

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЛОБКОВОГО СИМФИЗИТА У ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Дудник Т.А., Абдуллаев Р.Я.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина,
Харьковская медицинская академия последиplomного образования, г. Харьков, Украина

Вступление. Лобковый симфизит является частью многокомпонентного синдрома, называемого в западной литературе ARS-синдромом. (adductor, rectus, symphysis.) В его патогенезе важную роль играет хроническая микротравматизация, вследствие которой развивается нестабильность лобкового сочленения и воспаление, которые при отсутствии коррекции тренировочного процесса приобретают хронический персистирующий характер и проявляются болью в паховой области, приводящей к частичной или полной утрате работоспособности спортсменом.

Цель исследования. Улучшить диагностику лобкового симфизита с помощью ультразвукового исследования.

Материалы и методы. Ультразвуковое исследование проведено 34 пациентам профессионально занимающимся футболом в возрасте от 17 до 32 лет, с жалобами на боли в паховой области с иррадиацией по внутренней поверхности бедра вниз, боли внизу живота по ходу прямых мышц, которые возникают во время физических нагрузок. Ультразвуковое исследование проводилось на сканерах ULTIMA PA EXPERT, ULTIMA SM (РАДМИР) и Simens Acuson X 300 (Simens) линейными датчиками с частотой 5-12 МГц с применением функциональной ультрасонографии и энергетического доплеровского картирования. При УЗИ в режиме серой шкалы проводилась оценка сухожилий и зон инсерции приводящих мышц бедра, дистальной части прямой мышцы живота (толщина, структура и эхогенность), кортикального слоя в области прикрепления сухожилий, наличие краевых остеофитов, состояние близкорасположенных суставных сумок. Затем эти данные сравнивались с данными контрлатеральной асимптоматичной части таза (у пациентов с односторонним процессом). При УЗ-ангиографии в режиме энергетического доплеровского картирования оценивали степень васкуляризации по ходу сухожилий и в проекции их прикрепления.

Результаты. В результате комплексного ультразвукового исследования было диагностировано: комбинированное поражение сухожилий в зонах инсерции – у 15 пациентов (44,2%), поражение энтеза сухожилия *m. adductor longus* – у 6 пациентов (17,6%), поражение энтеза сухожилия *m. adductor brevis* – у 4 пациентов (11,8%), сухожилия дистальной части *m. rectus abdominis* – у 5 пациентов (14,7%), сухожилия передней части *m. adductor magnus* – у 3 пациентов (8,8%), *m. gracilis* – у 1 пациента (2,9%). Эхогенность сухожилий в зонах инсерции была снижена у всех пациентов – 34 (100%). Структура сухожилий была однородной: мелкие кальцинаты в толще сухожилия – у 10 пациентов (29,4%), диффузно неоднородная – у 24 пациентов (70,6%). При УЗ-оценке состояния кортикального слоя в 82% случаев отмечалась неровность различной степени в проекции прикрепления сухожилий.

При УЗ-ангиографии в режиме энергетического доплеровского картирования по ходу сухожилий и в местах прикрепления отмечалась гипervasкуляризация у – 15 пациентов (44,1%).

При рентгенографии изменения выявлялись у 8 пациентов (23,5%) с остеофитами в области инсерции.

При магнитно-резонансной томографии определялось повышение МР сигнала в волокнах сухожилий в местах их прикрепления к лонной кости – у 32 пациентов (94,1%).

Выводы. УЗИ позволяет неинвазивно оценивать состояние сухожильно-мышечного комплекса до и на фоне консервативной терапии лобкового симфизита, что служит дополнительной и важной информацией для клиницистов и дает возможность выбора тактики лечения.