

КОЛЕННЫЙ СУСТАВ – один из наиболее часто травмируемых

Последняя из радикальных операций на суставе – это операция эндопротезирования, то есть замена сустава. Что нужно делать и как себя вести, чтобы не прийти к такому финалу? Я беседую с травматологом-ортопедом, кандидатом медицинских наук Дмитрием ШЕСТАКОВЫМ.



– Дмитрий Юрьевич, почему Вы решили стать врачом?

– Выбор профессии, как у многих, происходил перед окончанием школы. Это было время больших перемен. Уходила эпоха СССР, менялись все устои. Многие профессии теряли значимость. При этом были и незыблемые ценности, такие, как профессии врача и учителя. Мне хотелось быть полезным и востребованным, помогать людям, облегчать страдания. Поэтому выбор пал на врачебную специальность. При этом я решил поступать во Второй медицинский институт (2 МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова), на педиатрический факультет, поскольку осознавал, что подготовка детского врача подразумевает изучение не только всех «взрослых болезней», но и особенностей детского организма и течения заболеваний. Больше предметов, больше знаний.

– А как Вы выбрали себе направление по травматологии-ортопедии?

– Выбор сформировался на последних курсах института. На четвертом курсе я по собственному почину начал приходить на дежурства в девятую детскую больницу в отделения хирургического профиля. Очень хорошо помню ожоговое, травматологическое, реанимационное и приемное отделения. Это был, с одной стороны, бесплатный, а с другой – бесценный опыт. Конечно, было тяжело учиться и дежурить по ночам. Но, тем не менее, я каждому студенту-медику посоветовал бы такой путь вступления в профессию. На пятом курсе появилось желание набраться практического опыта во взрослой травматологии. К тому моменту меня познакомили с прекрасным травматологом-ортопедом в 15-й больнице. Так появились дежурства по экстренной травме. Большое количество поступающих травмированных пациентов обеспечивало работой всех желающих научиться и попрактиковаться. Я быстро освоил азы экстренной травматологической помощи:правление вывихов, репозицию отломков при переломах, хирургическую обработку ран, гипсовые повязки, наложение скелетного вытяжения и, конечно, работу в экстренной операционной. Таким образом в работе и сформировался профессиональный выбор.

– Давайте перейдем к основной тематике нашего интервью. Один из наиболее часто повреждаемых суставов – это коленный. Расскажите о наиболее частых его травмах.

– Действительно, частота травматизации коленного сустава велика. При этом самые частые повреждения и, соответственно, диагнозы – это разрыв внутреннего (или медиального) мениска, разрыв передней крестообразной связки и частичное повреждение внутренней боковой связки.

Повреждение передней крестообразной происходит в основном при чрезмерной ротации (вращении) или переразгибании в коленном суставе. Повреждение менисков происходит при форсированном сгибании в суставе, если оно сочетается с отведением и вращением голени книзу или кнутри. Также возможно повредить мениск, находясь в полном приседе. Повреждение внутренней боковой связки чаще бывает при отведении голени книзу, что встречается при ударе по наружной поверхности коленного сустава или приземлении на одну ногу.

Повреждение менисков составляет до 50 % всех травматических повреждений коленного сустава. Внутренний мениск в среднем повреждается в четыре раза чаще наружного.

Острые разрывы передней крестообразной связки с частотой до 50% сочетаются с разрывами менисков, связка в момент травмы отрывается в подавляющем большинстве случаев от бедренной кости.

При самой травме человек, помимо выраженной боли, ощущает, что в колене что-то порвалось, треснуло или хрустнуло. После травмы колено быстро отекает, в полости сустава скапливается кровь. Больно согнуть и разогнуть колено, опираться на травмированную конечность.

– Что делать, если получена травма коленного сустава? Когда обязательно нужно идти на приём к врачу, а когда можно остановиться на обычном холодае, противовоспалительных и рассасывающих мазях?

