

## ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАДНЬОГО ЗВИХУ ПЛЕЧА У ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ

Страфун С. С., Гайович І. В., Ломко В. М.

ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України", м. Київ

**Резюме.** Актуальність проблеми діагностики та лікування заднього звиху плеча у хворих на епілепсію полягає в тому, що майже в половині випадків він не діагностується первинно. Застарілість патології приводить до збільшення дефекту голівки плеча. З 2008 р. на лікуванні в клініці перебувало 33 хворих із заднім вивихом плеча, з них у 6 хворих вивих трапився внаслідок судомного нападу. У хворих із незастарілими випадками лікування обмежувалося лише відкритим вправленням вивиху та реінсерцією м'яких тканин. Хворим зі значними дефектами виконувалася кісткова пластика для профілактики повторних вивихів.

**Ключові слова:** задній звих плеча, епілепсія, дефект голівки плеча.

### Вступ

Задній вивих плеча є рідкісною, але клінічно і рентгенологічно досить яскравою патологією. Він становить 2–5% від усіх вивихів плеча [1–4], але актуальність цієї проблеми полягає в тому, що згідно з даними літератури діагноз заднього вивиху плеча не діагностується при первинному огляді у 60–79% випадків [2]. Це призводить до застарілості, формування контрактур плечового суглоба та збільшення кісткових дефектів голівки плечової кістки.

Є певна плутанина в термінології щодо заднього звиху. Задній вивих – це гостре зміщення голівки плеча до заднього краю суглобової поверхні лопатки, що виникає в основному унаслідок травми з формуванням дефекту передньої суглобової поверхні плечової кістки. Зазвичай кістка суглобової поверхні лопатки залишається інтактною. Лікування залежить від терміну вивиху та розміру дефекту суглобової поверхні.

Застарілий задній вивих в іноземній літературі часто описується як "хронічний", "пропущений" "фіксований" або "блокований" [5, 6]. Терміни "фіксований" і "блокований" також уживаються щодо гострих вивихів, які неможливо вправити закрито, одразу, у зв'язку зі значним імпаційним дефектом голівки плечової кістки. Таким чином, застарілий задній звих – це звих, давність якого перевищує 3 тижні, який характеризується імпаційним дефектом голівки плечової кістки та може мати ознаки задньої нестабільності плечового суглоба.

За даними літератури найпоширенішою причиною заднього звиху (до 50% випадків) є епілептичний припадок [9], метаболічні порушення – гіпокальціємічна чи гіпоглікемічна кома [10], або судоми іншого генезу внаслідок перенесеної алкогольної чи наркотичної абстиненції [7]. Також причиною заднього звиху стає ураження електричним струмом [13], прямиий удар по плечовому суглобу спереду, падіння на витягнуту руку або у вразливому положенні приведення, внутрішнього обертання [15]. Під час епілептичного нападу або ураження електричним струмом судоми призводять до спазму сильних внутрішніх ротаторів (найширший м'яз спини, великий грудний, підлопатковий і великий круглий

м'язи), які перетягують слабші зовнішні ротатори (підвисний і маленький круглий м'яз), тим самим зміщуючи голівку плеча до заднього краю. Також фактором ризику є дисплазія гленоїдальної западини та її ретроверсія до фронтальної площини.

Нерідко судомний синдром супроводжується ретроградною амнезією і пацієнт не зв'язує контрактуру в плечі з якою-небудь травмою. Тому даний стан розцінюється лікарем як захворювання плеча. Після невдалого фізіотерапевтичного лікування та проходження курсів реабілітації такі пацієнти направляються до ортопеда з діагнозом "адгезивний капсуліт та плечолопатковий періартрит". Розробка рухів при цьому дозволяє досягнути прогресу у відведенні та елевації плеча, інколи майже до досягнення повного об'єму, але зовнішня ротація залишається різко обмеженою та болючою. Покращення об'єму рухів відбувається за рахунок "вигризання" передньої поверхні голівки плечової кістки, оскільки спонгіозна тканина голівки значно м'якша, ніж кортикальна кістка заднього краю суглобової поверхні лопатки.

