

9. Фесенко, Ю. А. Современная проблема диагностики раннего детского аутизма (РДА) и расстройств аутистического спектра (РАС) / Ю. А. Фесенко, Е. Ю. Фесенко // Вестник Ленинградского государственного университета имени А.С. Пушкина. – 2021. – № 2. – С. 374-382.

10. Раттер, М. Интервью для диагностики аутизма: руководство / М. Раттер, Э. Л. Куто, К. Лорд; [русскоязычную версию подгот.: А. Сорокин и др.]. – [Б. м.]: Giunti O.S., 2014. – 122 с.

11. Бизюкевич, С. В. Диагностические возможности «плана диагностического обследования при аутизме» (ADOS-2) / С. В. Бизюкевич // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2021. – Т. 12, № 3. – С. 432-442.

## ИМПИДЖМЕНТ–СИНДРОМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

*Богданович И.П.<sup>1</sup>, Конецкий А.А.<sup>1</sup>, Богданович И.И.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно

**Актуальность.** Импиджмент-синдром тазобедренного сустава или феморо-ацетобулярный импиджмент (ФАИ) – это заболевание, вызывающее при движении преждевременный контакт между вертлужной впадиной и проксимальным отделом бедра, сопровождается клиническими симптомами и рентгенологическими проявлениями [1, 2]. В результате длительного нарушенного контакта в тазобедренном суставе могут развиваться дегенеративно дистрофические изменения [3].

Морфология изменений при импиджмент-синдроме может проявляться как со стороны бедра, так и со стороны вертлужной впадины. Морфология «кулачка» характеризуется уплощением головки или выпуклостью бедренной кости [2]. Этот вариант встречается у лиц мужского пола [3, 4].

Морфология «клещей» характеризуется «чрезмерным покрытием» головки бедренной кости вертлужной впадиной, в которой край вертлужной впадины расширен за пределы нормального объема в одной фокальной области или по всей окружности вертлужной впадины [2]. Этот вариант встречается чаще у женщин [3, 4].

По данным некоторых авторов, 85% пациентов имеют смешанные варианты морфологических изменений тазобедренного сустава [3]. Различия вариантов во многом определяются возрастными изменениями [4].

**Цель.** Определить оптимальный подход в тактике лечения импиджмент-синдрома тазобедренного сустава.

**Методы исследования.** За период 2022-2023 г.г. нами проведено клинорентгенологическое обследование 30 пациентов с импиджмент-синдромом тазобедренного сустава, консультированных амбулаторно и находящихся на стационарном лечении в травматологическом отделении № 2 УЗ «Городская

клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно». Возраст пациентов составил от 12 до 60 лет, соотношение мужчин и женщин 3:1.

В ходе клинического обследования определяли наличие боли в бедре или паху, связанной с определёнными движениями или положениями.

При подозрении на ФАИ всем пациентам выполняли рентгенографию обоих тазобедренных суставов в 2-х проекциях.

Всех пациентов разделили на 3 группы: 1-я – до 18 лет (n=8); 2-я – до 40 лет (n=12) и 3-я – до 60 лет (n=10). Применяли как консервативную терапию, так и оперативное лечение.

**Результаты и их обсуждение.** Основным клиническим симптомом при наличии ФАИ являлись боли в бедре или паху. Однако могут быть и дополнительные симптомы: скованность, ограничение движений, щелчок.

При анализе рентгенограмм были выявлены морфологические изменения шейки бедра и вертлужной впадины различной степени выраженности, вплоть до развития остеоартроза 3 стадии.

По литературным данным, на сегодняшний день, нет единого подхода в выборе метода лечения ФАИ. Из хирургических методов широко применяется артроскопия и эндопротезирование тазобедренного сустава. Артроскопия является наиболее распространённой хирургической операцией при ФАИ. Однако пациент не всегда психологически готов к её выполнению, а в более поздние сроки она не показана. В связи с чем, есть необходимость в индивидуальном подходе при выборе метода лечения для каждого пациента. Нельзя забывать и о возможных осложнениях при артроскопии. Частота хирургических осложнений, о которых сообщается в литературе, различна и достигает в среднем до 3,3%. Ход операции варьируется в зависимости от клинического суждения лечащего врача, основанного на предоперационном обследовании и интраоперационной находке, но, как правило, включает в себя изменение формы вертлужной впадины за счёт среза нависающего края.