– Если после травмы появилось ощущение заклинивания коленного сустава, ощущение, что сустав стал нестабильным, появилась нарастающая отечность, распирающая боль в суставе, однозначно нужно обращаться к травматологу-ортопеду. Как правило, в травмпункте или приемных отделениях стационаров, помимо осмотра, выполняется рентгенограмма сустава для исключения внутрисуставного перелома. Если перелом исключен, но при этом выявлено повреждение связочного аппарата, потребуется фиксация,

будет наложена гипсовая лонгета или ортез коленного сустава. Так же поступают, если в полости коленного сустава скопилась кровь. Срок фиксации может варьироваться от одной до трех-четырех недель. Это зависит от диагноза и от того, какой цели требуется достичь. Если поврежден мениск или передняя крестообразная связка, которые не способны к самостоятельному сращению, то фиксация применяется для придания покоя конечности, снижения болевого синдрома, купирования кровоизлияния в сустав (гемартроза). Если, например, повреждена внутренняя боковая связка, способная к сращению, то фиксация может простираться до четырех недель и иногда более того.

К сожалению, в учреждениях, занимающихся оказанием экстренной медицинской помощи, не всегда возможно использовать более сложные методы диагностики, такие как магнитно-резонансная томография поврежденного сустава, однако следует сказать, что активным людям, занимающимся спортом или иной активной деятельностью, подобное исследование необходимо, причем как с тактической точки зрения, для выбора вида и длительности лечения конкретной травмы, так и со стратегической точки зрения, в том числе для прогнозирования и профилактики развития посттравматического артоза.

В случаях легкой травматизации, например, в виде банального ушиба, подразумевающего незначительный болевой синдром, без ограничения объема движений и нарушения опороспособности конечности, без скопления жидкости в полости сустава, возможна общепринятая схема первичной помощи с приятием суставу покоя, местным использованием холода и противовоспалительной мази. Однако, если болевые ощущения нарастают или сохраняются более семи дней, безусловно, нужно обращаться за врачебной помощью и планировать МРТ коленного сустава.

– Расскажите поподробнее, в каких случаях и при каких диагнозах принимается решение об операции на коленном суставе. Когда это нужно делать срочно?

– В ближайшее время после травмы нужно оперировать так называемую «блокаду» коленного сустава, которая происходит при разрыве мениска, когда его фрагмент

увещивается между бедренной и большеберцовой костью. При этом колено как бы заклинивает, возникает невозможность разогнуть и согнуть в полном объеме ногу в колене. Если затянуть с операцией, то в коленном суставе развиваются необратимые последствия, такие, как разрушение хряща, образование рубцовой ткани, что в последующем приведет к быстрому развитию артоза, необратимому ограничению функции.

Также разрыв передней крестообразной связки у спортсменов и просто активных людей целесообразно оперировать до семи дней с момента получения травмы. Это позволяет быстрее восстановиться после операции. Но если эта неделя упущена, то необходимо выждать около пяти-шести недель, поскольку после операции, выполненной в этот период, велика вероятность возникновения стойкой тугоподвижности сустава, обусловленной развитием рубцовой ткани в полости сустава. Подобное состояние называется артофиброз и требует колоссальных усилий по реабилитации после операции, а в ряде случаев даже и повторного оперативного вмешательства на суставе. Ну и в конечном итоге это приведет к развитию артоза коленного сустава.

– Какие упражнения Вы бы не рекомендовали из-за опасности повредить сустав или к каким движениям нужно относиться с осторожностью тренерам, включающим ОФП в детско-юношеском спорте?

– Очень часто повреждения менисков происходят вокруг положения глубокого приседа, особенно когда сгибание или разгибание из этого положения происходит с отведением или приведением голени. При этом мениск зажимается между бедренной и большеберцовой костями, как в тисках, и при отведении отрывается. Например, так называемый «гусиный шаг».