**Метою** роботи є визначення особливостей діагностики та лікування заднього звиху плеча у хворих на епілепсію.

### Матеріали і методи

З 2008 р. на лікуванні в клініці мікрохірургії та реконструктивної хірургії верхньої кінцівки ІТО НАМНУ перебувало 33 хворих із заднім вивихом плеча, у 6 із них був задній звих нетравматичного генезу (в двох випадках двобічний). З пацієнтів довго хворіли на епілепсію до епізоду першого вивиху, у 2 вивих трапився в результаті першого епіприпадку, в 1 пацієнта звих був наслідком гіпоглікемічної коми. Термін поступлення – від 3 тижнів до 9 міс. після вивиху.

При пальпації в астенічних хворих відзначалось западення по передній поверхні плеча – в місці, де зазвичай пальпується голівка, тоді як вона чітко пальпувалася по задній поверхні плечового суглоба під віссю лопатки. Однак треба дуже уважно проводити огляд та пальпацію, адже нерідко задній вивих плеча є двостороннім (з випадки з 33, а за даними літератури – 15%) [14], тому при білатеральному

огляді можна не помітити різниці. За даними літератури, в пацієнтів із заднім вивихом позитивним є тест Рова-Зарінса, який полягає в неможливості супінації передпліччя при згинанні в ліктьовому суглобі, однак у наших пацієнтів стабільно спостерігалось лише різке обмеження зовнішньої ротації плеча.

Рентгенологічно на передньо-задній проекції в усіх хворих спостерігався лише підзвих голівки плеча – коли край її тіні знаходиться медіальніше краю суглобової поверхні лопатки. Також відзначалася внутрішня ротація плеча – так званий симптом лампочки, коли голівка плеча має вигляд електричної лампочки: горбки при цьому не візуалізуються, оскільки вони знаходяться позаду від голівки. Аксіальна проекція більш інформативна, вона дозволяла побачити положення голівки плеча та оцінити розмір імпакційного дефекту, але через привідну контрактуру її можна було виконати лише в 5 випадках. Найкращим, на нашу думку, допоміжним методом для діагностики є комп'ютерна томографія. Сагітальний зріз дає змогу в повній мірі оцінити розмір кісткового дефекту голівки плечової кістки, що необхідно для планування лікування, та виявити кістковий фрагмент у випадку перелому заднього краю суглобової поверхні лопатки [16]. Це дослідження виконувалося 3 хворим. МРТ зроблено 2 хворим, зазвичай воно менш інформативне, оскільки м'якотканинні ушкодження при цій патології незначні, хоча сагітальний зріз дозволяє чітко візуалізувати положення голівки.

## Результати та їх обговорення

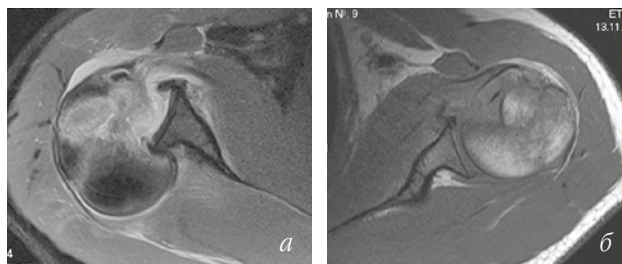
У всіх хворих оперативні втручання проводилися після консультації невролога, ЕЕГ та призначення адекватного консервативного лікування основного захворювання. Головним клінічним симптомом у всіх наших пацієнтів було обмеження відведення та втрата зовнішньої ротації плеча. В “несвіжих” і застарілих випадках об'єм рухів помірно збільшувався за рахунок розробки та збільшення дефекту передньої поверхні голівки плечової кістки, відомого як пошкодження МакЛафліна чи зворотній Хілл-Сакс, проте зовнішня ротація залишалась обмеженою та болючою.

Оскільки хворі не могли пригадати травми або обставин вивиху (а напад епілепсії може супроводжуватися ретроградною амнезією), то вивихи нетравматичного генезу досить часто залишалися недіагностованими (4 хворих).

