

© Коллектив авторов, 2004

ХАМСТРИНГ-СИНДРОМ (КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)

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

Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, Москва

Впервые в отечественной практике определены подходы к диагностике, разработана и с успехом применена методика оперативного лечения ранее мало изученного патологического состояния — хамстринг-синдрома. Результаты оперативного лечения 12 пациентов, прослеженные в сроки до 2 лет, во всех случаях расценены как хорошие.

For the first time in native practice the approaches to diagnosis of insufficiently studied pathology — hamstring syndrome were detected. Method of operative treatment was elaborated and successfully used at clinic. In 12 patients the 2 years follow up results of operative treatment were good.

Известно, что прогресс в современном спорте, высшие спортивные достижения неизбежно сопряжены с постоянно возрастающими физическими нагрузками. Это требует формирования качественно иного уровня функциональной готовности атлетов. Стремление форсировать данный процесс наряду с дальнейшей специализацией и усложнением технических приемов приводит к возникновению ранее не встречавшихся патологических состояний. К их числу относится хамстринг-синдром, впервые описанный финскими авторами J. Puranen и S. Orava [1, 2]. Название этого симптомокомплекса связано с локализацией возникающих при его развитии патологических изменений в области задней группы мышц бедра (в англоязычной медицинской литературе — «hamstring»).

Наиболее часто хамстринг-синдром наблюдается у высококвалифицированных спортсменов, занимающихся легкой атлетикой, и прежде всего спринтерским и барьерным бегом. Несколько реже он встречается у бегунов на средние дистанции.

Возникновение хамстринг-синдрома, как правило, является следствием недостатков в организации тренировочного процесса. Чрезмерные по интенсивности нагрузки, связанные с преимущественным включением задней группы мышц бедер (ускорение при беге, прыжки через барьеры), сопровождается перерастяжением и микротравматизацией проксимального сухожилия двуглавой мышцы бедра с развитием сначала острого, а в случаях продолжения нагрузок — хронического тендинита. Хронический воспалительный процесс нередко может протекать в виде фибриноидного воспаления с исходом в фиброз околосухожильного пространства. Подобные изменения могут развиваться при надрывах двуглавой мышцы в верхней трети бедра с образованием гематомы и последующим ее рубцовым перерождением.

Характерное клиническое проявление хамстринг-синдрома — боли в ягодичной области с иррадиацией по задней поверхности бедра. Обычно они возникают в момент ускорения при беге по

гладкой дистанции или при прыжках через барьеры. Не менее типично для данного патологического состояния появление болей в области седалищного бугра во время длительного пребывания в положении сидя, например за рулем автомобиля. Как патогномоничный признак хамстринг-синдрома следует рассматривать наличие болей при пальпации седалищного бугра в положении максимального разгибания конечности в тазобедренном и коленном суставах. Нередко при этом удается выявить утолщение и уплотнение двуглавой мышцы бедра. Неврологические нарушения, а именно симптомы натяжения седалищного нерва, обычно не определяются.

Рентгенологическое исследование при хамстринг-синдроме в единичных случаях позволяет выявить нарушение четкости контуров седалищного бугра в зоне прикрепления двуглавой мышцы. Магнитно-резонансная томография и ультразвуковая томография чаще всего демонстрируют утолщение двуглавой мышцы бедра в проксимальном отделе, иногда — наличие гиперэхогенных включений. При электронной миографической исследовании проводимости седалищного нерва признаков патологии не отмечается.

Нужно учитывать, что сходные с хамстринг-синдромом клинические проявления имеют и некоторые другие патологические состояния. Прежде всего это вертеброгенный пояснично-крестцовый корешковый синдром. Установить правильный диагноз позволяют характерный анамнез, неврологическая симптоматика и МРТ позвоночника. Значительно более редкими видами патологии данной области являются бурсит седалищно-ягодичной синовиальной сумки и стрессовый перелом седалищной кости. Как правило, решающее диагностическое значение в подобных случаях имеют ультразвуковое и рентгенологическое исследования.