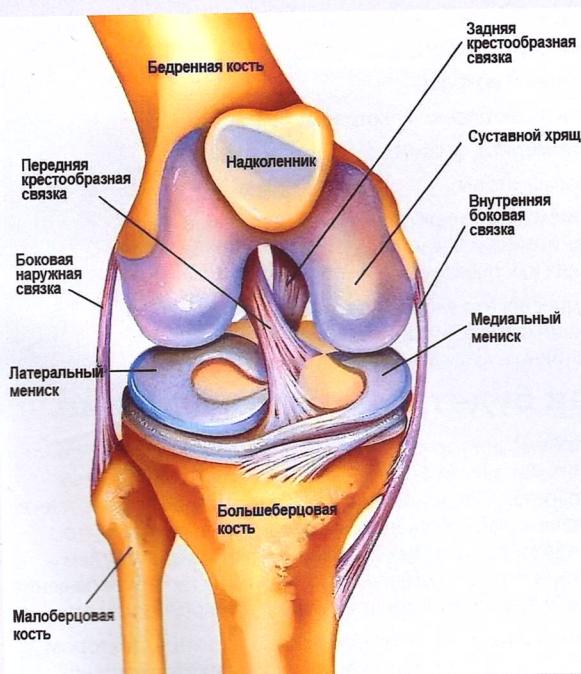
И мениски, и связки могут повреждаться при вращательных движениях в коленном суставе, сочетаемых опять-таки с отведением или приведением. Наиболее часто это происходит при приземлении на одну ногу.

Проще всего повредить внутрисуставные структуры, когда уже была травма, но не произошло полного разрыва. Например, было частичное повреждение передней крестообразной связки или неполный разрыв мениска. Спортсмен не обращал внимания на некоторые боли при нагрузках, игнорировал их. В результате заканчивается полным разрывом и операцией. Если человек в спорте, лучше при наличии даже неярко выраженной проблемы выяснить, с чем она связана, поставить диагноз.

– Что необходимо делать после травмы или операции, чтобы заболевание не перешло в артрит, артоз?

– Очень важно восстановиться. Здесь часто нужна помощь специалистов по восстановительной медицине – реабилитологов. Нужно обязательно восстановить силу и тонус мышц, баланс – содружественную работу мышц-антагонистов, вернуть полный объем движений, опороспособность конечности. Если полного восстановления не произошло, а тренировочный процесс начат, будут проблемы.

Отдельно следует отметить, что если в суставе после травмы уже есть начальные проявления артоза, требуется систематическое наблюдение ортопедов и реабилитологов, с необходимостью периодического профилактического лечения, интенсивность которого напрямую связана с нагрузками на сустав и стадией артоза. Вплоть до введения в сустав защищающих его препаратов.



ВЫВИХ ПЛЕЧА – одна из самых распространённых травм

Сегодня мы возобновляем беседы с травматологом-ортопедом Московского клинического научного центра им. А.С. Логинова Дмитрием Шестаковым. Тема нашего разговора посвящена одной из самых распространённых травм не только в спорте, но и в повседневной жизни.



– Вывих плечевого сустава по частоте возникновения занимает лидирующее место, его частота достигает 50-60% среди всех вывихов. Для иллюстрации скажу, что вывих бедра еле дотягивает до 4-5%.

Наиболее часто встречается так называемый передний вывих плеча, его частота достигает 97%. Различают также задний, нижний и комбинированные виды вывихов, но они встречаются значительно реже.

– **Дмитрий Юрьевич, с чем связана высокая частота возникновения вывиха плеча?**

– Главной причиной являются анатомо-функциональные особенности плечевого сустава, который способен совершать движения с большой амплитудой во всех плоскостях. Подобное строение обеспечивает работоспособность верхней конечности, но значительно ослабляет сам сустав. Сочленение шарообразной головки плечевой кости и суставной впадины лопатки невелико по площади, и основными стабилизаторами плечевого сустава являются связочный аппарат, мышцы, а также хрящевая губа лопатки – своеобразный бортик по краю суставной впадины. В случаях, когда травмирующая сила способна повредить стабилизирующие структуры, происходит вывих плеча.

