., Sutton L. G., Brutus J. P.* // *J. Hand Surg.* – 2007 – Vol. 32-A, № 3. – P. 297–309.
25. *Wang H.* Adventitial cyst of the radial artery with a wrist joint connection / *Wang H., Spinner R. J., Amrami K. K.* // *J. Hand Surg.* – 2007. – Vol. 25-A, № 1. – P. 58–61.

РЕЦЕНЗІЯ

на книгу *J. W. T. Byrd*

“OPERATIVE HIP ARTHROSCOPY”

**(“ОПЕРАТИВНА АРТРОСКОПІЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА”,
друге видання, доповнене і перероблене)**

**REVIEW OF THE BOOK “OPERATIVE HIP ARTHROSCOPY”
(Second Edition, supplemented and improved)**

by *J. W. T. Byrd*

До створення монографії *J. W. T. Byrd* “Operative hip arthroscopy” Second Edition (New York: Springer Science Business Media, 2005. – 273 p.) було залучено вісімнадцять спеціалістів, що займаються *артроскопією кульшового суглоба* з Центру спортивної медицини та ортопедії (Нешвіл, США), а також інших центрів, госпіталів та університетів США, Великобританії, Німеччини та Італії, які брали участь у написанні окремих розділів книги.

Монографія присвячена актуальному питанню травматології та ортопедії – *артроскопічній хірургії кульшового суглоба*. В останні десятиріччя малоінвазивна хірургія (у цьому випадку – *артроскопія*) знаходить широке розповсюдження, у першу чергу, завдяки вдосконаленню ендоскопічної техніки. Це дозволяє поєд-

нувати мініінвазивність із необхідною радикальністю хірургічного втручання, а також суттєво скоротити строки перебування пацієнта на лікарняному ліжку та прискорити повернення хворих до трудової діяльності, занять спортом тощо.

Артроскопічна хірургія отримала широке розповсюдження в нашій країні, про що свідчить організація у 1999 р. Асоціації артроскопічних хірургів України, проведення республіканських та регіональних конференцій. При цьому більш розповсюджена артроскопія колінного суглоба і значно менше – плечового. У той час як артроскопічні втручання на кульшовому суглобі виконуються лише в кількох закладах.

На заваді до розповсюдження методу стоїть брак інформації, зокрема ми не знайшли жодної роботи

з артроскопії кульшового суглоба українською мовою, і дуже мало робіт російською, в основному з ЦІТО (Москва, Росія).

Книга складається з 18 глав.

Глава I: історія артроскопії кульшового суглоба.

Уже в 1931 р. американський ортопед Virman опублікував статтю, у якій в експерименті на трупах людей довів достатню інформативність артроскопії кульшового суглоба. Однак робота, хоч і була опублікована у провідному ортопедичному журналі США – Journal of Bone & Joint Surgery, пройшла практично не поміченою.

Уперше в клініці артроскопію кульшового суглоба виконав японський дослідник Takagi.

Глава II: показання та протипоказання до виконання артроскопії кульшового суглоба.

• **Показання**

Під артроскопічним контролем виконується:

1) видалення інтра- та параартикулярних сторонніх тіл, післятравматичних фрагментів (кісткових, хрящових);

2) мінінвазивні операції з приводу пошкоджень губи, власної зв'язки, головки стегнової кістки, покривного хряща, коксартрозу, аваскулярного некрозу, ім-піджмент-синдрому, болей невизначеної етіології, що можуть виникнути, зокрема, після ендпротезування.

Артроскопію кульшового суглоба також можна застосовувати в поєднанні з відкритими позасуглобовими хірургічними втручаннями (остеотомія, ацетабулопластика).

Вищезазначений перелік патологічних станів співпадає (приблизно) з показаннями до артроскопії колінного та плечового суглоба. Це природно, оскільки велика технічна складність артроскопії кульшового суглоба не відміняє ні показань, ні потенціальних можливостей операції, її переваг порівняно з інвазивними відкритими втручаннями.

