

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.

Мета роботи – покращити діагностику ARS-синдрому у спортсменів за допомогою сонографічного дослідження.



Рис. 1. Біомеханічні передумови виникнення ARS-синдрому

Матеріали і методи

Основу дослідження становили 144 хворих із ARS-синдромом, які лікувалися у відділі спортивної та балетної травми ДУ “ІТО НАМНУ” у період з 2003 по 2014 рр. Данні з історії хвороб використано з урахуванням вимог комітету з біоетики ДУ “ІТО НАМНУ”. Усі пацієнти були спортсменами. До категорії “спортсмени” ми віднесли людей, які щонайменше двічі на тиждень займаються відповідним видом спортивної діяльності (аматори), та осіб, для яких спорт є професійною діяльністю. Середній вік пацієнтів становив $28,1 \pm 6,4$ року ($M \pm \sigma$).

Сонографічне обстеження виконували за допомогою апарата Philips HDI-3500 (США) із мультисекторним лінійним датчиком за стандартною методикою [2].

При обстеженні оцінювали структурні характеристики сухожилків і зону їх переходу в кісткову тканину. Дослідження проводили на симетричних ділянках здорового та ураженого боку в 2-х площинах. Датчик встановлювали повздовжньо на сухожильно-кістковому переході в симетричних ділянках, потім повертали на 90° і виконували

сонографію в поперечній площині, а також у доплерівському режимі.

При цьому ми оцінювали наявність таких сонографічних ознак:

- осередків гіпоехогеності сухожилка;
- осередків анехогенності сухожилка;
- осередків негомогенності сухожилка, кальцифікатів;
- рідини навколо сухожилка;
- нерівномірності кортикального шару в місцях прикріплення сухожилка до кістки;
- кісткових остеофітів;
- розширеного зовнішнього пахового кільця;
- зміни навколо розташованих бурс;

У доплер-режимі – наявність осередків гіпервасуляризації сухожилка.

Також ми проводили оцінку цих ознак залежно від локалізації патологічного процесу та стадії тендинопатій. За сонографічною картиною виділяли наступні стадії тендинопатій:

- I – гостра стадія або стадія запалення;
- II – підгостра стадія або стадія дистрофії;
- III – хронічна стадія або стадія дегенерації;
- IV – дегенеративний розрив: частковий; повний.

Результати та їх обговорення

У результаті проведеного дослідження було встановлено, що більшість пацієнтів займалися ігровими видами спорту (121 особа), з них футболістів було 92, гандболістів – 12, хокеїстів – 9, баскетболістів – 8, інші види спорту, а також артисти балету представлені 23 особами. Чоловіків було 116, а жінок – 28.

Зазначимо, що за локалізацією патологічного процесу превалювало комбіноване ураження місць прикріплення кількох сухожилків (74% хворих), при цьому ураження ентеза сухожилка *mm. adductor longus* спостерігалось у 86%, дистальної частини *m. rectus abdominis* – у 34%, *mm. adductor brevis* – у 22%, *mm. adductor magnus* – у 4%, *m. Gracilis* – у 1% хворих. Потрібно зауважити, що права нижня кінцівка травмувалася дещо частіше, ніж ліва, що становило в абсолютних числах 67 та 53, двостороннє ураження зустрічалось у 24 хворих – див. рис. 2.

При оцінці результатів сонографічного дослідження виявлено сонографічні ознаки тендинопатій, котрі залежали

Таблиця 1

Оцінка відповідності сонографічних ознак залежно від стадії захворювання у хворих з ARS-синдромом

Стадія	1		2		3		4	
	Абс. ($M \pm \sigma$)	%	Абс. ($M \pm \sigma$)	%	Абс. ($M \pm \sigma$)	%	Абс. ($M \pm \sigma$)	%
Позитивні симптоми								
осередки гіпоехогеності сухожилка	0	0	15 ($1,29 \pm 0,45$)	29,41	36 ($1,92 \pm 0,27$)	92,3	6 ($1,25 \pm 0,43$)	25
осередки анехогенності сухожилка	0	0	0	0	9 ($1,23 \pm 0,42$)	23,	24	100
осередки негомогенності сухожилка, кальцифікатів	0	0	51	100	36 ($1,92 \pm 0,27$)	92,3	3 ($1,13 \pm 0,33$)	12,5
рідини навколо сухожилка	21 ($1,7 \pm 0,46$)	70	15 ($1,29 \pm 0,45$)	29,41	27 ($1,69 \pm 0,46$)	69,2	3 ($1,13 \pm 0,33$)	12,5
нерівномірність кортикального шару в місцях прикріплення сухожилка до кістки	0	0	39 ($1,76 \pm 0,42$)	76,47	27 ($1,69 \pm 0,46$)	69,2	21 ($1,88 \pm 0,33$)	87,5
кісткові остеофіти	0	0	24 ($1,47 \pm 0,5$)	47,05	36 ($1,92 \pm 0,27$)	92,3	15 ($1,63 \pm 0,48$)	62,5
розширення пахових кілець	0	0	3 ($1,06 \pm 0,23$)	5,88	6 ($1,15 \pm 0,36$)	15,3	0	0
зміни навколо розташованих бурс	0	0	15 ($1,29 \pm 0,45$)	29,41	0	0	0	0
осередки гіпервасуляризації сухожилка	27 ($1,9 \pm 0,3$)	90	3 ($1,06 \pm 0,23$)	5,88	0	0	0	0