– **Как чаще всего происходит вывих?**

– В большинстве случаев это банальные падения с опорой на выпрямленную руку или на локоть. Например, для

переднего вывиха характерно падение на выставленную назад руку или когда рука согнута в локтевом суставе и удар приходится на него, с передачей травмирующей силы по оси конечности на плечевой сустав. Также вывих может возникать при форсированных движениях бросательного типа, когда рука поднята над головой и отведена назад. Кроме того, вывих может происходить при комбинации тяги за руку с вращением, а также смещением плечевой кости в направлении вперед или назад.

Задние вывихи чаще возникают при падении на выставленную вперед руку.

– **Как распознать, что произошел вывих, какие симптомы для него характерны?**

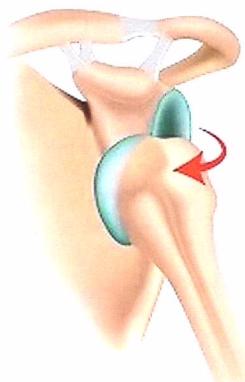
– Главные признаки – это, конечно, боль в плечевом суставе, которая усиливается при перемене положения руки. При попытках подвигать рукой в плечевом суставе ощущается пружинящее ограничение движений. Плечевой сустав деформирован, на уровне него определяется западение мягких тканей. Следует отметить, что нередко при попытке подвигать рукой происходит самоправление. Тогда основным симптомом будет боль разной степени выраженности, в зависимости от того, какие структуры были повреждены при травме, произошло ли кровоизлияние в сустав.

– **На что обратить внимание, если вывих произошел, каким должен быть алгоритм действий?**

– В качестве первой помощи следует зафиксировать конечность на перевязи или импровизированной косыночной повязке. Обязательным должно быть обращение к травматологу-ортопеду. Диагностическим минимумом при подобном виде травм, помимо осмотра специалиста, является рентгенография плечевого сустава до и после вправления. Надо помнить, что существуют



Задний вывих



Передний вывих



Норма

переломовывихи. В частности, отрыв большого бугорка плечевой кости, перелом хирургической шейки плечевой кости, сочетающиеся с вывихом плеча. Такие случаи характерны для лиц пожилого возраста. У молодых пациентов подобное встречается редко ввиду хорошей плотности костной ткани.

Обязательно нужно обращать внимание на наличие или отсутствие неврологической симптоматики во всей верхней конечности и особенно в кисти (нарушение чувствительности, отсутствие движений в пальцах), поскольку при вывихе плеча существует вероятность повреждения крупных нервных стволов. При этом может потребоваться помочь невролога или даже нейрохирурга. В данном случае важен фактор времени. Чем раньше заметили и начали лечить, тем быстрее разрешится проблема и успешнее будет лечение.

После вправления первичного вывиха обязательной является фиксация плечевого сустава. Очень часто при оказании экстренной травматологической помощи накладывают повязку Дезо. В последующем можно приобрести косыночную повязку, которая будет более комфорта в ношении, поскольку срок фиксации достигает четырех недель. Такой продолжительный срок нужен для сращения поврежденных при травме стабилизирующих структур, в частности – связок плечевого сустава и хрящевой губы. При отсутствии фиксации возникает величайшая вероятность повторного вывиха, а затем и формирования привычного вывиха.

После фиксации обязательно потребуется реабилитация, направленная на восстановление функции плечевого сустава, силы и тонуса мышц,

возвращения работоспособности, спортивной формы.

