

III РАЗДЕЛ

ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ТРАВМАХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ У СПОРТМЕНОВ

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ У СПОРТСМЕНОВ

Богданович И.П., Новицкий В.В., Прокопик И.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», ГУ «Областной диспансер спортивной медицины», Гродно

Достаточно регулярно к травматологу областного диспансера спортивной медицины (ОДСМ) обращаются спортсмены разных возрастных групп из различных видов спорта с жалобами на боли в одном или обоих коленных суставах. Обследование начинаем с общепринятого в травматологии диагностического алгоритма: сбор жалоб и анамнеза, объективный осмотр, рентгенография, ультразвуковое исследование, МРТ, клинический и биохимический анализ крови. В результате чего, выделяем две группы пациентов с болевым симптомом в коленном суставе: первая - нуждающиеся в оперативном лечении в условиях травматологического отделения, вторая - нуждающиеся в амбулаторном консервативном лечении с использованием иммобилизации, медикаментозного и физиотерапевтического лечения и обязательным исключением спортивных нагрузок.

В 2007-2009 годах в ОДСМ г. Гродно консервативное лечение было проведено у 223 пациентов, ведущей жалобой у которых являлась постоянная ноющая боль в одном или обоих коленных суставах, проходящая после длительного курса физиотерапевтического лечения и продолжительного исключения физических нагрузок. Соотношение мужчин и женщин 2:1. Среди

пациентов были представители различных видов спорта: акробатика - 12 пациентов (возраст 12-18 лет), бадминтон - 3 (14-16 лет), баскетбол - 17 (12-26 лет), бокс - 12 (17-21 год), борьба (греко-римская, вольная, самбо, дзюдо) - 15 (10-22 лет), велоспорт - 11 (13-18 лет), волейбол - 38 (14-34 года), гандбол - 9 (12-18 лет), гимнастика - 18 (8-14 лет), легкая атлетика - 31 (8-40 лет), теннис (большой и настольный) - 11 (13-21 год), тяжелая атлетика - 4 (19-24 года), фехтование - 5 (11-14 лет), футбол - 19 (14-21 год), хоккей - 12 (12-20 лет), а также тренерский состав - 9 пациентов от 26 лет до 60 лет и профессиональных танцоров - 7 пациентов от 16 до 26 лет. В анамнезе пациенты указывали появление болей в коленном суставе после длительных физических нагрузок и отрицание травматических факторов (падений, ушибов и др.) При объективном осмотре отсутствовал отек коленного сустава, движения в нем в физиологическом объеме и безболезненны без нагрузки. Признаки нестабильности сустава и симптомы повреждения менисков не были выявлены.

У абсолютного большинства, данной группы пациентов, был положительный симптом скольжения надколенника Золен (Zohlen), который проверялся двумя способами: первый - пальцами врача фиксировался расслабленный верхний полюс надколенника лежащего пациента и пациенту предлагалось поднять выпрямленную в коленном суставе обследуемую нижнюю конечность, второй - левая ладонь врача прижимает верхний полюс расслабленного надколенника лежащего пациента и правая кисть врача пальпирует переднюю поверхность средней трети четырехглавой мышцы, указывая пациенту напрячь данную мышцу (1, 2, 3).

При проверке этого симптома наблюдалось три варианта положительного ответа:

- а) болезненность при движении надколенника;
- б) крепитация или хруст при скольжении надколенника по передней поверхности бедренной кости и чаще всего наблюдалось;
- в) сочетание болезненности и крепитации.

Так же характерным симптомом является болезненность в коленном суставе при нескольких глубоких приседаниях.

На основании вышеперечисленных данных выставлялся

диагноз: хондромалиция надколенника (M22.4), нарушение равновесия между надколенником и бедренной костью (M22.2), пателло-фemorальный артроз (M19.8) или остеохондропатия надколенника (M93.8).

Каждому пациенту назначался курс физиотерапевтического лечения на больной коленный сустав (10 процедур электрофореза новокаина, УВЧ, баротерапия, затем 10 процедур ультразвука с хондроксидом или алфлутопом в гелевой форме, парафина, магнитотерапия) в сочетании с приёмом хондропротекторов внутрь, массажем пораженной нижней конечности и обязательным отсутствием спортивных нагрузок, противопоказанием иммобилизации эластичным бинтом или фиксирующим наколенником и охранительным режимом в быту (исключением приседаний, продолжительной ходьбы и других нагрузок), уточнялось полноценность питания спортсменов (10-14 летние пациенты не всегда включали в свой рацион сыр и творог или мясо и рыбу). Через 1,5-2 месяца от начала лечения разрешалось плавание, велотренажер средней интенсивности нагрузок в течение ещё двух недель, и при отсутствии жалоб на боли разрешался курс втягивающих тренировочных занятий в течение одного месяца. Длительность лечения обусловлена не только повреждением суставной поверхности надколенника, но и предполагалось аналогичное заболевание хряща суставных поверхностей бедренной и большеберцовой костей вследствие длительных динамических и статических нагрузок.

Выводы:

1. При обращении спортсмена прыжковых видов спорта (баскетбол, бадминтон, бокс, волейбол, гимнастика и др.) или после продолжительных физических нагрузок на нижние конечности (велоспорт, легкая и тяжелая атлетика, большой и настольный теннис, борьба, фехтование, футбол, хоккей и др.) с жалобами на боль в одном или обоих коленных суставах при физических нагрузках, при наличии положительного симптома скольжения надколенника Золена (Zohlen) и при отсутствии других признаков травматических повреждений или ортопедических заболеваний пациенту показано назначение продолжительного курса амбулаторного лечения.

2. Спортсмену, проходящему курс амбулаторного лечения

по поводу хондромалиции или остеохондропатии надколенника, необходима психологическая поддержка со стороны тренера, с пониманием относящегося к медицинским проблемам спортсмена и готового к 2-3 месячному перерыву тренировочного процесса подопечного и в последующем дозированными нагрузками на нижние конечности в течение 4-6 месяцев.

Литература:

1. Сименач Б.И., Нестеренко С.А., Пустовойт Б.А., Суркин Н.П. и др.: Диагностика и хирургическое лечение нарушений равновесия надколенника диспластического генеза. Метод. рекомендации. Киев, 1990. - 25 с.
2. Клиническое исследование костей, суставов и мышц: пер. с англ. / К. Букуп. - М.: Мед. лит., 2007. - 320 с.
3. Шойлев Д. Спортивная травматология. София: Медицина и физкультура, - 1986. - 192 с.

АРТРОСКОПИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Богданович И.П., Конецкий А.А., Малкин М.Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

УЗ ГКБ «Скорая медицинская помощь», Гродно

В настоящее время повреждения коленного сустава весьма распространены, особенно у спортсменов и пациентов молодого возраста. Наблюдается устойчивая тенденция к росту внутрисуставных повреждений. Золотым стандартом лечения повреждений коленного сустава является артроскопия. Обладая малой инвазивностью эндоскопические операции позволяют провести точную диагностику и ликвидировать проблему восстановив функцию коленного сустава [1, 2, 3].

За период с января 1998 г. по январь 2010 г. в клинике Гродненского государственного медицинского университета на базе травматологических отделений городской клинической больницы скорой медицинской помощи нами выполнено 1512 артроскопических оперативных вмешательств на коленном