



Артроскопия при гонартрозе в XXI веке: систематический обзор актуальных исследований высокого уровня доказательности и рекомендаций профессиональных сообществ

А.В. Сараев¹, Т.А. Куляба¹, М.Ш. Расулов¹, Н.Н. Корнилов^{1,2}

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Реферат

Введение. Актуальные данные доказательной медицины регулярно заставляют критически пересматривать традиционные и устоявшиеся подходы к лечению пациентов с патологией опорно-двигательной системы, в частности, страдающих гонартрозом. **Цель работы** — изучить научные работы высокого уровня доказательности (рандомизированные клинические исследования (РКИ) и метаанализы РКИ), а также базирующиеся на них рекомендации профессиональных сообществ для оценки целесообразности применения артроскопического лаважа, дебридмента и менискэктомии у больных гонартрозом. **Материал и методы.** В электронных базах данных PubMed, e-LIBRARY, EMBASE (Ovid), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) за период с 2000 по 2019 г. было выявлено 148 публикаций, из которых далее исключены нерелевантные сообщения. Суммарно проанализированные РКИ включают анализ результатов лечения 1614 больных гонартрозом в возрасте 48,9–62,8 лет, а метаанализы — 20 770 пациентов в возрасте от 42,0 до 62,4 лет. **Результаты.** Артроскопический лаваж и/или дебридмент у больных гонартрозом не приводит к снижению боли и улучшению функции коленного сустава в долгосрочной перспективе и поэтому является нецелесообразным. На первом этапе лечения таких пациентов, в том числе с дегенеративными повреждениями менисков, предпочтение следует отдавать консервативному подходу вне зависимости от наличия «механических» симптомов (кратковременные самопроизвольно устраняющиеся блокады, эпизоды острой мимолетной нестабильности; болезненные щелчки и т.п.). Артроскопия показана только при неэффективности комплексного немедикаментозного (лечебная физкультура и физиотерапия) и фармакологического (нестероидные противовоспалительные препараты и внутрисуставные инъекции) лечения, проводимого в течение не менее 3 мес. у больных с гонартрозом без полнослойных дефектов хряща на сочленяющихся поверхностях и значимой фронтальной деформации, либо при блокаде коленного сустава, обусловленной разрывом мениска по типу «ручки лейки» или внутрисуставными телами. **Заключение.** Основываясь на принципах доказательной медицины, следует заключить, что артроскопия у больных гонартрозом малоэффективна и имеет весьма ограниченные показания. Поэтому при неудаче консервативного лечения предпочтение следует отдавать таким методам хирургического лечения, как околосуставные остеотомии и частичное или тотальное эндопротезирование коленного сустава.

Ключевые слова: гонартроз, остеоартрит, остеоартроз, коленный сустав, артроскопия, дебридмент, лаваж, менискэктомия.

Источник финансирования: государственное бюджетное финансирование.

📖 Сараев А.В., Куляба Т.А., Расулов М.Ш., Корнилов Н.Н. Артроскопия при гонартрозе в XXI веке: систематический обзор актуальных исследований высокого уровня доказательности и рекомендаций профессиональных сообществ. *Травматология и ортопедия России*. 2020;26(4):150-162. doi: 10.21823/2311-2905-2020-26-4-150-162.

Cite as: Saraev A.V., Kulyaba T.A., Rasulov M.Sh., Kornilov N.N. [Arthroscopy for Knee Osteoarthritis in the XXI Century: a Systematic Review of Current High Quality Researches and Guidelines of Professional Societies]. *Travmatologiya i ortopediya Rossii* [Traumatology and Orthopedics of Russia]. 2020;26(4):150-162. (In Russian). doi: 10.21823/2311-2905-2020-26-4-150-162.

✉ Сараев Александр Викторович / Alexander V. Saraev; e-mail: saraeff@mail.ru

Рукопись поступила/Received: 15.09.2020. Принята в печать/Accepted for publication: 26.10.2020.



Arthroscopy for Knee Osteoarthritis in the XXI Century: a Systematic Review of Current High Quality Researches and Guidelines of Professional Societies

Alexander V. Saraev¹, Taras A. Kulyaba¹, Magomed Sh. Rasulov¹, Nikolai N. Kornilov^{1,2}

¹ Vreden National Medical Research Center of Traumatology and Orthopedics, St. Petersburg, Russian Federation

² Mechnikov North-Western State Medical University, St. Petersburg, Russia

Abstract

Background. Current evidence based research data lead to reassessment of traditional approaches for treatment of patients with bone and joint disorders especially knee osteoarthritis (OA). **The purpose of the study** was to review randomized clinical trials (RCT) and meta-analyses of RCT as well as recent guidelines of professional societies for application of arthroscopic lavage, debridement and meniscectomy in knee OA. **Materials and Methods.** Databases PubMed, e-LIBRARY, EMBASE (Ovid), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) were searched for the period from 2000 till 2019. From 138 heats irrelevant and poor quality studies were excluded. In total there were 1614 patients aged 48,9–62,8 in RCT and 20770 patients aged 42–62,4 in meta-analyses of RCT. **Results.** Both arthroscopic lavage and debridement do not lead to significant pain relief as well as functional improvement in long term therefore are not recommended. Non-surgical treatment should be the first line strategy in patients with early and moderate knee OA even with degenerative meniscal tears irrespective of mechanical symptoms like painful locking, catching or sudden giving way. Arthroscopy might be performed only if complex non-surgical treatment including non-steroidal anti-inflammatory drugs, structured exercises program and intra-articular injections failed after 3 months in patients without 'bone on bone' cartilage erosions and frontal malalignment or if the knee is mechanically locked due to bucked handle type meniscus tear or loose body. **Conclusion.** Evidence based medicine approach let us to conclude that arthroscopy in knee OA is non-efficient and rarely indicated therefore if proper non-surgical treatment is failed around the knee osteotomies and partial or total arthroplasty should be considered.

Keywords: degenerative knee disease, osteoarthritis of the knee, arthroscopic surgery, lavage, meniscectomy.

Funding: state budgetary funding.

Введение

К нозологической единице «гонартроз» (ГА) (деформирующий артроз, остеоартрит, остеоартроз) большинство авторов относят комплекс дегенеративно-дистрофических, а порой и воспалительных изменений в тканях, образующих коленный сустав (хрящ, мениски, субхондральный и метафизарный слои кости, синовиальная оболочка, связки, фиброзная капсула), а также во внесуставных образованиях, неотрывно связанных с функцией коленного сустава, к которым относятся сухожилия и мышцы, располагающиеся вблизи него (M17 по МКБ-10) [1]. Клинически заболевание проявляется ассоциированной с механической нагрузкой болью либо дискомфортом разной степени интенсивности, увеличением сустава в объеме, деформацией и прогрессирующим нарушением функции как самого коленного сустава, так и нижней конечности в целом [2]. Дегенеративные заболевания коленного сустава у пациентов старших возрастных групп выявляются с частотой около 25%: от 19% (95% доверительный интервал [ДИ], 15–24) среди женщин

в возрасте от 50 до 59 лет до 56% (95% ДИ; 46–66) среди мужчин в возрасте от 70 до 90 лет) [3].