• **Протипоказання**

Протипоказання – звичайні для хірургічного лікування (переважно загальносоматичні), а також випадки з вираженими змінами кісткової анатомії, які здебільшого є показанням до тотального ендпротезування кульшового суглоба.

Глави III–IV: детальний опис симптоматики вищезазначених патологічних станів, методики обстеження та діагностики, у тому числі диференційної.

Оцінюючи променеві методи дослідження, автори відають перевагу МРТ з уведенням у порожнину кульшового суглоба контрасту, не заперечуючи при цьому цінності рентгенографії, контрастної артрографії, комп'ютерної томографії та сцинтиграфії.

(У свою чергу, рецензенти володіють досвідом застосування УЗД, у тому числі функціонального, не лише для діагностики, а й для операційної навігації при виконанні артроскопічних доступів у суглоб. – *Прим. рец.*)

Глава V: позасуглобові причини болю в кульшовому суглобі та паху.

У главі дуже ретельно описані **патологічні стани, що можуть симулювати ураження кульшового суглоба і призвести до невиправданих артроскопічних втручань**.

Найбільш часто зустрічається **остит лобкової кістки** – неінфекційне запалення кістки, окістя, хряща та капсульно-зв'язкового апарату лобкового симфізу, що супроводжується вираженим больовим синдромом у ділянці лобка та паху.

Синдром грушоподібного м'яза – компресія сидничого нерва в ділянці великої сидничої вирізки, що проявляється болем та парестезіями ураженої сідниці з іррадіацією в кульшовий суглоб та на задню поверхню стегна.

Защемлення затульного нерва (nervus obturatorius) – доволі рідкісна патологія у спортсменів, що може бути викликана за рахунок защемлення нерва оточуючими фасціальними структурами чи судинами і потребує хірургічної декомпресії.

“Пубалгія спортсменів” – хронічний біль не встановленої етіології в ділянці лобка чи паху, що виникає у професійних спортсменів виключно під час фізичних навантажень.

Для кожного з описаних станів чітко розписано схему діагностики, у тому числі диференційної, та лікування, значна роль у якому надається фізіотерапії та лікувальній фізкультурі.

Глави VI–VIII: анатомія кульшового суглоба – *нормальна, томографічна та артроскопічна*, зокрема, для кожного з трьох рекомендованих порталів.

У главі VIII дуже прискіпливо змаловано *нормальну артроскопічну анатомію кульшового суглоба* та ретельно описано *ймовірні патологічні стани*, що виявляються при обстеженні всіх структур суглоба:

- головки та шийки стегна;
- ацетабулярної западини;
- круглої зв'язки;
- суглобової губи;
- капсульно-зв'язкового апарату.

У главі наведено класифікацію розривів суглобової губи ацетабулярної западини за етіологією, морфологією та локалізацією, варіанти пошкодження круглої зв'язки; описано артроскопічну картину кульшового суглоба на різних стадіях деформівного артрозу та при дисплазії.

Глави IX–XI: методика артроскопії кульшового суглоба як в положенні хворого на спині, так і в положенні на боці з трьох порталів.

Послідовно описуються особливості укладки хворого на операційному столі, специфіка анестезіологічної допомоги, нанесення маркерів на шкіру, рентгеноконтроль уведення та положення тубусів артроскопа та безпосередньо хірургічне втручання й післяопераційне ведення пацієнта.

Особливий інтерес, з нашої точки зору, представляє глава XI, яку написав M. Dienst (Гамбург). У ній міститься

опис *артроскопії кульшового суглоба без застосування тракції*.

Зазвичай, досягнути дна вертлюгової западини без дистракції неможливо, але не менш ніж у 2/3–3/4 випадків можна обмежитись втручанням на передньо-латеральних відділах кульшового суглоба і навіть провести абразивну артроскопію (у вітчизняній літературі використовується термін “артроліз кульшового суглоба”. – *Прим. рец.*).

Артроскопія кульшового суглоба без дистензії значно простіша, безпечніша й атравматичніша, ніж із застосуванням тракції.

Описані у главі XVI ускладнення на 70% обумовлені саме тракцією.