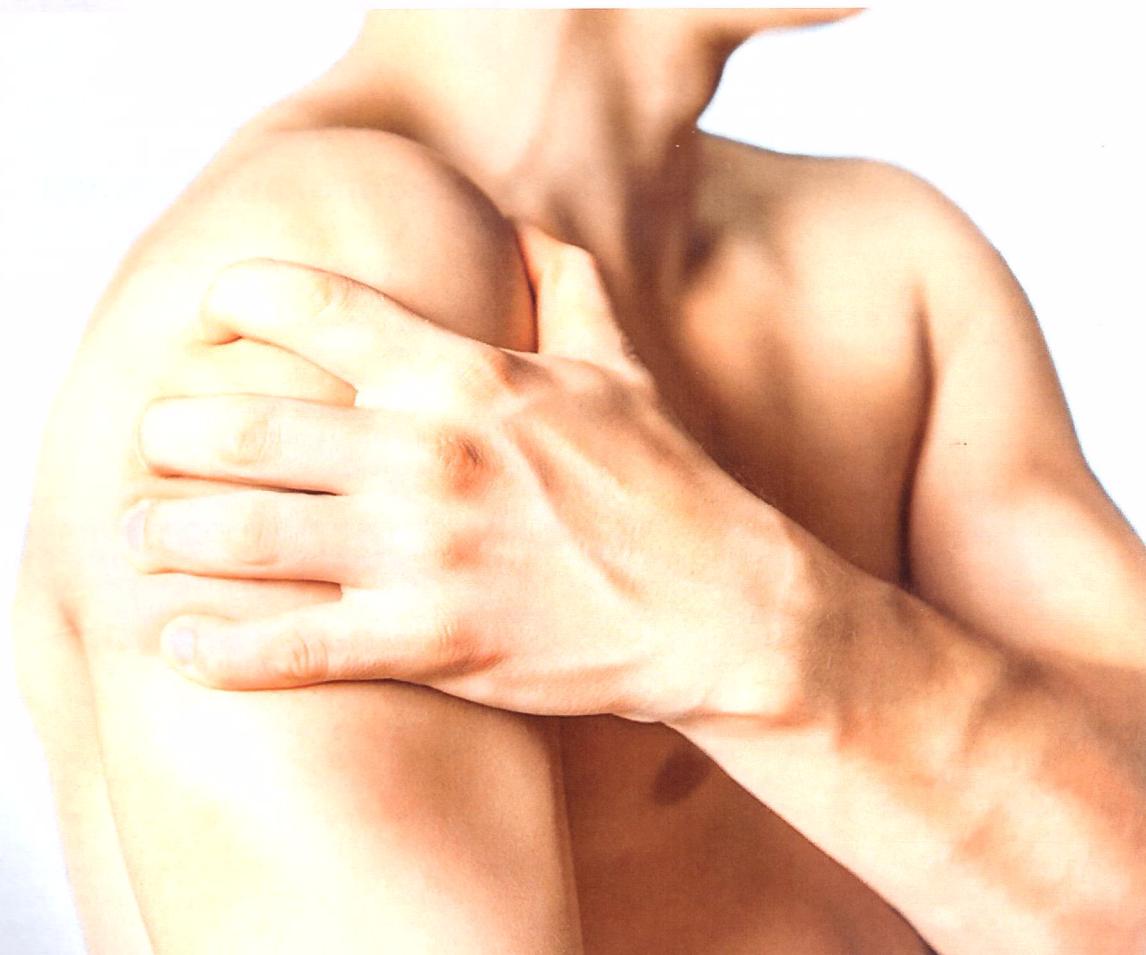
– А как быть, если вывихи все-таки повторяются, становятся «привычными»? Неужели при этом надо полностью рас простряться с активной жизнью, спортом? Насколько эффективно может помочь медицина в настоящее время?

– Если случился повторный вывих, после его вправления (или даже самовправления) возникает необходимость точной диагностики стабилизирующих структур плечевого сустава. Пациент должен быть направлен на магнитно-резонансную томографию плечевого сустава, после которой может быть принято решение о необходимости выполнения оперативного лечения. В ряде случаев может потребоваться еще и компьютерная томография.