В силу сложности и многообразия молекулярных механизмов, ответственных за развитие и прогрессирование ГА, до настоящего времени отсутствуют эффективные фармакологические средства, способные предотвратить либо замедлить его развитие. При раннем ГА наиболее действенной долгосрочной стратегией контроля за его прогрессированием является немедикаментозная, включающая снижение веса тела на 12–15% от исходного в сочетании с ходьбой, которая поддерживает все мышцы в оптимальном функциональном состоянии, обеспечивая активную подвижность нижней конечности. Краткосрочный анальгетический эффект обычно достигается за счет системного и местного применения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и локальной инъекционной терапии (кортикостероиды, гиалуронаты и т. п.). При умеренном и выраженном ГА эффективность вышеупомянутых лечебных мероприятий снижается, в связи с чем возникает

необходимость применения хирургического лечения, среди методов которого на сегодняшний день наибольшее распространение получили тотальная и частичная артропластика коленного сустава (эндопротезирование), корригирующие околосуставные остеотомии и артроскопия коленного сустава. Анализ целесообразности эндоскопических вмешательств у больных ГА с позиций доказательной медицины и посвящен данный обзор.

Первыми, кто обнаружил и описал улучшение самочувствия от промывания (лаважа) дегенеративно измененного коленного сустава, были в 1921 г. E. Bircher и в 1934 г. M.S. Burman с соавторами [4, 5]. Достижимый клинический эффект отечественные и зарубежные авторы связывали с элиминацией из полости сустава свободных фрагментов хряща, протеолитических ферментов и провоспалительных цитокинов [6, 7]. Рациональный дебридмент, заключающийся в удалении нестабильных фрагментов хряща, дегенеративно-измененных участков менисков, остеофитов, вызывающих импиджмент, гипертрофированных отделов синовиальной оболочки и свободных внутрисуставных тел, дополнял, по мнению приверженцев такого подхода, эффект, достигаемый промыванием сустава [8, 9]. Ряд исследователей при наличии полнослойных дефектов хряща рекомендовали сочетать вышеупомянутые манипуляции с различными способами мезенхимальной стимуляции для формирования «суперсгустка», способного заместить изношенный хрящ вновь образованной тканью, наибольшую популярность из которых приобрели создание микропереломов субхондральной кости («микрофрактуринг») и абразивная хондропластика [10].

Понимание важности применения принципов доказательной медицины при проведении научных исследований в хирургии на рубеже прошлого и нынешнего столетий привело к проведению ряда рандомизированных плацебо-контролируемых клинических исследований (РКИ) эффективности лаважа и дебридмента у больных гонартрозом [7, 11, 12]. Несмотря на имеющиеся ограничения данных работ, полученные результаты свидетельствовали о преимущественном преобладании плацебо-эффекта. Результаты подобных исследований высокого уровня доказательности незамедлительно нашли отражение в рекомендациях по лечению больных ГА, издаваемых профессиональными ортопедическими сообществами и ассоциациями. В качестве примера уместно процитировать самую влиятельную в общемировом масштабе Американскую академию ортопедических хирургов (AAOS): «Не рекомендуется проведение артроскопического лаважа и/или дебридмента в связи с неэффективностью и сопутствующим риском хирургических осложне-

ний». Эксперты присвоили данной рекомендации (№ 12) наиболее высокую степень доказательности: это означает маловероятность того, что последующие исследования смогут ее опровергнуть или изменить [13].

Несмотря на единство подобных рекомендаций в Северной Америке и Европе, артроскопия коленного сустава при гонартрозе по сегодняшний день является наиболее распространенной ортопедической процедурой, достигая двух миллионов вмешательств в год [14, 15, 16, 17]. Только в США артроскопии при дегенеративных заболеваниях коленного сустава обходятся системе здравоохранения более чем в \$3 млрд в год [18]. Интересен тот факт, что в большинстве случаев целесообразность артроскопии обосновывается наличием дегенеративного повреждения мениска/менисков, с которым клиницисты разных специальностей ассоциируют ответственность за персистенцию клинических симптомов заболевания.

Цель работы — основываясь на научных работах высокого уровня доказательности (рандомизированные клинические исследования (РКИ) и метаанализы РКИ), а также базирующихся на них актуальных рекомендациях профессиональных сообществ, оценить целесообразность применения артроскопического лаважа, дебридмента и менискэктомии у больных гонартрозом.

Материал и методы

Нами был проведен поиск англо- и русскоязычных публикаций в электронных базах данных PubMed, e-LIBRARY, EMBASE (Ovid), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) за период с 2000 по 2019 г. по ключевым словам: *артроскопия, гонартроз, остеоартрит, остеоартроз, коленный сустав, дебридмент, лаваж, менискэктомия*. Из 148 публикаций (с полным текстом), согласно критериям включения (исключены сообщения, где было менее 10 пациентов, а также с нерелевантными пациентами, дизайном, вмешательствами, наблюдениями) было отобрано 12 РКИ (сравнение хирургического и консервативного лечения), 12 обзорных статей и 3 РКИ (анализ осложнений артроскопии), 2 метаанализа, базирующихся на анализе РКИ, два мультидисциплинарных консенсуса и 8 рекомендаций профессиональных медицинских сообществ (ESSKA — European Society of Sports Traumatology, Knee Surgery and Arthroscopy; AAOS — American Academy of Orthopaedic Surgeons; BOA — British Orthopaedic Association; AOA — Australian Orthopaedic Association; OARSI — Osteoarthritis Research Society International; NICE — National Institute of Health and Care Excellence, BASK — British Association for Surgery of the Knee, AAC — Arthroscopy Association of Canada) (рис.).



Рис. Процесс отбора публикаций по заданным критериям

Fig. Study selection process

Следует подчеркнуть, что единственным релевантным отечественным литературным источником по рассматриваемой проблеме оказались клинические рекомендации по лечению гонартроза 2013 г. [19].

Суммарно проанализированные РКИ включают 1614 пациентов со средним возрастом 54,8 лет (48,9–62,8 лет) (женщин в среднем 49,2% (5,0–81,7%)), а обзорные статьи и метаанализы — 20770 больных в возрасте от 42 до 62,4 лет (женщины составили от 39% до 64,6%).

Результаты

Учитывая то, что подавляющее большинство РКИ и рекомендаций профессиональных сообществ дифференцируют артроскопический лаваж и дебридмент от частичной резекции дегенеративно-измененных участков мениска, результаты использования этих двух вариантов эндоскопического пособия будут рассмотрены отдельно.

Артроскопический лаваж и дебридмент

Большинство профессиональных ассоциаций сходятся во мнении, что артроскопический лаваж и дебридмент противопоказан пациентам с четкими рентгенологическими признаками ГА (табл. 1).

В отношении рентгенологически неподтвержденного ГА и при наличии так называемых ме-

ханических симптомов (внезапные эпизоды неустойчивости в коленном суставе при ходьбе, сопровождающиеся щелчками, хрустом и острой болью, локализованной в проекции суставной линии; кратковременные самопроизвольно устраняющиеся блокады) рекомендации неоднозначны и расходятся в диапазоне от явного утверждения, что артроскопия «не показана», до того, что «показана». OARSI и AOA при этом воздерживаются от дополнительных комментариев для пациентов данной подгруппы.