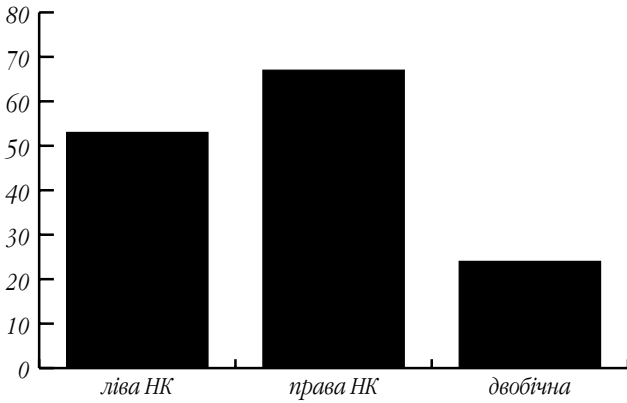


Рис. 2. Графік кількості хворих із тендинопатіями лівої та правої нижньої кінцівки

від строків перебігу патологічного процесу:

- у 30 хворих сонографічна картина відповідала гострій стадії захворювання (від моменту дебюту клінічних проявів до 21 доби);
- у 51 хворого – підгострій стадії (від 21 доби до 3 міс.);
- у 39 хворих – хронічній (більше 3-х міс. від моменту дебюту захворювання);
- у 24 хворих були виявлені сонографічні ознаки дегенеративного розриву (серед них 60% – частковий та 40% – повний розрив).

Результати проведеного сонографічного дослідження представлено в табл. 1.

Зазначимо, що сонографічні ознаки тендинопатій на однакових стадіях захворювання мали однотипний ха-

рактер, проте на кожній із стадій патологічного процесу слід відзначити певні, характерні саме їй, особливості сонографічної картини.

При гострій стадії захворювання (стадії запалення) на сонографічній картині у 90% хворих нами були відзначені ділянки посиленого судинного малюнка (рис. 3а), у 70% з них виявлено рідину навколо сухожилка (рис. 3б).

На підгострій стадії (стадії дистрофії) при сонографічному обстеженні разом із ділянками посиленого судинного малюнка (див. рис. 4а) та рідиною навколо сухожилка у 100% хворих було виявлено осередки негомогенності (рис. 4б).

При хронічній стадії (стадії дегенерації) сонографічна картина характеризувалася тим, що, окрім ознак негомогенності сухожилка, а також рідини навколо сухожилків та місць їх прикріплення, спостерігались наступні ознаки та їх комбінації:

- осередки гіпоехогеності сухожилка – у 92,3% хворих (рис. 5а);
- кальцифікати – у 92,3% хворих (рис. 5б);
- нерівномірність кортикального шару в місцях прикріплення сухожилка до кістки – у 69,2% хворих (рис. 5в);
- кісткові остеофіти – у 92,3% хворих (рис. 5г);

На сонографічній картині стадії дегенеративного розриву разом із вищеописаними змінами, характерними для 3-ї стадії захворювання, та ознаками дегенерації визначалися ділянки з анехогенними осередками (рис. 6а). При цьому розрив вважався повним, якщо анехогенний проміжок проходив через усю товщу сухожилка. Ця сонографічна картина спостерігалася у 40% хворих (рис. 6б).