Глава XII: особливості артроскопічного релізу клубово-поперекового м'яза (*m. iliopsoas*) при синдромі “кляцаючого кульшового суглоба”.

Синдром “кляцаючого кульшового суглоба” – патологічний стан, що виникає, коли сухожилок клубово-поперекового м'яза нефізіологічно перекагується над кістково-суглобовими структурами, що розташовані нижче за нього, цей рух супроводжується гучним кляцанням та больовим синдромом.

Вважається, що клубово-поперековий м'яз найбільше пошкоджує *eminencia iliopectinea*, проте при цьому захворюванні доволі часто в порожнині суглоба виявляються великі вільні тіла та екзостози на стегновій кістці.

Диференційний діагноз необхідно проводити з:

- 1) розривами суглобової губи ацетабулярної западини;
- 2) синовіальним хондроматозом;
- 3) диспластичними змінами кульшових суглобів;
- 4) наслідками епіфізіолізу головки стегна.

Глава XIII–XV: особливості виконання артроскопічних втручань у професійних спортсменів, дітей та підлітків, а також у хворих старечого віку.

Для кожної з груп хворих указані найбільш часті види ушкоджень кульшового суглоба, наведено анамнестичні дані, симптоматику, методику операцій, обговорено їх результати.

Глава XVI: опис ускладнень.

У США при Асоціації лікарів-артроскопістів є комітет з ускладнень артроскопії. За його даними на 400 тис. операцій під артроскопічним контролем (на всіх суглобах без урахування кульшового) відмічено 0,56% ускладнень.

(Наявність такого комітету в Україні, який би вів підрахунок як загальної кількості артроскопічних втру-

чань, так і їх ускладнень, ми вважаємо дуже корисним, проте це питання майбутнього. – *Прим. рец.*).

Т. Byrd повідомляє про 20 (1,34%) ускладнень, що виникли при виконанні 1490 артроскопічних операцій на кульшових суглобах, у тому числі 14 – пов'язаних з неадекватною тракцією, що була оцінена як неадекватна ретроспективно.

Окрім того, автор стверджує, що 19 із 20 ускладнень можна вважати ятрогенними, тобто їх можна було б уникнути.

Глави XVII–XVIII: післяопераційна реабілітація та рекомендації щодо диспансерного нагляду за пацієнтами після артроскопії кульшового суглоба.

(Особливих відмінностей від загальноприйнятих в Україні немає. – *Прим. рец.*)

Представляє інтерес те, що автори цієї глави не лікарі, а *реабілітологи* (за термінологією США – фізіотерапевти).

(В Україні останнім часом деякі вищі навчальні заклади випускають подібних спеціалістів, наприклад Національний медичний університет імені О. О. Богомольця та ін. – *Прим. рец.*)

Досвід США підтверджує необхідність такої спеціалізації. Особливий інтерес представляє *пам'ятка для післяопераційного ведення та спостереження амбулаторних пацієнтів*.

Загальний *список літератури* відсутній, проте в кожній главі є свій “монотематичний” список.

Книга чудово *ілюстрована* більш ніж 500 рисунками та рентгенограми, знімками комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії, 292 кольоровими артроскопічними знімками та рисунками анатомічних препаратів, що дозволяє сприйняти не лише основні положення, але й деталі викладеного матеріалу навіть читачеві, що недосконало володіє англійською мовою.

Монографія, що рецензується, *узагальнює досвід з артроскопії кульшового суглоба* одного із провідних у цій галузі закладів США – Центра спортивної медицини та ортопедії, а також багатьох відомих спеціалістів Америки та Європи.

Ця рецензія, звичайно, не може претендувати на детальний опис важливої для теорії та практики проблеми. Сподіваємось, що її публікація викличе додатковий інтерес до артроскопії кульшового суглоба у травматологів-ортопедів, що принесе користь десяткам тисяч пацієнтів, яким показане подібне лікування.

Старший науковий співробітник відділення мікрохірургії та реконструктивно-відновлювальної хірургії верхньої кінцівки ДУ “Інститут травматології та ортопедії АМН України” канд. мед. наук Руслан Олексійович Сергієнко