В отечественных рекомендациях по лечению ГА от 2013 г. указано, что артроскопия коленного сустава, пораженного дегенеративно-дистрофическим процессом, может быть использована для подтверждения диагноза и уточнения тактики дальнейшего лечения при невозможности использования неинвазивных альтернатив, например, МРТ. Артроскопия показана у больных с I–II стадиями заболевания по классификации Н.С. Косинской с умеренно выраженным ограничением функции коленного сустава, при продолжительности болевого синдрома более 6 мес. и неэффективности комплексной консервативной терапии, нормальной оси нижней конечности или ее нарушении менее 5° и наличии жалоб и симптомов, свидетельствующих о сопутствующем повреждении менисков или наличии свободных внутрисуставных тел [19].

Таблица 1

Рекомендации профессиональных сообществ

Организация	Лаваж или дебридмент		
	Rg подтвержденный ГА	Rg неподтвержденный ГА	Механические симптомы
AAOS [13]	Против	Возможно	Возможно
ESSKA [20]	Против	За	За
BOA [21]	Против	За	За
AOA [22]	Против	Без комментариев	Без комментариев
OARSI [23]	Против	Без комментариев	Без комментариев
NICE [24]	Против	Против	За

За — явное утверждение, что артроскопия показана этим пациентам.

Против — явное утверждение, что артроскопия не показана этим пациентам.

Возможно — артроскопия рекомендована по отдельным показаниям.

Следует отметить, что хотя в большинстве стран после выхода вышеупомянутых рекомендаций за 10–15 лет произошло постепенное сокращение частоты использования артроскопического лаваж у больных ГА, тем не менее специалисты полностью не отказались от данного вмешательства [25].

Из 148 публикаций нами были отобраны 12 наиболее качественных РКИ, сравнивающих артроскопические вмешательства у пациентов с ГА, страдающих от персистирующего болевого

синдрома и сниженного качества жизни, как с хирургическими способами и методами лечения (немедикаментозными и фармакологическими, включая инъекционную терапию), так и с плацебо-операциями (разрез кожи без внутрисуставных манипуляций). Были исключены исследования с недостаточным количеством наблюдений, а также те, в которых участвовали пациенты с острой травмой. Характеристика количества пациентов и шкал оценки боли и функции сустава в изученных публикациях отражены в таблице 2.

Таблица 2

Характеристика рандомизированных клинических исследований, включенных в анализ

Исследование	Кол-во пациентов	Фактор для сравнения	Оценка боли	Оценка функции
Moseley J.B. с соавт., 2002 [26]	119	Плацебо-хирургия	SF-36 body pain	SF-36 physical function
Herrlin S. с соавторами, 2007, 2013 [27, 28]	96	Лечебная физкультура	KOOS pain	KOOS ADL
Kirkley A. с соавторами, 2008 [29]	188	Лечебная физкультура	WOMAC pain	WOMAC function
Katz J.N. с соавторами, 2013 [30]	351	Лечебная физкультура	KOOS pain	KOOS ADL
Sihvonen R. с соавторами, 2013 [31]	146	Ложная хирургия	VAS	Lysholm knee score
Vermesan D. с соавторами, 2013 [32]	114	Инъекции стероидных гормонов	Oxford knee score	Oxford knee score
Yim J.N. с соавторами, 2013 [33]	108	Лечебная физкультура	VAS	Lysholm knee score
Gauffin H. с соавторами, 2014 [34]	150	Лечебная физкультура	KOOS pain	KOOS ADL
Saeed K. с соавторами, 2015 [35]	120	Инъекции гиалуроновой кислоты	KSS	KSS
Stensrud S. с соавторами, 2015 [36]	82	Лечебная физкультура	Ordinal scale	Ordinal scale
Kise N.J. с соавторами, 2016 [37]	140	Лечебная физкультура	KOOS pain	KOOS ADL

ADL — Activities of Daily Living; KOOS — Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score; KSS — American Knee Society Score; SF-36 — 36-Item Short-Form Survey; VAS — Visual Analogue Scale; WOMAC — Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index.

Анализ исследований выявил высокую достоверность доказательства того, что артроскопия коленного сустава приводит к очень небольшому уменьшению боли на срок до 3 мес. (средняя разница = 5,4 по 100-балльной шкале; 95% ДИ 2,0–8,8) и очень малому или отсутствующему уменьшению боли в период до 2 лет (средняя разница = 3,1; 95% ДИ 0,2–6,4) в сравнении с консервативным лечением.

В отношении функции сустава установлены умеренные доказательства того, что артроскопия коленного сустава приводит к небольшому улучшению в краткосрочной перспективе (средняя разница = 4,9 по 100-балльной шкале; 95% ДИ 1,5–8,4) и очень малому улучшению функции или его отсутствию через 2 года (средняя разница = 3,2; 95% ДИ 0,5–6,8).

Как и любое хирургическое вмешательство, несмотря на малоинвазивность, артроскопия может вызывать осложнения. В литературе среди интра- и периоперационных осложнений упоминаются травматизация нервных и сосудистых образований, тромбоз, воздушная эмболия, компартмент-синдром и повреждение инструментов [38]. В послеоперационном периоде могут развиваться гемартроз, тромбоз, эмболия и хирургическая

инфекция. Среди поздних осложнений отмечают спонтанный остеонекроз мышечков бедренной и/или большеберцовой костей (болезнь Альбека, асептический некроз), артрофиброз с формированием контрактуры и комплексный регионарный болевой синдром (CRPS).

Для анализа частоты и структуры осложнений после артроскопии коленного сустава у больных гонартрозом были изучены 15 исследований (отобранных из 148 проанализированных статей), детально освещающих данную проблему, среди которых было 12 ретро- и проспективных когортных исследований [39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50], а также три РКИ [30, 31, 37] (табл. 3).

Ключевыми видами зафиксированных осложнений в рассмотренных работах были летальность, венозная тромбоэмболия (ВТЭ), хирургическая инфекция и повреждения нервов. Для оценки количества ВТЭ учитывались исследования, сообщающие только о легочной эмболии или тромбозе глубоких вен, а также их совокупности.

Установлено, что развитие летального исхода и повреждения нервов в результате артроскопии относятся к крайне низким рискам, развитие инфекции к очень низким, а ВТЭ — к низким (табл. 4).