Если выбор пал на операцию, то томография позволяет определиться с ее видом. Наиболее часто выполняются два вида операций. Первый – операция Банкарта, смысл которой вкратце заключается в фиксации оторванной хрящевой губы к суставной впадине лопатки.

Второй вид вмешательства – так называемая операция Латарже, выполняется при выявлении повреждения костных структур, в частности, при сформировавшемся костном дефекте суставной впадины лопатки, когда попытка пришить хрящевую губу к этой зоне не увенчается успехом и вывихи в последующем возобновляются.

Безусловно, в каждом случае необходимо рассматривать вопрос с участием оперирующего травматолога-ортопеда, тогда упомянутые виды вмешательств в совокупности с правильной послеоперационной реабилитацией способны вернуть активность, в том числе спортивную.



ПОВРЕЖДЕНИЕ акромиально-ключичного сочленения

Травматолог-ортопед Дмитрий Шестаков как-то высказал мысль, которая мне очень понравилась: "Основная задача травматолога-ортопеда – возвращение пациенту привычного качества жизни после полученной травмы или заболевания. При этом понятие комфортной жизни у каждого человека разное. Для одного – сходить в магазин и сидеть дома у телевизора. А для другого – пробежать марафон". Таким образом, при выборе способа лечения необходимо ориентироваться на конечный результат, который, по возможности, должен вернуть ту активность, к которой привык и стремится пациент.

Сегодняшняя наша беседа коснется темы плечевого сустава. Одна из наиболее частых травм, возникающих как в спорте, так и в повседневной жизни – повреждение акромиально-ключичного сочленения, или АКС.

– Дмитрий Юрьевич, как часто приходится сталкиваться с повреждениями такого рода? Как получают такие травмы, что при этом повреждается?

– Я, пожалуй, начну с ответа на последний вопрос. Нужен маленький анатомический экскурс. Акромиально-ключичное сочленение образовано акромиальным отростком лопатки и ключицей, а точнее, акромиальным концом ключицы (есть еще грудинный). Ключица держится на своем месте благодаря связкам, а именно ключично-ключовидной (между ключицей и ключовидным отростком лопатки) и ключично-акромиальной. Не вдаваясь в детали, следует сказать, что повреждение этих связок есть повреждение акромиально-ключичного сочленения.

Повреждения АКС являются весьма распространенной травмой, встречающейся в среднем в 12% случаев травм области плечевого сустава. Очень часто такие травмы получают в контактных видах спорта, в хоккее, футболе, борьбе, велосипедном и горнолыжном спорте. Механизм травмы чаще прямой с приложением травмирующей силы на область плечевого сустава с форсированным низведением плечевого пояса вниз. Например, хоккеист врезается в борт на скорости плечевым суставом и надплечьем. При этом либо повреждается АКС, либо происходит перелом ключицы. Так же подобная травма может происходить при непрямом механизме, например, при падении на выпрямленную руку, выставленную вперед.

– Как понять, что произошло именно повреждение акромиально-ключичного сочленения?

– Помимо боли и отека, есть классические и хорошо известные всем докторам симптомы «ступени» и «клавиши». Первый симптом – это визуально заметное выстояние ключицы в виде ступеньки. Своебразная деформация. Пациенты хорошо ее видят при сравнении поврежденной и неповрежденной сторон. А клавиша определяется при надавливании на выстоящий конец ключицы, который при этом опускается вниз, как клавиша, но потом возвращается назад в состояние ступени. Надо отметить, что эти симптомы характерны не для всех случаев. Они могут быть незаметны или сомнительны при частичном повреждении, о котором мы поговорим позже. Также подобные симптомы могут отсутствовать при тяжелых видах разрывов, когда, например, ключица смещается под ключовидный

отросток лопатки. К счастью, такие повреждения редки.

