

## 08.04.2020-ПЗ-Спортивна травматологія

### УШКОДЖЕННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ У СПОРСТМЕНІВ

Пошкодження тазостегнового суглоба відноситься до артрогенних, сімфізогенних і остеогенних травм.

**До остеогенних пошкоджень** відносять травматичні і стресові переломи проксимального відділу стегнової кістки і кісток тазу, які можуть розвиватися у спортсменів внаслідок гострої або хронічної травми. Слід зазначити, що дані пошкодження складають менше 1% від всіх травм пахової області у спортсменів. При цьому травматичні ушкодження характерні більш для спортсменів контактних видів спорту, а також гірських лиж, стрибків з трампліну, авто і мотоспорту, тоді як стресові е переломи більш характерні для спортсменів які мають хронічні однотипні навантаження (стаєр, тріатлоністи, а також спортсмени ігрових х видів спорту).

**До сімфізогенних пошкоджень пахової області** у спортсменів відносять сімфізіт, а також мікро нестабільність переднього тазового півкільця. Як відомо таз є місцем біомеханічного рівноваги між верхньою і нижньою частинами тіла. До кісток тазу прикріплюється велика кількість м'язів, які забезпечують тонку рівновагу між їх частинами і координують рухи, що передаються через таз. Слід зазначити, що навколо лонного зчленування існує певний «люфт», який в нормі становить 2 мм фронтальної і 3 мм в сагітальній площинах. При цьому головними стабілізаторами рівноваги навколо переднього тазового півкільця служать потужні приводні м'язи стегна, а також прямі і косі м'язи живота. Довготривалі та однотипні навантаження, пов'язані з асиметричним скороченням м'язів стегна, прямих і косих м'язів живота, призводять до мікротравматизації, запаленню, а також до дегенеративних змін даної локалізації, з подальшим виникненням мікро - або повного розривів сухожильно-зв'язкового апарату навколо лобкового симфізу, внаслідок цього це призводить до порушення біомеханічної рівноваги і розвитку нестабільності переднього тазового півкільця.

**Артрогенні пошкодження тазостегнового суглоба** складають 15-21% всіх травм пахової області у спортсменів, вони ділять:

1. Пошкодження суглобової губи кульшової западини
2. Пошкодження суглобового хряща кульшової западини
3. Пошкодження суглобового хряща головки стегнової кістки
4. Пошкодження круглої зв'язки головки стегнової кістки
5. Посттравматичні вільні кістково-хрящові тіла
6. Посттравматичні сторонні предмети.

**Пошкодження КС** (кульшового суглобу) складають 56,6% випадків всіх спортивних травм.

**Основними з них є:**

1. Дегенеративні захворювання КС (коксартроз);
2. Запальні захворювання КС та периартикулярних м'яких тканин (артрити, синовіт, бурсит, міозит);
3. Імпіджмент-синдром або синдром стегново-вертлужного зіткнення;

4. Асептичний некроз (остеохондропатія) головки стегнової кістки (хвороба Легг-Кальве-Пертеса);
5. Ураження КС при системних запальних захворюваннях сполучної тканини (хвороба Рейтера, хвороба Бехтерева, ревматоїдний артрит тощо);
6. Кісти;
7. Інфекційні ураження кісткової тканини (туберкульоз тощо);
8. Адгезивний капсуліт кульшового суглобу;
9. Наслідки вроджених аномалій та порушень розвитку тканин (дисплазія кульшового суглоба);
10. Травматичні ушкодження суглобу та навколо суглобових м'яких тканин (вивихи у кульшовому суглобі, перелом шийки стегна, розрив сухожиль, пошкодження вертлюжної губи, забій м'яких тканин стегна);
11. Епіфізеоліз.