Таблица 3

Характеристика исследований, включенных в систематический обзор осложнений

Публикация	Вид исследования	Кол-во пациентов
Wai E.K. с соавторами, 2002 [39]	Ретроспективное когортное	14391
Hoppener M.R. с соавторами, 2006 [40]	Ретроспективное когортное	335
Yacub J.N. с соавторами, 2009 [41]	Ретроспективное когортное	12426
Jameson S.S. с соавторами, 2011 [42]	Ретроспективное когортное	261446
Hetsroni I. с соавторами, 2011 [43]	Ретроспективное когортное	418323
Maletis G.B. с соавторами, 2012 [44]	Ретроспективное когортное	20770
Name S.L. с соавторами, 2012 [45]	Ретроспективное когортное	314578
Yeranosian M.G. с соавторами, 2013 [46]	Ретроспективное когортное	432038
Bohensky M.A. с соавторами, 2014 [47]	Ретроспективное когортное	139031
Basques B.A. с соавторами, 2015 [48]	Ретроспективное когортное	17774
Krych A.J. с соавторами, 2015 [49]	Ретроспективное когортное	12595
Cancienne J.M. с соавторами, 2016 [50]	Проспективное когортное	173216
Katz J.N. с соавторами, 2013 [30]	Рандомизированное клиническое	174
Sihvonen R. с соавторами, 2013 [31]	Рандомизированное клиническое	70
Kise N.J. с соавторами, 2016 [37]	Рандомизированное клиническое	70

Таблица 4

Результаты исследования осложнений артроскопии коленного сустава у пациентов с гонартрозом в сравнении с консервативным лечением (наблюдение в течение 3 мес.)

Виды осложнений	Кол-во исследований (число пациентов в исследовании)	Артроскопия	Консервативное лечение
Летальность	7 (454086 пациентов)	<1 на 1000	0 на 1000
Повреждение нервов	1 (12426 пациентов)	<1 на 1000	0 на 1000
Инфекция	5 (603838 пациентов)	2 на 1000	0 на 1000
Венозная тромбоземболия	11 (119920 пациентов)	5 на 1000	0 на 1000

Среди ограничений следует отметить ретроспективный характер сбора данных в большинстве проанализированных работ: сведения в регистрах изначально собирались не для целей данных научных изысканий. В целом, публикации, сообщающие о смертности, ВТЭ и инфекции, показали противоречивые результаты как с клинической, так и статистической точек зрения, что снижает достоверность общей оценки. Исследование, сообщающее о повреждении нерва, было единственным, и поэтому его результаты следует трактовать с осторожностью [41].

Поздние осложнения в виде остеонекроза, артрофиброза и комплексного регионарного болевого синдрома (CRPS) в проанализированных сообщениях не зафиксированы.

О необходимости учитывать риск перипротезной инфекции у пациентов, которым после артроскопии может потребоваться замена коленного сустава, обсуждалось на международной согласительной конференции по перипротезной инфекции [51]. Участники пришли к соглашению, что наличие хирургических вмешательств на суставе в анамнезе (в том числе артроскопии) у пациентов, которым требуется артропластика коленного сустава, повышает риск развития воспалительных осложнений после ее выполнения.

Тем не менее даже при благоприятном течении послеоперационного периода для восстановления после артроскопии требуется от 2 до 6 нед., в течение которых сохраняется боль, отек и ограничение функции сустава [52]. Большинство пациентов не могут полноценно нагружать нижнюю конечность в первую неделю после операции, что требует применения дополнительной опоры; кроме этого, вождение автотранспорта и уровень физической активности в период восстановления также значимо ограничены [53].

Артроскопическая менискэктомия

В таблице 5 представлены руководящие принципы медицинских ассоциаций (ESSKA, AAOS, OARSI, NICE, AAC) и рекомендации профессиональных ортопедических сообществ (BOA, AOA, BASK) в отношении артроскопической менискэктомии у пациентов с рентгенологическими признаками гонартроза и без них, из которых следует, что однозначного мнения по данной проблеме на сегодняшний день нет.

Противоречивость рекомендаций может быть объяснена тем, что в большинстве анализируемых РКИ и метаанализов РКИ критерии включения варьировали весьма широко, в результате чего формировалась гетерогенная выборка пациентов с высокой частотой перехода из группы неоперативного лечения в хирургическую, либо зачастую вообще без какого-либо предшествующего консервативного лечения [54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61].

Отдельно следует выделить наиболее актуальные рекомендации по лечению пациентов с повреждениями менисков, основывающиеся на принципах доказательной медицины и сформулированные Ассоциацией хирургии коленного сустава Великобритании путем методологии консенсуса.

Первоначально была определена единая терминология относительно определения, диагностики и классификации повреждений менисков, после чего сформулированы 45 клинических сценариев, которые в дальнейшем обобщены в пять клинических групп с возможными рекомендациями по лечению. Окончательные рекомендации стратифицируют пациентов в зависимости от характера клинических симптомов и их продолжительности, анамнеза заболевания, данных клинического, рентгенологического и МРТ обследований, а также эффективности предшествующего лечения.

Рекомендации профессиональных сообществ

Организации	Артроскопическая резекция дегенеративного повреждения мениска	
	Rg доказанный ОА	Rg/MPT недоказанный ОА
AAOS [13]	Возможно	Возможно
ESSKA [19]	Против	За
BOA [20]	Без комментариев	За
AOA [21]	Против	За
OARSI [22]	Возможно	Без комментариев
NICE [23]	Без комментариев	Без комментариев
AAC [60]	Возможно	Возможно
BASK [61]	Против	Возможно (при неэффективности консервативного лечения в течение как минимум 12 нед.)

За — явное утверждение, что артроскопия показана этим пациентам.

Против — явное утверждение, что артроскопия не показана этим пациентам.

Возможно — возможная поддержка артроскопии в определенных условиях.

Применительно к теме данного исследования артроскопическое вмешательство на мениске признано неуместным у всех пациентов с выраженным гонартрозом или артрозом, который проявляется лишь типичными симптомами и клиническими признаками. У больных с ранним / умеренно выраженным гонартрозом после первичного обращения рекомендуется консервативная терапия в течение первых 3 мес. (НПВП, ЛФК, внутрисуставные инъекции), лишь при неэффективности которой и персистенции симптомов, а также явных клинических и МРТ признаков повреждения мениска определяются показания к его артроскопической резекции. Проведение артроскопии без предшествующего консервативного лечения рекомендуется только при развитии обусловленной повреждением мениска блокады сустава, которая не устраняется неоперативно [62].

Также к отличиям рекомендаций BASK от упомянутых в таблице 5 прочих следует отнести признание специалистами в области хирургии коленного сустава Великобритании, подавляющее большинство которых (97%) согласились придерживаться их в своей повседневной практике.

Осложнения после артроскопической резекции дегенеративных разрывов менисков встречаются в 0,27–2,80% случаев [19]. Структура осложнений принципиально не отличается от описанных выше, тем не менее следует принимать во внимание следующие факторы:

- если резекция достигает капсулярного прикрепления мениска, риск прогрессирования гонартроза выше, чем при частичной менискэктомии;

- с неудачными исходами прямо ассоциированы полнослойные дефекты хряща и наличие зон повреждения субхондральной кости на МРТ;
- в случае экструзии мениска к периферии возрастает риск развития остеонекроза.

Обсуждение

Первым заключением данного исследования можно считать единство мнений профессиональных сообществ, экспертных групп и результатов научных исследований высокой степени доказательности: артроскопический лаваж и дебридмент у больных гонартрозом не приводит к снижению боли и улучшению функции в долгосрочной перспективе. На протяжении периода наблюдения большинство пациентов в группах сравнения испытывают клинически значимые уменьшение боли и улучшение функции и без артроскопии [63]. Менее чем у 15% больных наблюдается слабое или умеренно выраженное превосходство в отношении купирования боли или улучшение функционального состояния на протяжении 3 мес. после артроскопической санации, которые, однако, не сохраняются в течение года.

