

МЕТОДИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРС-СИНДРОМА

С.П. Миронов, А.К. Орлецкий, Д.О. Васильев

Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, Москва

Предложена оригинальная методика оперативного лечения АРС-синдрома, заключающаяся в миофасциотомии и фасциопластике прямых мышц живота и частичной миотомии приводящих мышц бедра. Данная методика применена у 8 пациентов. Исходы лечения, прослеженные в течение 1 года, во всех случаях расценены как хорошие.

The original surgical technique for the treatment of ARS-syndrome in athletes is suggested. This technique consists of myofasciotomy and fascioplasty of m. rectus abdominus as well as partial myotomy of adductor muscles of the hip. Six patients have been operated on using this method. At 1 year follow-up the results are evaluated as good.

Происходящий на протяжении последних десятилетий рост спортивных достижений сопряжен со все возрастающим уровнем физических нагрузок. К сожалению, при нерациональной организации тренировочного процесса нередко наблюдается нарушение равновесия между физическими возможностями спортсмена, его функциональным состоянием и способностью опорно-двигательной системы к адаптации. Следствием нарушения адаптации к значительно увеличивающимся нагрузкам является развитие сначала функциональных, а затем и структурных изменений в тканях. Это находит свое отражение в развитии целого ряда сопровождающих занятия спортом патологических состояний. К их числу относится АРС-синдром, возникающий преимущественно у футболистов. Патогенетически он связан с приводящими мышцами бедер (аддукторы — А), прямыми мышцами живота (ректус — Р) и лонным сочленением (симфиз — С) — отсюда и название — АРС-синдром.

Данный симптомокомплекс, впервые описанный болгарским врачом М. Банковым [3], следует рассматривать как проявление хронической микронестабильности переднего отдела тазового полукольца. Длительные однотипные нагрузки, связанные с асимметричным сокращением приводящих мышц бедер, прямых и косых мышц живота, приводят к микротравматизации связочного аппарата лонного сочленения с возникновением воспалительных, а затем дегенеративных изменений.

Субъективные ощущения при АРС-синдроме сводятся к болям различной интенсивности в нижней части живота и паховых областях с иррадиацией по ходу мышц. Клинически при пальпации, максимальном отведении бедер и сгибании туловища с сопротивлением отмечается болезненность в местах прикрепления приводящих мышц бедер и прямой мышцы живота к лонной

кости. Боли, как правило, сопровождают физические нагрузки (бег, удары по мячу) и существенно ограничивают функциональные возможности игроков.

Рентгенологическая картина АРС-синдрома в случаях его затяжного течения характеризуется наличием признаков остеохондроза и остеохондрита лонного сочленения. При ультразвукографическом исследовании иногда визуализируются гиперэхогенные участки мышечной ткани в местах прикрепления к лонной кости.

Консервативное лечение обычно включает локальные инъекции кортикостероидов, нестероидную противовоспалительную медикаментозную терапию, различные виды физиотерапии (электрофорез с анестетиками, токи Бернара, лазеротерапия). Однако при этом заболевание часто рецидивирует (до 80% случаев) [1, 4, 5]. Несколько лучшие результаты, по нашим наблюдениям, достигаются при использовании метода экстракорпоральной ударно-волновой терапии [2].

Этими обстоятельствами была продиктована необходимость поиска новой, патогенетически обоснованной методики оперативного лечения АРС-синдрома. Такая методика была разработана и внедрена в клинику спортивной и балетной травмы ЦИТО.

Под интубационным наркозом в положении больного на спине производят линейный разрез кожи длиной 4–6 см на 2,5 см выше верхнего края лонного сочленения (см. рисунок). Послойно рассекают подкожную клетчатку и поверхностный листок влагалища прямой мышцы живота. Из последнего выкраивают лоскут трапециевидной формы, обращенный основанием к кости. При помощи коагулирующего скальпеля производят миотомии прямой мышцы живота до глубокого листка ее влагалища. Выкраенный фасциальный лоскут отсепааровывают и подшивают к мягким тка-

ням в непосредственной близости к лонной кости, после чего осуществляют пластическое восстановление поверхностного листка влагалища над зоной миотомии. Рану послойно ушивают и активно дренируют. Следующим этапом при максимальном отведении одного, а затем и другого бедра производят из небольших разрезов (см. рисунок) частичную миотомию длинных приводящих мышц на 3 см дистальнее мест прикрепления к лонной кости. После ушивания кожи раны дренируют и накладывают давящие повязки.

