

АРТРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУСТАВНОЙ ГУБЫ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У СПОРТСМЕНОВ

ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины», г. Киев

Представлены результаты, а также теоретическое и практическое обоснования клинической картины, диагностики и артроскопического лечения повреждений суставной губы вертлужной впадины у двадцати шести спортсменов.

Ключевые слова: синдром паховой боли у спортсменов, суставная губа, артроскопия, повреждения суставного хряща, коксартроз.

A. A. Kostrub, R. I. Blonskyi

DIAGNOSIS AND ARTHROSCOPIC TREATMENT OF ACETABULUM LABRUM DAMAGES IN ATHLETES

«Institute of Traumatology and Orthopedics of NAMS of Ukraine» Kiev/Presented results, as well as theoretical and practical study of clinical picture, diagnosis and arthroscopic treatment acetabulum labrum damages in 26 athletes.

Key words: syndrome of groin pain in athletes, acetabulum labrum damages, hip arthroscopy, coxarthrosis.

В наше время в мире происходит переход от массового любительского к профессиональному спорту, что требует формирования качественно нового уровня функциональной готовности спортсменов. Попытки форсировать этот процесс, наряду с увеличением физических нагрузок, а также усложнение технических приемов на тренировках приводит к патологическим состояниям, которые редко встречались ранее. К ним относятся повреждения суставной губы вертлужной впадины (ПСГВВ) [1].

Актуальность

Артрогенные повреждения тазобедренного сустава составляют 15–21% от всех травм паховой области у спортсменов, они подразделяются на:

1. Повреждение суставной губы вертлужной впадины
2. Повреждение суставного хряща вертлужной впадины
3. Повреждение суставного хряща головки бедренной кости
4. Повреждение круглой связки головки бедренной кости

5. Посттравматические свободные костно-хрящевые тела

6. Посттравматические инородные тела

ПСГВВ являются одной из самых частых причин артроскопии тазобедренного сустава и составляет 42% от всех случаев артроскопии тазобедренного сустава [2]. Несвоевременная и неправильная диагностика, а также недостаточные методы лечения больных (особенно спортсменов) с ПСГВВ – приводят к срыву компенсаторных механизмов, что в свою очередь приводит к развитию болевого синдрома и является довольно частой причиной частичной или полной потери спортсменом его трудоспособности [3].

Материалы и методы

Представлен детальный анализ 26 спортсменов с ПСГВВ тазобедренного сустава проходивших лечение в клинике спортивной и балетной травмы ГУ «ИТОНАМНУ» за период с 2006 по 2014 годы. Всем больным была произведена лечебно-диагностическая артроскопия тазобедренного сустава.

Результаты и обсуждение

Травматические повреждения суставной губы вертлужной впадины (ПСГВВ) является одной из частых причин применения артроскопии тазобедренного сустава. По характеру разрыва ПСГВВ распределяются на радиальные, поперечные, продольные, лоскутообразные разрывы, а также гипермобильность суставной губы [2].

При этом McCarthy распределил ПСГВВ в зависимости от артроскопической картины на следующие стадии [4]:

0 стадия – контузия губы, без повреждения суставного хряща, синовит;

1 стадия – простой локальный разрыв суставной губы с интактным суставным хрящем головки бедренной кости и вертлужной впадины;

2 стадия – разрыв суставной губы с обширным дефектом суставного хряща головки бедренной кости и интактным суставным хрящем вертлужной впадины;

3 стадия – разрыв суставной губы с локальным дефектом суставного хряща вертлужной впадины и интактным суставным хрящем головки бедренной кости
4 стадия – массивный разрыв суставной губы с повреждением суставного хряща вертлужной впадины и головки бедренной кости

В свою очередь повреждение суставного хряща (СХ) головки бедренной кости, а также вертлужной впадины также являются распространенной причиной артроскопии тазобедренного сустава. Повреждения СХ в зависимости от глубины дефекта распределяются на 4 степени (Outerbridge) [5].