Консервативное лечение, включающее различные виды физиотерапии, локальные инъекции кортикостероидов, применение нестероидных проти-

воспалительных препаратов, у подавляющего большинства больных с хамстринг-синдромом приводит лишь к временному купированию болей. Начало тренировочных нагрузок сопровождается рецидивом заболевания.

С учетом этого в отделении спортивной и балетной травмы ЦИТО была разработана методика оперативного лечения хамстринг-синдрома.

Под интубационным наркозом или спинномозговой анестезией в положении больного на животе делают линейный разрез длиной 5–7 см по ходу наружной части ягодичной складки. Послойно рассекают подкожную жировую клетчатку и ягодичную фасцию. Тупо отводят мышечные волокна большой ягодичной и двуглавой мышц, после чего обнажается седалищный бугор. Латерально от него в глубоком клетчаточном пространстве ягодичной области визуализируется седалищный нерв. При хамстринг-синдроме вокруг двуглавой мышцы удается выявить фиброзные ткани, интимно подпаянные к нерву на протяжении 2–4 см. Натяжение двуглавой мышцы приводит к перегибу и сдавлению нерва. Поэтому основным моментом операции является тщательное выполнение теномиолиза двуглавой мышцы и невролиза седалищного нерва с освобождением их от рубцовых тканей. В целях улучшения кровоснабжения сухожильной части двуглавой мышцы при ее хроническом воспалении производится туннелизация седалищного бугра спицей. Операция заканчивается послойным ушиванием и дренированием раны.

Наряду с хирургическим вмешательством важная роль отводится восстановительному лечению. Со 2-го дня после операции пациентам разрешается самостоятельно передвигаться. В раннем послеоперационном периоде назначается лечебная гимнастика — упражнения на растяжение задней группы мышц бедра с целью предотвращения повторного образования фиброзных тканей. После заживления раны начинается лечение, направленное на восстановление нервно-мышечной функции (массаж мышц бедра и ягодичной области, электромиостимуляция, гидрокинезотерапия). С 4-й не-

дели после операции разрешается бег по прямой без ускорений, с 6-й недели — тренировочные нагрузки в общей группе при соблюдении принципа их постепенного увеличения.

По предложенной методике оперировано 12 пациентов — легкоатлетов различной квалификации. При оценке отдаленных результатов (срок наблюдений до 2 лет) у всех пациентов отмечено полное купирование болей, что позволило им вернуться на прежний уровень физической активности.

Примером успешного оперативного лечения хамстринг-синдрома может служить следующее клиническое наблюдение.

Пациентка Г., 27 лет, заслуженный мастер спорта по легкой атлетике, бегунья на средние дистанции. За 4 года до обращения в ЦИТО появились боли в правой ягодичной области, впервые возникшие после частичного разрыва двуглавой мышцы бедра при выполнении упражнения на растяжение. Проводившееся консервативное лечение (физиотерапия, локальные противовоспалительные блокады, применение нестероидных противовоспалительных препаратов) не дала выраженного эффекта. При клиническом и ультразвуковом обследовании отмечены характерные для хамстринг-синдрома проявления: боли в области седалищного бугра с иррадиацией по задней поверхности бедра при его максимальном разгибании; утолщение двуглавой мышцы, признаки миофиброза. Произведено оперативное вмешательство по описанной выше методике. К тренировкам приступила через 4 нед после операции, к спортивным нагрузкам — через 8 нед. При осмотре через 6 мес: жалоб нет, полное восстановление прежних спортивных кондиций.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности и патогенетической обоснованности предложенной методики оперативного лечения хамстринг-синдрома. Методика является несложной в техническом отношении и малотравматичной, что позволяет рекомендовать ее для более широкого применения в клинической практике.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Puranen J., Orava S. //Am. J. Sports Med. — 1988. — Vol. 16. — P. 517.
2. Puranen J., Orava S. //Ann. Chir. Gynaec. — 1991. — Vol. 80, N 2. — P. 212–214.



ПОЗДРАВЛЯЕМ!

Оганеса Вардановича Оганесяна

с избранием действительным членом
Российской Академии Медицинских Наук