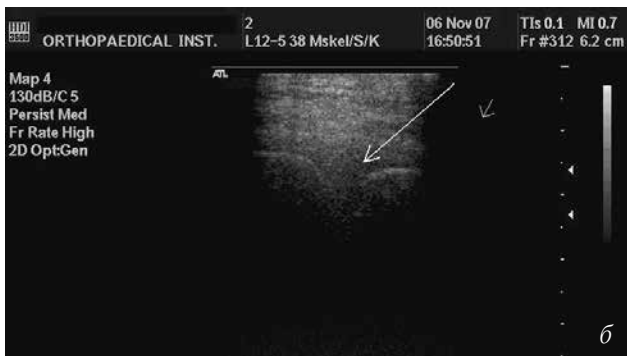
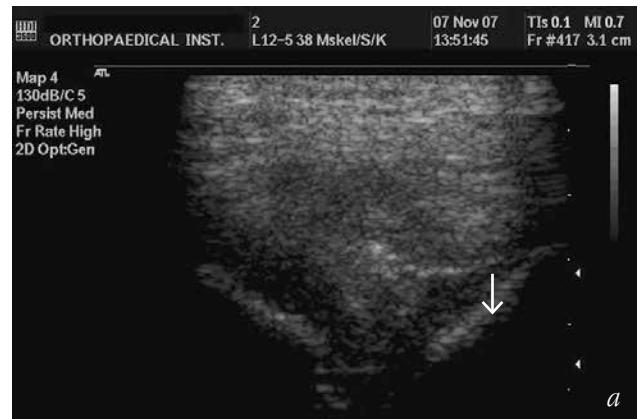
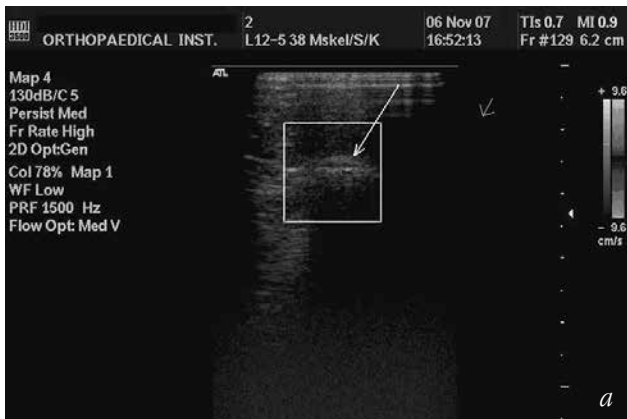


Рис. 3. Сонограми місць прикріплення сухожилків *m. adductor longus* та *m. rectus abdominalis*: а – посилення судинного малюнка на сухожилку *m. adductor longus*; б – наявність рідини навколо сухожилка *m. rectus abdominalis*

Рис. 4. Сонограми місць прикріплення сухожилків *m. adductor longus* та *m. rectus abdominalis*: а – ознаки негомогенності сухожилка *m. rectus abdominalis*; б – ознаки негомогенності сухожилка *m. adductor longus*