В качестве второго заключения следует отметить консенсус в отношении метода выбора первой ступени лечения пациентов с дегенеративными повреждениями менисков: предпочтение следует отдавать консервативному подходу вне зависимости от наличия «механических» симптомов (кратковременные блокады, устраняющиеся самопроизвольно; эпизоды острой миолетной нестабильности; болезненные щелчки и т.п.). Терапия должна сочетать короткий курс НПВП или анальгетиков (до 2 нед.) со структури-

рованной реабилитационной программой (в течение 8–16 нед.), включающей нейромышечную тренировку для улучшения контроля положения туловища и нижних конечностей относительно друг друга, коррекцию измененных двигательных паттернов, динамическое укрепление силы, выносливости и эластичности мышц нижней конечности [33, 36]. В отдельных случаях могут применяться внутрисуставные инъекции кортикостероидов [32].

Артроскопическая менискэктомия показана только при неэффективности консервативного лечения у пациентов с ранним и умеренно выраженным гонартрозом. Необходимость резекции мениска после неоперативного лечения вследствие его неэффективности варьирует в диапазоне от 17 до 30%. У пациентов с выраженными морфологическими признаками гонартроза, выявленными при рентгенографии или МРТ, а также при наличии только симптомов гонартроза артроскопическая резекция мениска не рекомендована. Артроскопическая резекция мениска показана в качестве метода выбора лечения первой ступени только при наличии неустранимой блокады сустава, которая напрямую обусловлена данным повреждением [64].

Дегенеративные повреждения менисков характерны для пациентов возрастной группы старше 35 лет, а у больных гонартрозом их частота достигает 75–95%. Они не ассоциированы с острой и типичной по механизму травмой, а могут провоцироваться минимальным по силе воздействием или повторяющейся хронической перегрузкой коленного сустава в следствие фронтальной деформации конечности, ожирения, профессиональных статических нагрузочных и т.п. [65]. Патогенез дегенеративных повреждений более сложен и менее изучен, чем травматических разрывов: они происходят на фоне прогрессирующей мукоидной дегенерации и ослабления прочности ткани на микроуровне, обусловленными старением или гонартрозом [66]. Типичная локализация — это задний рог или тело медиального мениска, а по конфигурации чаще встречаются горизонтальное расслоение, лоскутный/косой разрыв с горизонтальным компонентом и сложные многоплоскостные разрывы.

С повышением возраста частота дегенеративных повреждений менисков прогрессивно возрастает, причем у большинства случайно обследованных (около 60%) какие-либо клинические симптомы отсутствуют [3]. Более чем у 60% пациентов возрастной группы около 40 лет, госпитализируемых для артроскопической резекции мениска, в контралатеральном бессимптомном суставе наблюдаются признаки аналогичного дегенеративного повреждения [67].

Является ли боль клиническим проявлением дегенеративного повреждения мениска как следствие механической нестабильности поврежденных фрагментов? Скорее всего, нет, так как в аваскулярной зоне мениска нервные окончания отсутствуют, а пенетрация сосудов от паракапсулярной зоны у взрослых составляет лишь порядка 10–30% в медиальном и 10–25% в латеральном менисках [68]. Горизонтальное расслоение мениска довольно стабильно, чтобы вызывать подобные симптомы [69]. Боль возникает вследствие дисфункции поврежденного мениска, то есть снижения его демпфирующих свойств, в результате чего увеличивается механическая нагрузка на хрящ и подлежащую субхондральную кость. Возникающие зоны повреждения субхондральной кости (bone marrow lesions), хорошо визуализирующиеся на МРТ, прямо ассоциированы с интенсивностью и динамикой болевого синдрома, а также степенью экструзии мениска к периферии, которая, в свою очередь, также напрямую коррелирует с прогрессированием гонартроза [70]. По данным С. Scher с соавторами, появление зон повреждения субхондральной кости почти в 9 раз повышает риск эндопротезирования в ближайшей перспективе [71]. Локальный синовит и параменисковая киста также могут быть источниками боли [72].

При раннем, а нередко и умеренно выраженном гонартрозе, выраженность симптомов может колебаться в широких пределах: периоды обострений самопроизвольно сменяются спонтанными ремиссиями, зачастую и без какого-либо лечения [2].

Отказ от неэффективных методов лечения больных гонартрозом не только экономит средства системы здравоохранения, позволяя избежать неоправданных затрат, но и элиминирует потенциальные осложнения, отдельные из которых, в частности остеонекроз, крайне неблагоприятно отражаются на течении заболевания, ускоряя необходимость эндопротезирования сустава. Вместе с тем полностью артроскопия из арсенала хирургических методов лечения больных гонартрозом не должна исключаться, так как в отдельных клинических ситуациях она может оказаться полезной, например, при блокаде сустава, обусловленной повреждением мениска.

Заключение

Научные исследования высокого уровня доказательности (РКИ и метаанализы РКИ), а также основывающиеся на них актуальные рекомендации международных профессиональных сообществ не рекомендуют выполнять артроскопический лаваж и дебридмент у больных гонартрозом в связи с неэффективностью.

При наличии у пациента дегенеративного повреждения мениска вне зависимости от наличия «механических» симптомов в качестве терапии первой степени следует придерживаться неоперативного лечения, включающего короткий курс НПВП и реабилитационную программу, направленную на улучшение функционального состояния мышц нижней конечности и туловища, продолжительностью не менее 12–16 нед. Артроскопическая менискэктомия показана при неэффективности неоперативного подхода и только у пациентов с ранним и умеренным гонартрозом. При наличии выраженных рентгенографических или МРТ признаков дегенеративного процесса («кость на кости» и т.п.), а также лишь обычных симптомов гонартроза артроскопическая резекция мениска не рекомендована.

Таким образом, основываясь на принципах доказательной медицины следует заключить, что артроскопия у больных гонартрозом малоэффективна и имеет весьма ограниченные показания, поэтому при неудаче консервативного лечения предпочтение следует отдавать таким методам хирургического лечения, как околосоуставные остеотомии и частичное или тотальное эндопротезирование коленного сустава.