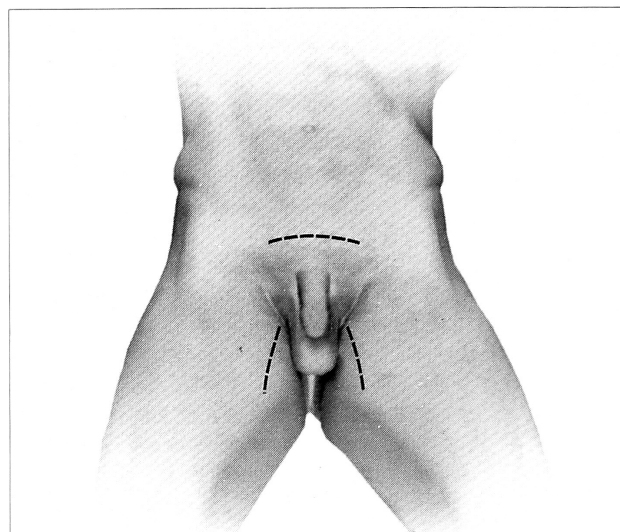
По нашему мнению, данная операция приводит к разгрузке лонного сочленения и предотвращает его микротравматизацию в дальнейшем. Происходящая при ее выполнении денервация зон прикрепления мышц позволяет купировать сопровождающие АРС-синдром миофасциальные боли. Пластическое восстановление поверхностного листка влагалища прямой мышцы препятствует возникновению мышечных грыж живота.

Со 2-го дня после операции пациентам разрешается самостоятельно передвигаться. Спустя 3 нед, после ультразвукографического контроля начинается лечение, направленное на восстановление нейромышечной функции (лечебная гимнастика для мышц живота и бедер, гидрокинезотерапия, электромиостимуляция). С 4-й недели возможен переход к «гладкому» бегу (по прямой без ускорений), с 6-й недели — тренировочные нагрузки в общей группе при соблюдении принципа их постепенного увеличения.

По предложенной методике оперировано 8 больных, 7 из которых являлись игроками футбольных команд мастеров, а 1 — членом сборной команды страны по плаванию (брасс). При оценке результатов лечения в срок до 1 года у всех пациентов отмечено полное исчезновение болей, что позволило им вернуться к прежнему уровню спортивной активности.

В качестве иллюстрации приводим одно из наблюдений.

Пациент К., 25 лет, мастер спорта по футболу, игрок команды мастеров. За 3 года до обращения в ЦИТО появились боли в нижней части живота и обеих паховых областях, возникновение которых связывает с чрезмерными по продолжительности и интенсивности тренировочными и игровыми нагрузками. Проводившееся врачом команды консервативное лечение, включавшее физиотерапию (ультразвук) и внутримышечные инъекции нестероидных противо-



Схематическое изображение кожных разрезов при операции по поводу АРС-синдрома.

воспалительных препаратов, не дало выраженного эффекта. При клиническом, рентгенологическом и ультразвукографическом обследовании выявлены характерные для АРС-синдрома признаки: локальные боли в местах прикрепления прямой и приводящих мышц, явления симфизита и миофиброза. Произведено оперативное вмешательство по предложенной методике. К тренировкам пациент приступил через 4 нед после операции, к играм — через 10 нед. При осмотре по прошествии 3 мес жалоб нет, уровень спортивной активности полностью восстановлен.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности и патогенетической обоснованности предложенной методики оперативного лечения АРС-синдрома. Данная методика технически несложна и малотравматична, что дает нам основание рекомендовать ее для широкого применения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Миронова З.С., Белкина Г.Н. //Профилактика, диагностика и лечение повреждений и заболеваний позвоночника и конечностей. — М., 1983. — Вып. 27. — С. 56–60.
2. Миронов С.П., Васильев Д.О., Бурмакова Г.М. //Вестн. травматол. ортопед. — 1999. — N 1. — С. 26–29.
3. Bankov M. //La Medicine sportive Travaux du XII Congres International Jubulere. — Moscow, 1958. — P. 502–504.
4. Holt M., Keene J. //Am. J. Sports Med. — 1995. — Vol. 6, N 23. — P. 601–606.
5. Perry J. //Br. Med. Bull. — 1992. — N 48. — P. 668–682.