1 степень – нарушение структуры СХ без макрпризнаков нарушения его целостности;

II степень – нарушение целостности СХ, не достигающей субхондрального слоя кости;

III степень – нарушение целостности СХ, которое достигает субхондрального слоя кости;

IV степень – полнослойный дефект, при котором субхондральный слой кости остается полностью обнаженным.

Диагностика

Диагноз ПСГВВ устанавливается на основе анамнеза, результатов клинических и инструментальных методов исследования, а также дифференциальной диагностики с другими синдромами и заболеваниями [5–10].

Анамнез. Чаще ПСГВВ возникают у спортсменов во время спортивного сезона на фоне интенсивных физи-

ческих нагрузок, или действия непосредственно прямой травмы на эту анатомическую область. При этом пациенты часто жалуются на боль, которая локализуется в паховой области, возникает во время физических нагрузок и усиливается при ротационных движениях бедра, резких выпадах бедра в сторону, а также ударах ногой по мячу. При клиническом обследовании больных с ПСГВВ проводится внешний осмотр пациента, при этом определяют: наличие гематом и отеков в паховой области, симметричность левой и правой паховой области, наличие укорочения или удлинения нижних конечностей, наличие осевых деформаций нижних конечностей и позвоночника, а также наличие гипотрофии или атрофии мышц паховой области. Для обнаружения ПСГВВ проводятся специфические абдукционно-экстензионно-внешнеротационный (FABBER) тест, а также флексионно-аддукционно-внутреннеротационный (FADDIR) тест (рис. 1).

Среди инструментальных методов информативными являются сонографическое и МРТ-исследования [1, 2, 4].

МРТ является наиболее информативным методом диагностики ПСГВВ [11]. К ее преимуществам относятся:

- 1) отсутствие ионизирующего облучения;
- 2) высокая селективность;
- 3) многоплоскостность визуализации;
- 4) возможность применения контрастных веществ.

Так, Т-2 взвешанные сигналы четко указывают локализацию и характер травмы, поскольку эти сигналы чувствительны как к растяжению и воспалению ткани суставной губы, так и к ее дегенеративному изменению, а также разрыву (рис. 2).

Сонографическая диагностика сегодня остается самым доступным и информативным методом обследования. При сонографическом обследовании можно оценить наличие: костных разрастаний, изменения вокруг расположенных бурс, наличии синовииита в суставе, а также ПСГВВ (рис. 2). Также возможно провести оценку высоты суставного хряща головки бедренной кости, структурные характеристики мышц, сухожилий, а также участки их перехода в костную ткань, а в доплер режиме – оценку местного кровообращения [12–14].

Лечение

Лечение ПСГВВ проводится путем артроскопии в специальнооборудованной операционной, которая должна включать помимо традиционных требований еще и нали-



Рис. 1. Клиническое обследование больных с ПСГВВ: а – FADDIR тест; б – FABBER тест

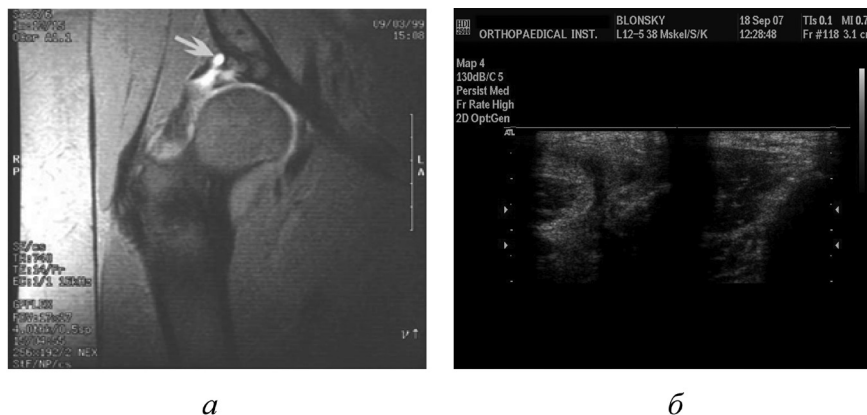


Рис. 2. МРТ (а), а также сонографическая картина (б) ПСГВВ (показано стрелками)