Литература [References]

- Madry H., Kon E., Condello V., Peretti G.M., Steinwachs M., Seil R. et al. Early osteoarthritis of the knee. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2016;24(6):1753-1762. doi: 10.1007/s00167-016-4068-3.
- Guillemin F., Ricatte C., Barcenilla-Wong A., Schoumacker A., Cross M., Alleyrat C. et al. Developing a Preliminary Definition and Domains of Flare in Knee and Hip Osteoarthritis (OA): Consensus Building of the Flare-in-OA OMERACT Group. *J Rheumatol.* 2019;46(9):1188-1191. doi: 10.3899/jrheum.181085.
- Englund M., Guermazi A., Gale D., Hunter D.J., Aliabadi P., Clancy M. et al. Incidental meniscal findings on knee MRI in middle-aged and elderly persons. *N Engl J Med.* 2008;359(11):1108-1115. doi: 10.1056/NEJMoa0800777.
- Kieser C.W., Jackson R.W. Eugen Bircher (1882-1956) the first knee surgeon to use diagnostic arthroscopy. *Arthroscopy.* 2003;19(7):771-776. doi: 10.1016/s0749-8063(03)00693-5.
- Burman M.S. Subcutaneous Rupture of the Tendon of the Tibialis Anticus. *Ann Surg.* 1934;100(2):368-372. doi: 10.1097/0000658-193408000-00013.
- Миронова З.С. Фалех Ф.Ю. Артроскопия и артрография коленного сустава. М.: Медицина, 1982. 112 с. Mironova Z.S. Faleh F.U. Arthroscopy and arthrography of the knee joint. М.: Medicine, 1982. 112 p. (In Russian).
- Kalunian K.C., Moreland L.W., Klashman D.J., Brion P.H., Concoff A.L., Myers S. et al. Visually-guided irrigation in patients with early knee osteoarthritis: a multicenter randomized, controlled trial. *Osteoarthritis Cartilage.* 2000;8(6):412-418. doi: 10.1053/joca.1999.0316.
- Gross D.E., Brenner S.L., Esformes I., Gross M.L. Arthroscopic treatment of degenerative joint disease of the knee. *Orthopedics.* 1991;14(12):1317-1321.
- Baumgaertner M.R., Cannon W.D. Jr, Vittori J.M., Schmidt E.S., Maurer R.C. Arthroscopic debridement of the arthritic knee. *Clin Orthop Relat Res.* 1990;(253):197-202.
- Yen Y.M., Cascio B., O'Brien L., Stalzer S., Millett P.J., Steadman J.R. Treatment of osteoarthritis of the knee with microfracture and rehabilitation. *Med Sci Sports Exerc.* 2008;40(2):200-205. doi: 10.1249/mss.0b013e31815cb212.
- Kirkley A., Birmingham T.B., Litchfield R.B., Giffin J.R., Willits K.R., Wong C.J. et al. A randomized trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med.* 2008;359(11):1097-1107. doi: 10.1056/NEJMoa0708333.
- Moseley J.B., O'Malley K., Petersen N.J., Menke T.J., Brody B.A., Kuykendall D.H. et al. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med.* 2002;347(2):81-88. doi: 10.1056/NEJMoa013259.
- Jevsevar D.S. Treatment of osteoarthritis of the knee: evidence-based guideline, 2nd edition. *J Am Acad Orthop Surg.* 2013;21(9):571-576. doi: 10.5435/JAAOS-21-09-571.
- Cullen K.A., Hall M.J., Golosinskiy A. Ambulatory surgery in the United States, 2006. *Natl Health Stat Report.* 2009;(11):1-25.
- Hamilton D.F., Howie C.R. Knee arthroscopy: influence of systems for delivering healthcare on procedure rates. *BMJ.* 2015;351:h4720. doi: 10.1136/bmj.h4720.
- Adelani M.A., Harris A.H., Bowe T.R., Giori N.J. Arthroscopy for knee osteoarthritis has not decreased after a clinical trial. *Clin Orthop Relat Res.* 2016;474(2):489-494. doi: 10.1007/s11999-015-4514-4.
- Bohensky M.A., Sundararajan V., Andrianopoulos N., de Steiger R.N., Bucknill A., Kondogiannis C.M. et al. Trends in elective knee arthroscopies in a population-based cohort, 2000-2009. *Med J Aust.* 2012;197:399-403. doi: 10.5694/mja11.11645.
- Järvinen T.L., Guyatt G.H. Arthroscopic surgery for knee pain. *BMJ.* 2016;354:i3934. doi: 10.1136/bmj.i3934.
- Гонартроз и сходные с ним клинические состояния: клинические рекомендации. Сост. Н.Н. Корнилов. Санкт-Петербург, 2013. Режим доступа: <https://mzur.ru/upload/Гонартроз.pdf>
- Gonarthrosis and similar clinical conditions (clinical recommendations) Kornilov N.N. Saint Petersburg, 2013. (In Russian). Available from: <https://mzur.ru/upload/Гонартроз.pdf>
- Beaufils P., Becker R., Kopf S., Englund M., Verdonk R., Ollivier M., Seil R. Surgical management of degenerative meniscus lesions: the 2016 ESSKA meniscus consensus. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2017 Feb;25(2):335-346. doi: 10.1007/s00167-016-4407-4.
- British Orthopaedic Association, British Association for Surgery of the Knee. BOA/BASK response to media reports regarding knee arthroscopy. *BMJ.* 2015;350:h2747. Available from: www.bmj.com/content/350/bmj.h2747.
- Position Statement From the Australian Knee Society on Arthroscopic Surgery of the Knee, Including Reference to the Presence of Osteoarthritis or Degenerative Joint Disease: Updated October 2016. *Orthop J Sports Med.* 2017;5(9):2325967117728677. doi: 10.1177/2325967117728677.
- Zhang W., Moskowitz R.W., Nuki G., Abramson S., Altman R.D., Arden N., et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus