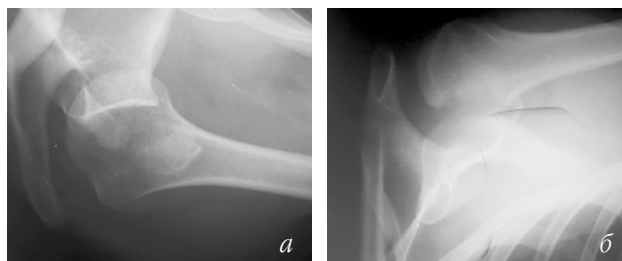
Нерідко задній звих траплявся саме при первинному, а інколи і єдиному епілептичному випадку (3 пацієнти). Ретельний збір анамнезу щодо епілепсії або дослідження механізму травми часто дозволяє запідозрити діагноз “задній звих”. Крім того, первинні напади епілепсії, що можуть супроводжуватися вивихами, зустрічаються в молодому віці, на відміну від адгезивного капсуліту, від якого найчастіше потрібно диференціювати задній вивих.

Лише в 2 з 6 випадків вивих був діагностований при первинному огляді та виконано спробу вправлення. При цьому пацієнти поступали в клініку з незначним дефектом (до 10% площі суглобової поверхні).

**Клінічний випадок.** У хворого з первинним випадком епілепсії трапився двобічний задній звих плеча. За місцем проживання було виконано спробу вправлення. Зліва діа-



**Рис. 1.** Двосторонній задній звих: *а* – зліва – невправлений, *б* – справа – після вправлення, імпакційний дефект і перелом горбків (МРТ-картина)



**Рис. 2.** Двосторонній задній звих плеча: *а* – зліва – невправлений, *б* – справа – після вправлення, імпакційний дефект і перелом горбків (рентгенографія)



**Рис. 3.** Стан після відкритого вправлення та металоостеосинтезу горбків

гностований відривний перелом горбків плечової кістки, спроба виявилась невдалою (рис. 1), справа вивих вправлено та діагностовано імпакційний перелом голівки плечової кістки (рис. 2, 4).

Хворому було виконане відкрите вправлення звиху, металоостеосинтез горбків гвинтами. Через мінімальність кісткових дефектів зліва після відновлення активних стабілізаторів і кісткових елементів зберігається стабільність суглоба без тенденції до вивиху (рис. 5).

У 4 випадках на первинних етапах допомоги діагноз вивиху встановлено не було – хворі тривало лікувалися з такими діагнозами: забій плечового суглоба, адгезивний капсуліт, плечолопатковий періартрит. Способи лікування: консервативно, гіпсова іммобілізація від 1 до 2,5 міс., розробка рухів, ЛФК і фізіотерапія. При поступленні в клініку спостерігалася пряма залежність між розробленим об'ємом рухів і розміром дефекту суглобової поверхні голівки плечової кістки (рис. 4).

Хірургічне лікування залежало від давності захворювання та розміру кісткового дефекту. За основу використовували тактику оперативного лікування, запропоновану Robinson С.М. 2005 р. [7]. Відзначимо, що в цієї категорії хворих встановлення ендопротеза не є запорукою ста-

більності. В разі незначного дефекту (до 20% суглобової поверхні) проводилося відкрите вправлення без кісткової пластики. За тенденції до звиху виконувалася транспозиція сухожилка підлопаткового м'яза в дефект голівки плечової кістки (в 4 випадках). При дефекті 2-го ступеня – від 25% до 45% суглобової поверхні – проводилося відкрите вправлення та кісткова пластика з крила клубової кістки або аллотрансплантатами в молодому віці (в 1 випадку). При дефектах більше ніж 45–50% зазвичай виконувалося заміщення дефекту фрагментом кісткового аллотрансплантату з суглобовим хрящем і МОС (в 1 випадку).

У разі перелому заднього краю лопатки вивих вправлявся значно легше, інколи це був лише підзвих зі збереженням площі контакту суглобових поверхонь. Проте запорукою запобігання повторним вивихам є відновлення цілісності та форми статичного стабілізатора, суглобової поверхні лопатки шляхом остеосинтезу фрагментів.