### Протокол діагностики складається з:

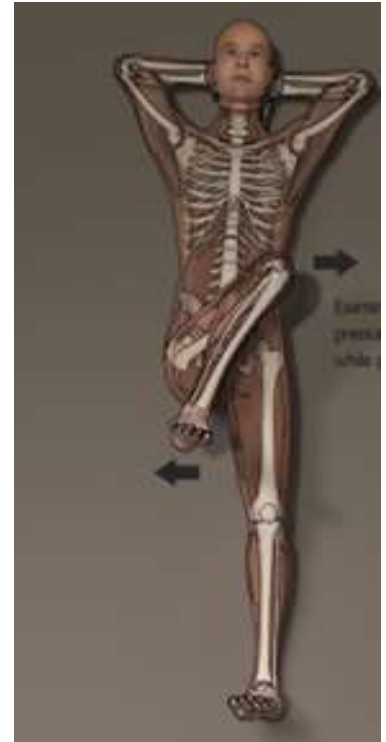
1. Спортивний анамнез
2. Обстеження кульшового суглобу
3. Огляд пацієнта під час ходьби, в положенні сидячи, в положенні лежачи
4. Пальпація
5. Оцінка можливості здійснення рухів, її амплітуди (відведення, приведення, згинання, розгинання)

### Орієнтовні діагностичні тести

Для діагностики стану кульшового суглоба застосовують тест Патріка. (**Patrick, FABER – flexion, abduction, external rotation** (згинання, відведення, зовнішня ротація)). В.п. пацієнта лежачи на спині, нижні кінцівки розігнуті. ФТ знаходиться з боку кінцівки, що тестується. ФТ верхньою рукою захоплює нижню кінцівку знизу під колінним суглобом, нижньою – захоплює гомілку за нижню третину та переносить її на протилежне стегно над колінним суглобом (виконує згинання стегна, відведення та зовнішню ротацію). Надалі ФТ нижньою рукою фіксує передню верхню ость клубової кістки з протилежного боку, нижньою – здійснює тиск на колінний суглоб відповідної кінцівки в напрямку кушетки. Тест вважається позитивним, якщо під час його виконання пацієнт відмічає збільшення інтенсивності болю в паху (при дисфункції стегна, КС) або в сідничній області (в зоні крижово-клубового з'єднання) при дисфункції крижово-клубових суглоба(ів).



**FADDIR (flexion, adduction, internal rotation; згинання стегна, приведення, внутрішня ротація.** В.п. пацієнта лежачи на спині, нижні кінцівки розігнуті. ФТ знаходиться з боку кінцівки, що тестується. ФТ верхньою рукою захоплює нижню кінцівку знизу під колінним суглобом, нижньою – захоплює гомілку за нижню третину та згинає її під кутом  $90^\circ$  у кульшовому та колінному суглобах, далі, натискаючи верхньою рукою з зовнішнього боку на колінний суглоб приводить стегно у кульшовому суглобі, при цьому нижньою рукою здійснює внутрішню ротацію стегна у кульшовому суглобі за нижню третину гомілки. Тест вважається позитивним, якщо під час його виконання пацієнт відмічає збільшення інтенсивності болю в паху (при дисфункції м'яких тканин стегна (імпіджмент або артроз КС) або у зовнішній сідничній області



### **Завдання до практичного заняття**

**Теоретична частина.** Усне опитування за темою заняття.

**Практична частина.** Скласти протокол фізичної реабілітації спортсмена при травмі кульшового суглобу та визначити і кваліфікувати основні напрями діагностики існуючої травми (номер теми співпадає з порядковим номером в журналі групи):

1. Коксартроз;
2. Артрити, синовіт, бурсит, міозит;
3. Імпіджмент-синдром або синдром стегново-вертлужного зіткнення;
4. Асептичний некроз (остеохондропатія) головки стегнової кістки (хвороба Легг-Кальве-Пертеса);
5. Хвороба Рейтера, хвороба Бехтерева, ревматоїдний артрит;
6. Кісти;
7. Адгезивний капсуліт кульшового суглобу;
8. Вивихи у кульшовому суглобі;
9. Перелом шийки стегна;
10. Розрив сухожиль;
11. Ушкодження суглобової губи кульшової западини,
12. Ушкодження суглобового хряща кульшової западини;
13. Ушкодження суглобового хряща головки стегнової кістки;
14. Ушкодження круглої зв'язки головки стегнової кістки;
15. Епіфізеоліз.