- guidelines. *Osteoarthritis Cartilage*. 2008;16:137-162. doi: 10.1016/j.joca.2007.12.013
24. National Institute for Health and Clinical Extndence. Arthroscopic knee washout, with or without debridement, for the treatment of osteoarthritis (Interventional procedures guidance IPG230). 2007. Режим доступа: <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg230>.
 25. Abram S.G.F., Judge A., Beard D.J., Wilson H.A., Price A.J. Temporal trends and regional variation in the rate of arthroscopic knee surgery in England: analysis of over 1.7 million procedures between 1997 and 2017. Has practice changed in response to new evidence? *Br J Sports Med*. 2019;53(24):1533-1538. doi: 10.1136/bjsports-2018-099414.
 26. Moseley J.B., O'Malley K., Petersen N.J., Menke T.J., Brody B.A., Kuykendall D.H. et al. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med*. 2002;347:81-88. doi: 10.1056/NEJMoa013259.
 27. Herrlin S., Hållander M., Wange P., Weidenhielm L., Werner S. Arthroscopic or conservative treatment of degenerative medial meniscal tears: a prospective randomised trial. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2007;15(4):393-401. doi: 10.1007/s00167-006-0243-2.
 28. Herrlin S.V., Wange P.O., Lapidus G., Hållander M., Werner S., Weidenhielm L. Is arthroscopic surgery beneficial in treating non-traumatic, degenerative medial meniscal tears? A five year follow-up. *Knee Surg. Sports Traumatol Arthrosc*. 2013;21:358-364. doi: 10.1007/s00167-012-1960-3.
 29. Kirkley A., Birmingham T.B., Litchfield R.B., Giffin J.R., Willits K.R., Wong C.J. et al. A randomized trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med*. 2008;359(11):1097-1107. doi: 10.1056/NEJMoa0708333.
 30. Katz J.N., Brophy R.H., Chaisson C.E., de Chaves L., Cole B.J., Dahm D.L. et al. Surgery versus physical therapy for a meniscal tear and osteoarthritis. *N Engl J Med*. 2013;368(18):1675-1684. doi: 10.1056/NEJMoa1301408.
 31. Sihvonen R., Paavola M., Malmivaara A., Itälä A., Joukainen A., Nurmi H. et al. Arthroscopic partial meniscectomy versus sham surgery for a degenerative meniscal tear. *N Engl J Med*. 2013;369:2515-2524. doi: 10.1056/NEJMoa1305189.
 32. Vermesan D., Prejbeanu R., Laitin S., Damian G., Deleanu B., Abbinante A. et al. Arthroscopic debridement compared to intra-articular steroids in treating degenerative medial meniscal tears. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2013;17:3192-3196.
 33. Yim J.H., Seon J.K., Song E.K., Choi J.I., Kim M.C., Lee K.B. et al. A comparative study of meniscectomy and nonoperative treatment for degenerative horizontal tears of the medial meniscus. *Am J Sports Med*. 2013;41(7):1565-1570. doi: 10.1177/0363546513488518.
 34. Gauffin H., Tagesson S., Meunier A., Magnusson H., Kvist J. et al. Knee arthroscopic surgery is beneficial to middle-aged patients with meniscal symptoms: a prospective, randomised, single-blinded study. *Osteoarthritis Cartilage*. 2014;22(11):1808-1816. doi: 10.1016/j.joca.2014.07.017.
 35. Saeed K., Khan S.A., Ahmed I. Efficacy of intra articular hyaluronic acid versus arthroscopic debridement in terms of improvement in pain score in Kellgran-Lawrence Grading II & III osteoarthritis of knee joint. *Pakistan J Med Health Sci*. 2015;9:1011-1015.
 36. Stensrud S., Risberg M.A., Roos E.M. Effect of exercise therapy compared with arthroscopic surgery on knee muscle strength and functional performance in middle-aged patients with degenerative meniscus tears: a 3-mo follow-up of a randomized controlled trial. *Am J Phys Med Rehabil*. 2015;94(6):460-473. doi: 10.1097/PHM.0000000000000209.
 37. Kise N.J., Risberg M.A., Stensrud S., Ranstam J., Engebretsen L., Roos E.M.. Exercise therapy versus arthroscopic partial meniscectomy for degenerative meniscal tear in middle aged patients: randomised controlled trial with two year follow-up. *BMJ*. 2016;354:i3740. doi: 10.1136/bjsports-2016-i3740rep.
 38. Mayr H.O., Stoehr A. [Complications of knee arthroscopy]. *Orthopade*. 2016;45(1):4-12. (In German). doi: 10.1007/s00132-015-3182-0.
 39. Wai E.K., Kreder H.J., Williams J.I. Arthroscopic debridement of the knee for osteoarthritis in patients fifty years of age or older: utilization and outcomes in the Province of Ontario. *J Bone Joint Surg Am*. 2002;84(1):17-22. doi: 10.2106/00004623-200201000-00003.
 40. Hoppener M.R., Ettema H.B., Henny C.P., Verheyen C.C., Büller H.R. Low incidence of deep vein thrombosis after knee arthroscopy without thromboprophylaxis: a prospective cohort study of 335 patients. *Acta Orthop*. 2006;77(5):767-771. doi: 10.1080/17453670610012962
 41. Yacub J.N., Rice J.B., Dillingham T.R. Nerve injury in patients after hip and knee arthroplasties and knee arthroscopy. *Am J Phys Med Rehabil*. 2009;88(8):635-641; quiz 642-644, 691. doi: 10.1097/PHM.0b013e3181ae0c9d.
 42. Jameson S.S., Downen D., James P., Serrano-Pedraza I., Reed M.R., Deehan D.J. The burden of arthroscopy of the knee: a contemporary analysis of data from the English NHS. *J Bone Joint Surg Br*. 2011;93(10):1327-1333. doi: 10.1302/0301-620X.93B10.27078.
 43. Hetsroni I., Lyman S., Do H., Mann G., Marx R.G.. Symptomatic pulmonary embolism after outpatient arthroscopic procedures of the knee: the incidence and risk factors in 418,323 arthroscopies. *J Bone Joint Surg Br*. 2011;93:47-51. doi: 10.1302/0301-620X.93B1.25498
 44. Maletis G.B., Inacio M.C., Reynolds S., Funahashi T.T. Incidence of symptomatic venous thromboembolism after elective knee arthroscopy. *J Bone Joint Surg Am*. 2012;94:714-720. doi: 10.2106/JBJS.J.01759.
 45. Hame S.L., Nguyen V., Ellerman J., Ngo S.S., Wang J.C., Gamradt S.C. Complications of arthroscopic meniscectomy in the older population. *Am J Sports Med*. 2012;40:1402-1405. doi: 10.1177/0363546512443043.
 46. Yeranorian M.G., Petrigliano F.A., Terrell R.D., Wang J.C., McAllister D.R. Incidence of postoperative infections requiring reoperation after arthroscopic knee surgery. *Arthroscopy*. 2013;29:1355-1361. doi: 10.1016/j.arthro.2013.05.007.
 47. Bohensky M.A., Ademi Z., deSteiger R., Liew D., Sundararajan V., Bucknill A. et al. Quantifying the excess cost and resource utilisation for patients with complications associated with elective knee arthroscopy: a retrospective cohort study. *Knee*. 2014;21(2):491-496. doi: 10.1016/j.knee.2013.11.009.
 48. Basques B.A., Gardner E.C., Varthi A.G., Fu M.C., Bohl D.D., Golinvaux N.S. et al. Risk factors for short-term adverse events and readmission after arthroscopic meniscectomy: does age matter?. *Am J Sports Med*. 2015;43(1):169-175. doi: 10.1177/0363546514551923.
 49. Krych A.J., Sousa P.L., Morgan J.A., Levy B.A., Stuart M.J., Dahm D.L. Incidence and risk factor analysis of symptomatic venous thromboembolism after knee arthroscopy. *Arthroscopy*. 2015;31(11):2112-2118. doi: 10.1016/j.arthro.2015.04.091.