У післяопераційному періоді накладалася гіпсова іммобілізація в положенні “голосуючого” на термін від 4 до 6 тижнів з подальшою дозованою розробкою рухів. У жодному з випадків рецидивів вивихів не відбулося.

Окремою віхою в проблемі заднього звиху стоять випадки, що поєднуються з переломом заднього краю суглобової западини лопатки. Встановити діагноз у такому випадку важче, оскільки голівка при цьому лише частково зміщується до заду і на первинних етапах легко вправляється. Також обмеження рухів значно менш виражене, хоча зовнішньої ротації немає.

У березні 2014 р. до клініки Мікрохірургії та реконструктивної хірургії верхньої кінцівки ІГО НАМНУ звернувся пацієнт 1986 р.н. з болями в плечовому суглобі, скаргами на відчуття нестабільності та привідною, внутрішньоротаційною контрактурою плечового суглоба. Зі слів пацієнта захворювання почалося 6 міс. тому: після епілептичного нападу трапився перший задній вивих плечового суглоба, пацієнт звернувся в травмпункт за місцем проживання, де вивих було вправлено та накладено іммобілізаційну гіпсову шини типу Дезо, яку він носив протягом місяця. Після зняття іммобілізації хворого турбувало відчуття нестабільності, протягом 5 міс. за незначних навантажень відбулося ще 4 епізоди задніх вивихів плеча. При клінічному обстеженні відзначалася різка гіпотрофія м'язів плечового поясу, об-

меження пасивної та активної ротації в плечовому суглобі 0/0/80 та обмеження активного та пасивного згинання і відведення до 90°. Виявлявся позитивним симптом відчуття заднього вивиху, позитивний задній стрес-тест і тест Кіма. На МРТ-дослідженні голівка плеча знаходилася в положенні заднього підзвиху, спостерігався кістковий дефект заднього краю суглобової поверхні лопатки та зворотній дефект Хілл-Сакса (рис. 5).

Типова операція МакЛафліна – транспозиція підлопаткового м'яза в дефект Хілл-Сакса, враховуючи невеликі його розміри (менше 10%) та те, що основною причиною нестабільності був дефект заднього краю суглобової поверхні лопатки, в даному випадку була б неефективною. Тому вирішено виконати кісткову пластику дефекту заднього краю суглобової поверхні лопатки кістковим аутоотрансплантатом із крила клубової кістки.

При оперативному втручанні 27.03.2014 через задній доступ в міжм'язовому проміжку між *m. teres minor* та *m. Infraspinatus* вийшли на задню поверхню плечового суглоба, де виконали задню капсулотомію. Виявлено: несправжній суглоб заднього краю суглобової поверхні лопатки та кістковий фрагмент, що не візуалізувався на МРТ. Кістковий фрагмент зміщений на задню поверхню шийки та прирощений фіброзним рубцем. Відзначалася значна внутрішньоротаційна контрактура за рахунок контракції передньої частини капсули суглоба. Після мобілізації голівки плечової кістки та капсули суглоба вправлено голівку плечової кістки. Виконано резекцію фіброзних нашарувань на відломках суглобової поверхні лопатки, після чого – репозицію уламка заднього краю та його фіксацію, дефект кісткової тканини був незначним. Після остеосинтезу накладною пластиною та капсулопластики зникла тенденція до вивиху навіть у наркозі при виключенні активних стабілізаторів.



Рис. 4. Значний дефект суглобової поверхні голівки при застарілому вивиху (більше 12 міс)

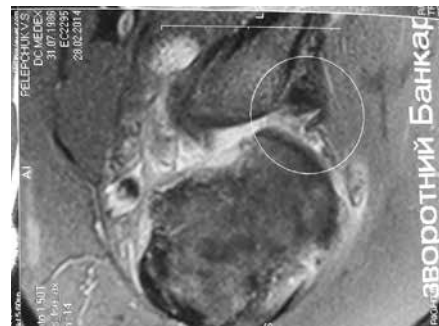


Рис. 5. Дефект заднього краю суглобової поверхні лопатки, голівка в положенні заднього підзвиху



Рис. 6. Металоостеосинтез при переломі заднього краю суглобової западини лопатки

Для стабілізації в п/о періоді накладено торакобрахіальну пов'язку в положенні зовнішньої ротації терміном на 5 тижнів. П/о період протікав без ускладнень, хворий виписаний на 5-ту добу після операції.