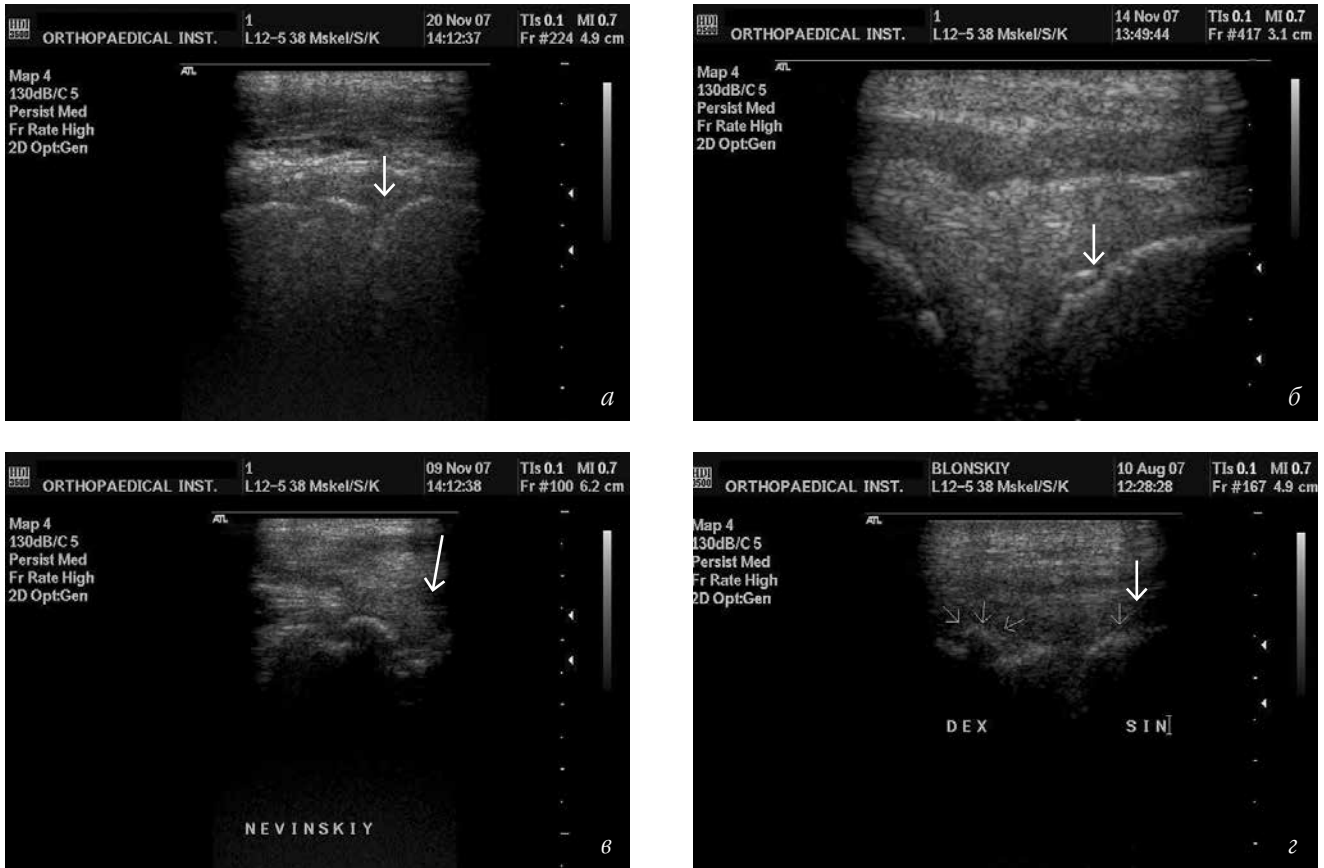


Рис. 5. Сонограми місць прикріплення сухожилків *m. adductor longus* et *m. rectus abdominalis*: а – осередки гіпоехогеності сухожилка *m. adductor longus*; б – кальцифікати сухожилка *m. rectus abdominalis*; в – нерівномірність кортикального шару в місцях прикріплення сухожилка *m. adductor longus*; 2 – кісткові екзостози сухожилка *m. rectus abdominalis*

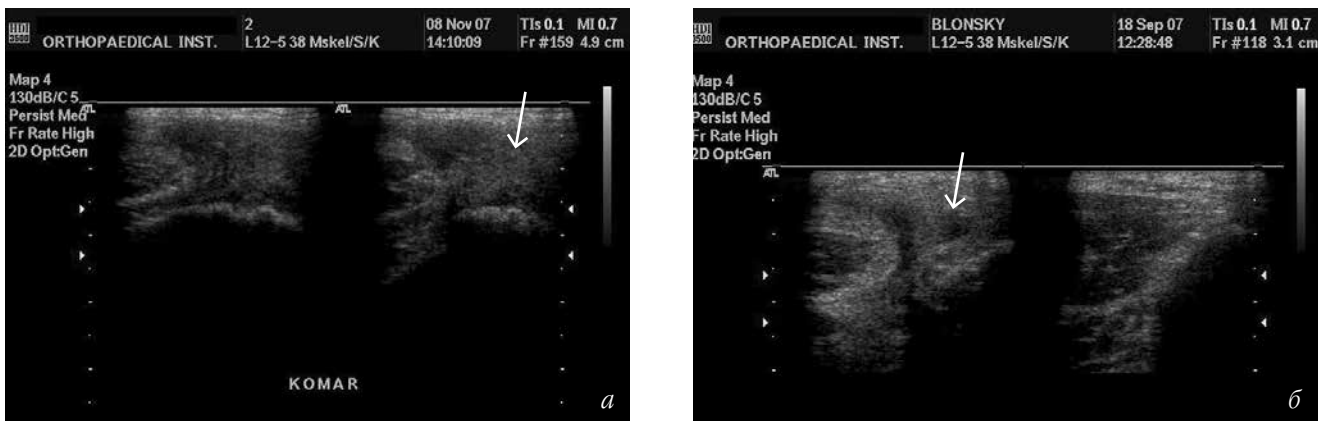


Рис. 6. Сонограми місця прикріплення сухожилка *m. adductor longus*: а – анехогенні осередки при частковому розриві сухожилка; б – анехогенні осередки при повному розриві сухожилка

Висновки

Отже, описана нами сонографічна картина тендинопатії нижньої кінцівки при ARS-синдромі характеризувалася поліморфністю проявів, що залежали від тривалості патологічного процесу, та відображала патофізіологічні процеси, які відбуваються на відповідних стадіях захворювання. Тому вважаємо за потрібне вибирати тактику лікування хворих, враховуючи стадію та локалізацію патологічного процесу. Все вищевказане дозволить покращити ефективність лікування спортсменів із ARS-синдромом і прискорить їх повернення до професійної діяльності.