50. Cancienne J.M., Gwathmey F.W., Werner B.C. Intraoperative corticosteroid injection at the time of knee arthroscopy is associated with increased postoperative infection rates in a large medicare population. *Arthroscopy*. 2016;32(1):90-95. doi: 10.1016/j.arthro.2015.09.003.
51. Материалы международной согласительной конференции по перипротезной инфекции: пер. с англ.; под ред. Р.М. Тихилова – СПб.: РНИИТО им. Р.П. Вредена, 2014. 355 с.
[Proceedings of the International Consensus Meeting on Periprosthetic Joint Infection]. Russian Edition ed. by R. Tikhilov. St. Petersburg, 2014. 355 p. (In Russian).
52. Lubowitz J.H., Ayala M., Appleby D. Return to activity after knee arthroscopy. *Arthroscopy*. 2008;24:58-61. doi: 10.1016/j.arthro.2007.07.026.
53. Pihl K., Roos E.M., Nissen N. et al. Over-optimistic patient expectations of recovery and leisure activities after arthroscopic meniscus surgery. *Acta Orthop*. 2016;87(6):615-621. doi: 10.1080/17453674.2016.1228411.
54. Katz J.N., Jones M.H. Treatment of meniscal tear: the more we learn, the less we know. *Ann Intern Med*. 2016;164:503-504. doi: 10.7326/M16-0049
55. Slomski A. Surgery no benefit to patients with meniscal tears. *JAMA*. 2016;316(12):1250. doi: 10.1001/jama.2016.12223.
56. Buchbinder R. Meniscectomy in patients with knee osteoarthritis and a meniscal tear? *N Engl J Med*. 2013;368(18):1740-1741. doi: 10.1056/NEJMe1302696.
57. Lohmander L.S., Thorlund J.B., Roos E.M. Routine knee arthroscopic surgery for the painful knee in middle-aged and old patients – time to abandon ship. *Acta Orthop*. 2016;87:2-4. doi: 10.3109/17453674.2015.1124316.
58. Gandhi R., Perruccio A.V., Kakar S., Haddad F.S. Putting the baby back in the bathwater: the interpretation of randomised trials in surgery. *Bone Joint J*. 2015;97-B(11):1456-1457. doi: 10.1302/0301-620X.97B11.36981.
59. Liebs T.R., Ziebarth K., Berger S. Randomized controlled trials for arthroscopy in degenerative knee disease: was conservative therapy appropriately tried prior to arthroscopy? *Arthroscopy*. 2018;34(5):1680-1687.e6. doi: 10.1016/j.arthro.2017.12.016.
60. Stone J.A., Salzler M.J., Parker D.A., Becker R., Harner C.D. Degenerative meniscus tears – assimilation of evidence and consensus statements across three continents: state of the art. *J ISAKOS Joint Disord Orthop Sport Med*. 2017;2(2):108-119. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/jisakos-2015-000003>.
61. Bollen S.R. Is arthroscopy of the knee completely useless? Meta-analysis – a reviewer's nightmare. *Bone Joint J*. 2015;97-B:1591-1592. doi: 10.1302/0301-620X.97B12.37456.
62. Price A.J., Haddad F.S., Beard D.J. New guidelines for the use of arthroscopic meniscal knee surgery. *Bone Joint J*. 2019;101-B(6):625-626. doi: 10.1302/0301-620X.101B6.BJJ-2019-0550.
63. Siemieniuk R.A.C., Harris I.A., Agoritsas T., Poolman R.W., Brignardello-Petersen R., Van de Velde S. et al. Arthroscopic surgery for degenerative knee arthritis and meniscal tears: a clinical practice guideline. *Br J Sports Med*. 2018;52(5):313. doi: 10.1136/bjsports-2017-j1982rep.
64. Abram S.G.F., Beard D.J., BASK Meniscal Working Group. Arthroscopic meniscal surgery: a national society treatment guideline and consensus statement. *Bone Joint J*. 2019;101-B(6):652-659. doi: 10.1302/0301-620X.101B6.BJJ-2019-0126.R1.
65. Kumm J., Roemer F.W., Guermazi A., Turkiewicz A., Englund M. Natural History of Intrameniscal Signal Intensity on Knee MR Images: Six Years of Data from the Osteoarthritis Initiative. *Radiology*. 2016;278(1):164-171. doi: 10.1148/radiol.2015142905.
66. Sun Y., Mauerhan D.R., Kneisl J.S., James Norton H., Zinchenko N. et al. Histological examination of collagen and proteoglycan changes in osteoarthritic menisci. *Open Rheumatol J*. 2012;6:24-32. doi: 10.2174/1874312901206010024.
67. Zanetti M., Pfirrmann C.W., Schmid M.R., Romero J., Seifert B., Hodler J. Patients with suspected meniscal tears: prevalence of abnormalities seen on MRI of 100 symptomatic and 100 contralateral asymptomatic knees. *AJR Am J Roentgenol*. 2003;181(3):635-641. doi: 10.2214/ajr.181.3.1810635.
68. Brian D., Mackenzie W.G., Shim S.S., Leung G. (1985) The vascular and nerve supply of the human meniscus. *Arthroscopy*. 1985;1(1):58-62. doi: 10.1016/s0749-8063(85)80080-3.
69. Sihvonen R., Englund M., Turkiewicz A., Järvinen T.L.. Finnish Degenerative Meniscal Lesion Study Group. Mechanical symptoms and arthroscopic partial meniscectomy in patients with degenerative meniscus tear: a secondary analysis of a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2016;164:44955. doi:10.7326/M15-0899.
70. Englund M., Guermazi A., Roemer F.W., Yang M., Zhang Y., Nevitt M.C. et al. Meniscal pathology on MRI increases the risk for both incident and enlarging subchondral bone marrow lesions of the knee: the MOST Study. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(10):1796-802. doi: 10.1136/ard.2009.121681.
71. Scher C., Craig J., Nelson F. Bone marrow edema in the knee in osteoarthrosis and association with total knee arthroplasty within a three-year follow-up. *Skeletal Radiol*. 2008;37(7):609-617. doi: 10.1007/s00256-008-0504-x.
72. De Smet A.A., Graf B.K., del Rio A.M. Association of parameniscal cysts with underlying meniscal tears as identified on MRI and arthroscopy. *AJR Am J Roentgenol*. 2011;196(2):W180-186. doi: 10.2214/AJR.10.4754.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Сараев Александр Викторович — канд. мед. наук, врач травматолог-ортопед, младший научный сотрудник научного отделения патологии коленного сустава, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Р.П. Вредена» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия. saraeff@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9223-6330>

AUTHORS' INFORMATION:

Alexander V. Saraev — Cand. Sci. (Med.), Orthopedic Surgeon, Researcher, Knee Pathology Department, Vreden National Medical Research Center of Traumatology and Orthopedics, St. Petersburg, Russia. saraeff@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9223-6330>

Куляба Тарас Андреевич — д-р мед. наук, руководитель научного отделения патологии коленного сустава, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия. taraskuliaba@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-3175-4756>

Расулов Магомед Шамилович — аспирант отделения патологии коленного сустава, врач травматолог-ортопед, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия. magomed93r@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3392-1853>

Корнилов Николай Николаевич — д-р мед. наук, профессор кафедры травматологии и ортопедии, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена» Минздрава России, Санкт-Петербург; доцент кафедры травматологии и ортопедии, ФГБУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия. drkornilov@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-6905-7900>

Taras A. Kulyaba — Dr. Sci. (Med.), Head of the Knee Pathology Department, Vreden National Medical Research Center of Traumatology and Orthopedics, St. Petersburg, Russia. taraskuliaba@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-3175-4756>

Magomed Sh. Rasulov — PhD Student, Orthopaedic Surgeon, Vreden National Medical Research Center of Traumatology and Orthopedics, St. Petersburg, Russia. magomed93r@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3392-1853>

Nikolai N. Kornilov — Dr. Sci. (Med.), Professor, Chair of Traumatology and Orthopedics, Head of Knee Surgery Department, Vreden National Medical Research Center of Traumatology and Orthopedics; Assistant Professor, Department of Traumatology and Orthopedics, Mechnikov North-Western State Medical University, St. Petersburg, Russia. drkornilov@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-6905-7900>

Заявленный вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Все авторы прочли и одобрили финальную версию рукописи статьи. Все авторы согласны нести ответственность за все аспекты работы, чтобы обеспечить надлежащее рассмотрение и решение всех возможных вопросов, связанных с корректностью и надежностью любой части работы.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.