## Висновки

Основна проблема та особливість діагностики заднього звиху полягає у відсутності в анамнезі хворого травми, а в разі дебюту хвороби – у відсутності будь-яких даних, що вказують на задній звих плеча. Проблеми при лікуванні заднього звиху у хворих на епілепсію виникають у застарілих випадках, коли при агресивній розробці рухів тертя голівки плечової кістки об твердий задній край лопатки спричиняє формування дефекту суглобової поверхні голівки плечової кістки. Діагностування цієї патології в основному не потребує спеціальних технічних засобів, а епілепсія в анамнезі та різке обмеження зовнішньої ротації дозволяє запідозрити даний дефект. При лікуванні хворих на епілепсію застосування ендопротезів є різко обмеженим, а основна профілактика повторних вивихів полягає в запобіганні повторним нападам та виконанні оперативних втручань, спрямованих на відновлення кісткових структур та активних стабілізаторів.

## Література

1. *Detenbeck L. C.* Posterior dislocations of the shoulder / *L. C. Detenbeck*. – J. Trauma. – 1972. – Vol. 12 (3). – P. 183–192.
2. *Matsen F. A.* III Glenohumeral instability. In: *Rockwood C. A. Jr., Matsen F. A. III, Wirth M. A.* [et al.], editors. The shoulder. – Vol. – 2. – 3rd. edition / *Matsen F. A. III, Titelman R. M., Lippitt S. B.* [et al.] // Philadelphia: Saunders. – 2004. – P. 655–794.
3. *McLaughlin H.* Posterior dislocation of the shoulder / *H. McLaughlin* // J. Bone Joint Surg. Am. – 1952. – Vol. 24 (3). – P. 584–590.
4. *Rowe C. R.* Prognosis in dislocations of the shoulder / *C. R. Rowe* // J. Bone Joint Surg. Am. – 1956. – Vol. 38 (5). – P. 957–977.
5. *Hawkins R. J.* Posterior instability of the shoulder / *R. J. Hawkins, R. M. Belle* // Instr. Course Lect. – 1989. – Vol. 38. – P. 211–215.
6. *Robinson C. M.* Complex posterior fracture-dislocation of the shoulder. Epidemiology, injury patterns, and results of operative treatment / *Robinson C. M., Akhtar A., Mitchell M.* [et al.] // J. Bone Joint Surg. Am. – 2007. – Vol. 89 (7). – P. 1454–1466.
7. *Robinson C. M.* Posterior shoulder dislocations and fracture-dislocations / *C. M. Robinson, J. Aderinto* // J. Bone Joint Surg. Am. – 2005. – Vol. 87 (3). – P. 639–650.
8. *Samilson R. L.* Posterior dislocations of the shoulder / *R. L. Samilson, E. Miller* // Clin. Orthop. Relat. Res. – 1964. – Vol. 32. – P. 69–86.
9. *Finelli P. F.* Seizure as a cause of fracture / *P. F. Finelli, J. K. Cardi* // Neurology. – 1989. – Vol. 39 (6). – P. 858–860.
10. *Hepburn D. A.* Hypoglycemic convulsions cause serious musculoskeletal injuries in patients with IDDM / *Hepburn D. A., Steel J. M., Frier B. M.* // Diabetes Care. – 1989. – Vol. 12 (1). – P. 32–34.
11. *Niazi T. B.* Posterior dislocation of the shoulder due to a hypocalcaemic fit / *T. B. Niazi, J. G. Lemon* // Injury 1990. – Vol. 21 (6). – P. 407.
12. *Tan A. H.* Missed posterior fracture-dislocation of the humeral head following an electrocution injury to the arm / *A. H. Tan* // Singapore Med. J. 2005. – Vol. 46 (4). – P. 189–92.
13. *Ozer H.* Opposite-direction bilateral fracture dislocation of the shoulders after an electric shock / *Ozer H., Baltaci G., Selek H.* [et al.] // Arch. Orthop. Trauma Surg. – 2005. – Vol. 125 (7). – P. 499–502.