Література

1. Коструб А. А. APC-синдром: клиника, диагностика, лечение / А. А. Коструб, Р. И. Блонский // Спортивная медицина. – 2007. – № 3. – С. 90–95.
2. Горбатенко С. А. Ультразвуковая диагностика поврежденных и заболеланий мягких тканей опорно-двигательного аппарата : метод. рек. / С. А. Горбатенко. – М., 1991. – 25 с.
3. Шойлев Д. Спортивная травматология / Д. Шойлев. – София, 1985. – С. 15–25.
4. Docinovic B. Surgical treatment of chronic groin pain in athletes / B. Docinovic, B. Sebecic // International orthopedics. – 2012 – № 36. – P. 2361–2367.

5. *Gilmore J.* Groin pain in the soccer athlete: fact, fiction, and treatment / *J. Gibbon* // *Sports Med.* – 1998 – № 17. – P. 787–793.
6. *Holmich P.* Groin Pain / *Holmich P., Saartok T., Renstrom P.* // *Scandinavian Textbook of Sports Medicine.* – 1998 – № 15. – P. 787–793.
7. *Jankovic S.* The groin pain syndrome / *S. Jankovic, D. Hudetz* // *Arh. Hig. Rada. Toksikol.* – 2001. – Vol. 52, № 4. – P. 421.

SONOGRAPHIC DIAGNOSIS OF THE ARS-SYNDROME IN ATHLETES

Kostrub O. O., Blonskyi R. I., Gayko O. G., Vovchenko A. Ya., Luchko R. V.

Summary. The article presents the theoretical and practical study of clinical finding, diagnosis and treatment of groin injuries in athletes according to native and foreign literature.

Key words: ARS-syndrome, tendon, sonography, tendinopathy, enthesopathy.

СОНОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ARS-СИНДРОМА У СПОРТСМЕНОВ

Коструб А. А., Блонский Р. И., Гайко О. Г., Вовченко А. Я., Лучко Р. В.

Резюме. Представлено теоретическое и практическое обоснование клинической картины, диагностики и лечения травм паховой области у спортсменов по данным отечественной и зарубежной литературы.

Ключевые слова: ARS-синдром, сухожилие, сонография, тендинопатия, энтезопатия.

УДК: 616.728.3-018.3-001.31

УШКОДЖЕННЯ ХРЯЦА В СТРУКТУРІ ЗАКРИТОЇ ТРАВМИ КОЛІННОГО СУГЛОБА

*Костогриз О. А., Безуглий А. А., Риган М. М.**, Костогриз Ю. О., Нечипоренко Р. В.

ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМН України”, м. Київ

*Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (КМДА)

Резюме. У роботі представлено результати ретроспективного аналізу лікування 1184 хворих із закритою травмою колінного суглоба, яким була виконана операція із застосуванням артроскопічної техніки. У 80% випадків фактором, який привів до травми, було падіння та ротаційний механізм пошкодження. Посттравматичні зміни в суглобовому хрящі різного ступеня тяжкості спостерігали в 76,9% випадків від загальної кількості пошкоджених структур. Пошкодження внутрішньосуглобових структур у 81,2% випадків від загальної кількості хворих мали поєднаний характер. Виявлено залежність ступеня хондромаліції від часу, який пройшов з моменту травми до звернення в лікувальний заклад, і від маси тіла пацієнта. Чим більше часу пройшло від моменту травми до звернення в лікувальний заклад і чим вищий індекс маси тіла, тим тяжчі зміни в суглобовому хрящі.

Ключові слова: артроскопія, колінний суглоб, суглобовий хрящ, меніск, передня схрещена зв'язка, хондромаліція.

Вступ

Ушкодження колінного суглоба становлять 10–24% випадків від усіх ушкоджень нижньої кінцівки та 50% від усіх травм суглобів, отриманих при занятті спортом [3].

Так, за даними різних авторів частота ушкоджень внутрішньосуглобових структур коліна різна. Ф.Ш. Бахтіозін вказує на переважання ушкоджень менісків, які за його дани-

ми травмуються у 84,8% випадків [1], водночас американські вчені відводять цим ушкодженням лише третє місце – 11% [5].

Ушкодження капсуло-зв'язочного апарату, серед яких у 33–97% випадків травмується передня схрещена зв'язка, займають друге місце за частотою після ушкоджень менісків [10].

Curl W. W. (1997), виконавши 31516 артроскопій колінного суглоба, виявив ушкодження суглобового хряща різного ступеня в 19827 (63%) хворих [6].