Рис. 3. Вид операционной (а), а также разметка порталов на операционном поле (б) у больных с ПСГВВ

чие артроскопической стойки, ортопедического дистракционного стола, серомобили, а также специализированного инструментария для артроскопии тазобедренного сустава. При выполнении артроскопии тазобедренного сустава мы проводили дистракцию нижних конечностей для расширения суставной щели, при этом использовали стандартные передний, переднемедиальный, заднелатеральные порталы, а также дополнительные проксимальный и дистальный переднелатеральные порталы (рис. 3)

Тактика лечения ПСГВВ зависит от вида и локализации ее разрыва. Так при радиальном, поперечном и лоскутообразном ее разрывах проводится парциальная резекция поврежденной части губы, а при ее гипермобильности и продольном разрыве в красной зоне проводится шов и рефиксация с помощью анкерных фиксаторов (рис. 4)

В случае сочетания ПСГВВ с травматическими повреждениями суставного хряща (СХ) (2–4 ст. за McCarthy) лечение также проводилось с помощью артроскопической техники. В общем тактика лечения травматических повреждений суставного хряща является одинаковой для всех крупных суставов и зависит от глубины и локализации дефекта суставного хряща. При нарушении целостности СХ существующие миниинвазивные способы лечения делятся на shaving (дебридмент), abrasio-артропластику, а также остеоперфорацию зоны дефекта СХ (рис. 5).

В результате произведенного артроскопического лечения у всех 26 больных было отмечено полное или частичное уменьшение болевого синдрома, при этом 24 больных в течении года вернулись на прежний уровень профессиональной спортивной деятельности. У 2-х больных с ПСГВВ

4 ст. по McCarthy, что сопровождалось повреждениями СХ головки бедренной кости, а также СХ вертлужной впадины 4ст. по Outerbridge и которым кроме парциальной резекции суставной губы были произведены дебридмент и остеоперфорация зоны дефекта СХ, были вынуждены завершить профессиональную спортивную деятельность.

Таким образом, тактика лечения спортсменов с ПСГВВ на сегодняшний день не имеет четкого патогенетически обоснованного алгоритма и характеризуется несогласованностью применения различных методов лечения, а также их низкой эффективностью, что объясняется неправильной трактовкой причины и локализации очага возникновения патологического процесса.

По нашему мнению, на сегодняшний день, наиболее перспективным путем решения данной проблемы являет-

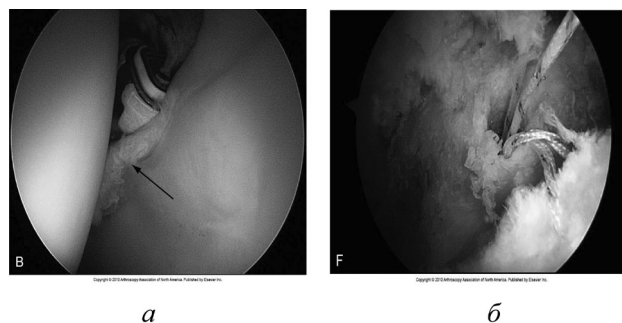


Рис. 4. Артроскопическая картина оперативного лечения ПСГВВ тазобедренного сустава: а – парциальная резекция поврежденной части губы; б – шов и рефиксация с помощью анкерных фиксаторов