14. *Iosifidis M. I.* Simultaneous bilateral posterior dislocation of the shoulder: diagnostic problems and management. A case report / *Iosifidis M. I., Giannoulis I., Traios S.* [et al.] // Knee Surg. Sports Traumatol. Arthrosc. – 2006. – Vol. 14 (8). – P. 766–770.
15. *Roberts A.* Prognosis of posterior dislocation of the shoulder / *A. Roberts, J. Wickstrom* // Acta Orthop. Scand. – 1971. – Vol. 42 (4). P. 328–337.
16. *Yeşil O.* Which Comes First in Posterior Shoulder Dislocation; X-Ray or Computed Tomography? / *Yeşil O., Öztürk T. C., Çevik Ş. E., Güneysel Ö.* // AKATOS. – 2012. – Vol. 3 (1). P. 12–14. JAEMCR. – 2012. – Vol. 3 (1). P. 12–14.
17. *Delcogliano A.* Surgical management of chronic, unreduced posterior dislocation of the shoulder / *Delcogliano A., Caporaso A., Chiossi S.* [et al.] // Knee Surg. Sports Traumatol. Arthrosc. – 2005. – Vol. 13 (2). – P. 151–155.
18. *Finkelstein J. A.* Acute posterior fracture dislocations of the shoulder treated with the Neer modification of the McLaughlin procedure / *Finkelstein J. A., Waddell J. P., O'Driscoll S. W.* [et al.] // J. Orthop. Trauma. – 1995. – Vol. 9 (3). – P. 190–193.
19. *Nicola F. G.* Bilateral posterior fracture-dislocation of the shoulder treated with a modification of the McLaughlin procedure. A case report / *Nicola F. G., Ellman H., Eckardt J.* [et al.] // J. Bone Joint Surg. Am. – 1981. – Vol. 63 (7). – P. 1175–1177.
20. *Spencer E. E. Jr.* A simple technique for management of locked posterior shoulder dislocations: report of two cases / *E. E. Jr. Spencer, J. J. Brems* // J. Shoulder Elbow Surg. 2005. – Vol. 14 (6). P. 650–652.
21. *Funk L.* Clinical assessment of posterior shoulder joint instability journal of arthroscopy and joint surgery / *Funk L., Owen J. M., Bonner C.* // J. Arthroscopy Joint Surg. – 2014. – Vol. 1. – P. 53–58.
22. *Lugo R.* Shoulder biomechanics / *Lugo R., Kung P., Ma C. B.* // Eur. J. Radiol. 2008. – Vol. 68 (1). P. 16–24.
23. *Babk M.* Laxity testing of the shoulder: a review / *M. Babk* [et al.] // Am. J. Sports Med. – 2007. – Vol. 35 (1). – P. 131–144.
24. *Jaggi A.* Rehabilitation for shoulder instability / *A. Jaggi, S. Lambert* // Br. J. Sports Med. – 2010. – Vol. 44 (5). – P. 333–340.
25. *Antoniou J.* Posterior instability / *J. Antoniou, Harryman li D. T.* // Oper. Techn. Sport Med. – 2000. – Vol. 8 (3). – P. 225–233.
26. *Weisbaupt D.* Posterior glenoid rim deficiency in recurrent (atraumatic) posterior shoulder instability / *Weisbaupt D.* [et al.] // Skeletal Radiol. – 2000. – Vol. 29 (4). – P. 204–210.
27. *Cheng S. C.* Shoulder instability in professional rugby players-the significance of shoulder laxity / *Cheng S. C.* [et al.] // Clin. J. Sport Med. – 2012. – Vol. 22 (5). – P. 397–402.
28. *Kim S. H.* Painful jerk test: a predictor of success in nonoperative treatment of posteroinferior instability of the shoulder / *Kim S. H.* [et al.] // Am. J. Sports Med. – 2004. – Vol. 32 (8). – P. 1849–1855.
29. *Kim S. H.* The Kim test: a novel test for posteroinferior labral lesion of the shoulder: a comparison to the jerk test / *Kim S. H.* [et al.] // Am. J. Sports Med. – 2005. – Vol. 33 (8). – P. 1188–1192.
30. *Fallabi F.* Indirect magnetic resonance arthrography of the shoulder; a reliable diagnostic tool for investigation of suspected labral pathology / *Fallabi F.* [et al.] // Skeletal Radiol. – 2013. – Vol. 42 (9). – P. 1225–1233.

## FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF POSTERIOR SHOULDER DISLOCATION IN PATIENTS WITH EPILEPSY

Strafun S. S., Haiovych I. V., Lomko V. M.

**Summary.** The actuality of the problem of diagnostics and treatment of posterior shoulder dislocation is that almost half of the cases are not diagnosed initially. Obsolescence of the pathology leads to a defect increase of the humeral head. Since 2008, 33 patients with posterior dislocation of the shoulder were treated at the clinic, 6 patients among them had a dislocation as a result of convulsive attacks. The treatment of patients who recently sustained an injury was limited to open reposition of dislocation and soft tissue reimplantation; in patients with significant defects the bone grafting of the defect was performed to prevent recurrent dislocations.

**Key words:** posterior shoulder dislocation, convulsive attacks, defect of humeral head.

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАДНЕГО ВЫВИХА ПЛЕЧА У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Страфун С. С., Гайович И. В., Ломко В. М.

**Резюме.** Актуальность проблемы диагностики и лечения заднего вывиха плеча у больных эпилепсией заключается в том, что почти в половине случаев он не диагностируется первично. Устаревание патологии ведет к увеличению дефекта головки плеча. С 2008 г. на лечении в клинике находилось 33 больных с задним вывихом плеча, из них у 6 больных вывих произошел в результате судорожного припадка. У больных с неустаревшими случаями лечение ограничивалось только открытым вправлением вывиха и реинсерцией мягких тканей. Больным со значительными дефектами выполнялась костная пластика для профилактики повторных вывихов.

**Ключевые слова:** задний вывих плеча, эпилепсия, дефект головки плеча.

УДК 617.557-001:616.75/76 – 002 – 073:48:796.071

## СОНОГРАФІЧНА ДІАГНОСТИКА ARS-СИНДРОМУ У СПОРТСМЕНІВ

Коструб О. О., Блонський Р. І., Гайко О. Г., Вовченко А. Я., Лучко Р. В.  
ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМН України”, м. Київ

**Резюме.** Представлено теоретичне та практичне обґрунтування клінічної картини, діагностики та лікування травм пахової області у спортсменів за даними вітчизняної та закордонної літератури.

**Ключові слова:** ARS-синдром, сухожилля, сонографія, тендинопатія, ентезопатія.

### Вступ

В Україні відбувається перехід від масового аматорського до високооплачуваного професійного спорту, що потребує формування якісно нового рівня функціональної готовності спортсменів. Намагання форсувати цей процес разом зі збільшенням фізичних навантажень, ускладненням технічних прийомів на тренуваннях, а також недосконалістю графіків змагань призводить до патологічних станів, які рідко траплялися раніше [4, 5, 6, 7]. До них належить ARS-синдром

[1, 3] (тендино- та ентезопатії сухожилків *mm. adductor longus et/or brevis, m. gracilis*, дистальної частини *m. rectus abdominis*, а також передньої частини *m. adductor magnus* у місцях їх прикріплення до лонної і/або сідничної кістки) (див. рис. 1). У свою чергу несвоєчасна та неправильна діагностика, а також недостатні методи лікування хворих (особливо спортсменів) із ARS-синдромом призводять до зриву компенсаторних механізмів і спричиняють розвиток стійкого больового синдрому, що є частою причиною часткової або повної втрати спортсменом працездатності.