Ещё одним спорным вопросом является предположение, может ли артроскопия предотвратить развитие остеоартроза.

Консервативное лечение предполагает улучшение нервно-мышечной функции бедра с целью профилактики снижения динамической стабильности тазобедренного сустава. Для улучшения динамической стабильности бедра следует уделять особое внимание укреплению глубоких наружных ротаторов бедра, отводящих мышц и сгибателей. Нагрузка в тазобедренном суставе может быть уменьшена, что затем облегчает регуляцию ноцицептивных нейромедиаторов вертлужной впадины.

Для уменьшения асептического воспаления (снижения болевого синдрома) назначали нестероидные противовоспалительные средства, магнитотерапию, ударно-волновую терапию (УВТ).

В 1-й группе пациентам проводили консервативное лечение. Во 2-й группе количество желающих прооперироваться резко возросло. Рекомендовалось выполнить артроскопические операции. В 3-й группе наблюдался высокий

процент перехода к тотальному эндопротезированию тазобедренного сустава в связи с развитием дегенеративно-дистрофического процесса.

**Вывод.** Анализируя полученные результаты консервативного и оперативного лечения ФАИ, можно сказать, что существуют естественные различия в морфологических характеристиках тазобедренного сустава, и не все изменения являются патологическими. Применения на ранних этапах консервативного лечения: ЛФК, УВТ, магнитотерапии дают хорошие результаты. Необходимо провести дополнительные исследования, доказывающие эффективность артроскопии тазобедренного сустава. Наличие рентгенологических признаков ФАИ не всегда способствует прогрессированию дегенеративно дистрофического процесса по сравнению с пациентами, у которых этих морфологических изменений не было.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Protocol for a multi-centre randomised controlled trial comparing arthroscopic hip surgery to physiotherapy-led care for femoroacetabular impingement (FAI) / N. J. Murphy [et al.] // The Australian FASHIoN trial. BMC Musculoskelet Disord. – 2017. – Sep 26;18(1). – P. 406.

2. The Warwick Agreement on femoroacetabular impingement syndrome (FAI syndrome): an international consensus statement / D. R. Griffin [et al.] // Br J Sports Med. 2016; 50(19). – P. 1169–1176.

3. Chaudhry, H. The etiology of femoroacetabular impingement: what we know and what we don't / H. Chaudhry, O. R. Ayeni // Sports Health. – 2014. – Mar;6(2). – P. 157–61.

4. Population-based prevalence of multiple radiographically-defined hip morphologies / R. Raveendran [et al.] // The Johnston County Osteoarthritis Project. Osteoarthritis Cartilage. – 2018. – Jan;26(1). – P. 54–61.

5. Physical impairments and activity limitations in people with femoroacetabular impingement: a systematic review / L. E. Diamond [et al.] // Br J Sports Med. – 2015 Feb;49(4). – P. 230–242.

6. Adam Smithson, Femoral Acetabular Impingement by Adam Smithson, University of Nottingham. Available [Electronic resource]. – Mode of access: [http://www.youtube.com/watch?v=uY9N8hmrr\\_g](http://www.youtube.com/watch?v=uY9N8hmrr_g). – Date of access: 02.03.18.

7. Comparative reliability and diagnostic performance of conventional 3T magnetic resonance imaging and 1.5T magnetic resonance arthrography for the evaluation of internal derangement of the hip / A. Chopra // Eur Radiol. – 2018 Mar;28(3). P. 963-971.

8. Complications following arthroscopic surgery of the hip: a systematic review of 36 761 cases / N. Nakano [et al.] // Bone Joint J. – 2017. – Dec;99-B(12). – P. 1577–1583.