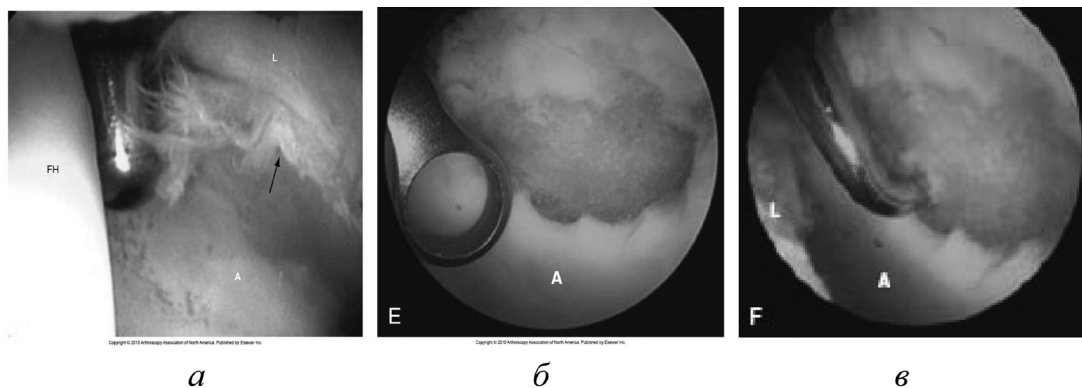


Рис. 5. Артроскопическая картина оперативного лечения травматического повреждения суставного хряща вертлужной впадины тазобедренного сустава: а – shaving-артропластика б – abrasio-артропластика; в – остеоперфорация

ся четкая диагностика локализация очага возникновения патологического процесса и своевременно начатое адекватное, патогенетически обоснованное миниинвазивное лечение больных с привлечением эндоскопической техники. Все вышеуказанное позволит повысить эффективность лечения спортсменов с травмами паховой области и ускорит их возвращение к профессиональной деятельности.

Литература

1. Carlos, A. Guanche Hip and pelvis injuries in sports medicine. – Philadelphia, PA: Lippincott Williams&Wilkins, 2010.
2. Norris, C. Sports injuries diagnosis and management. – 2nd ed. / C. Norris Oxford: Butterworth and Heinemann, 1998. – P. 19–21.
3. Gibbon, G. Imaging of orthopedic sports injuries / Gibbon G., Shilders E. – Berlin: изд-во, 2007. – P. 235–265.
4. McCarthy, JC: The diagnosis and treatment of labral and chondral injuries. *Instr Course Lect* 2004; 53:573–577.
5. Outerbridge R: The cause of chondromalacia patellae. *J Bone Joint Surg Br* 1961; 43:752–754.
6. Martin HD: Clinical examination of the hip. *Oper Tech Orthop* 2005; 15:177–181.
7. Kelly BT, Williams 3rd RJ, Philippon MJ: Hip arthroscopy. current indications, treatment options, and management issues *Am J Sports Med* 2003; 31:1020–1037.
8. Byrd *JWT Operative Hip Arthroscopy*, New York: Springer; 2005.

9. Kelly BT, Weiland DE, Schenker ML, Philippon MJ: Arthroscopic labral repair in the hip. surgical technique and review of the literature *Arthroscopy* 2005; 21:1496–1504.

10. McCarthy J, Wardell S, Mason J, et al: Injuries to the acetabular labrum. classification, outcome, and relationship to degenerative arthritis Paper presented at: American Academy of Orthopedic Surgeons 64th Annual Meeting; February 1997 San Francisco, American Academy of Orthopedic Surgeons, 1997.

11. Braly BA, Beall DP, Martin HD: Clinical examination of the athletic hip. *Clin Sports Med* 2006; 25:199–210.

12. Czerny C, Hofmann S, Neuhold A, et al: Lesions of the acetabular labrum. accuracy of MR imaging and MR arthrography in detection and staging *Radiology* 1996; 200:225–230.

13. Горбатенко, С. А. Ультразвуковая диагностика повреждений и заболеваний мягких тканей опорно-двигательного аппарата // Метод. рек. – М., 1991. – 25 с.

14. Долгова, И. В. Ультразвуковая ангиография при повреждениях ахиллова сухожилия / И. В. Долгова // Матер. III съезда Рос. ассоц. специалистов ультразвуковой диагностики в медицине. – М., 1999. – 201 с.

15. Зубарев, А. В. Современная ультразвуковая диагностика в травматологии / А. В. Зубарев, А. П. Николаев, И. В. Долгова, А. Ф. Лазарев // Медицинская визуализация. – 1999. – № 1. – С. 11–34.