Для точной диагностики повреждения АКС необходим осмотр травматолога-ортопеда, который с большой вероятностью назначит рентгенографию. При этом может быть выполнен сравнительный снимок обоих акромиально-ключичных сочленений или сделан снимок одного поврежденного с тягой руки книзу, например, с грузом, удерживаемом в опущенной руке.

Также консультация травматолога-ортопеда и рентгенография позволяют исключить перелом ключицы, в частности перелом акромиального конца, который может маскироваться под разрыв акромиально-ключичного сочленения.

– Насколько я понял, существуют различные виды повреждений акромиально-ключичного сочленения. Как поступать в каждом конкретном случае?

– Существует профессиональная классификация повреждений АКС, согласно которой выделяют шесть типов повреждений. Она основана на степени смещения ключицы, с учетом повреждения связочно-capsулального аппарата и мышц и призвана давать определенность с тактикой лечения того или иного типа повреждений.

Первые два типа, на долю которых приходится около 80% случаев таких травм, характеризуются отсутствием смещения акромиального конца ключицы или его минимальным смещением (до 50% высоты ключицы на рентгенограмме) и повреждением капсульно-связочного аппарата. Такие повреждения можно назвать частичными, их лечение возможно без операции. Все остальные виды повреждений, которые можно с определенной степенью условности назвать полным разрывом АКС, требуют оперативного лечения, направленного на восстановление правильного взаимоотношения между акромиальным отростком лопатки и ключицей с восстановлением связок. И, конечно, следует отметить, что окончательное решение принимается травматологом-ортопедом. Не следует оставлять себя без специализированной помощи, даже если вы предполагаете у себя наличие частичного повреждения.

При получении подобной травмы необходимо зафиксировать руку на косыночной повязке, исключая движения в плечевом суставе – это как правило уменьшает выраженность болевого синдрома. Далее нужно по возможности быстрее обратиться к профессионалам. В случае частичного повреждения фиксация продолжится до трех-шести недель, а затем перейдет в реабилитацию, направленную на восстановление функции плечевого сустава и всей верхней конечности. При полном разрыве АКС потребуется госпитализация в травматологическое отделение и операция.



ПОВРЕЖДЕНИЕ вращательной манжеты плеча

Мы продолжаем разговор на тему патологии плечевого сустава с травматологом-ортопедом Московского клинического научного центра им. А.С. Логинова Дмитрием Шестаковым. Ранее мы обсуждали аспекты вывихов плеча. Данная беседа является в своем роде продолжением, поскольку мы запланировали кратко осветить проблему так называемых повреждений вращательной манжеты плеча.



Dr. Dmitry Shchastakov

– Дмитрий Юрьевич, что такое вращательная манжета и почему она повреждается?

– Плечевой сустав человека является одним из самых подвижных суставов, так сказать, с наибольшей свободой действий. Однако это оказывается на его стабильности и склонности к различного рода травмам. Одним из важных стабилизаторов сустава, а точнее, головки плечевой кости, являются наряду со связками и хрящевой губой лопатки сухожилия вращательной манжеты, которых выделяют целых четыре. Это сухожилия надостной, подостной, подлопаточной и малой круглой мышц. Содружественная работа этих мышц, которые в различных местах крепятся своими сухожилиями к головке плечевой кости, обеспечивает правильное положение плечевой кости по отношению к суставной впадине лопатки, а также движения в плечевом суставе.

Причины повреждения сухожилий вращательной манжеты могут быть разделены на острые и дегенеративные. Первые возникают при различных видах травм, в основном, при падении на выпрямленную руку, при ударе по плечевому суставу и, конечно, при состоявшемся вывихе плеча. При этом возникает разрыв сухожилия. Следует отметить, что в ряде случаев может возникать отрывной перелом места прикрепления сухожилий – перелом большого бугорка плечевой кости. Проще говоря, при этом сухожилия оказываются прочнее кости.

Дегенеративные повреждения, или износ сухожилий, возникают вследствие долгосрочного воздействия нагрузок, связанных с повторяющимися движениями в плечевом суставе, чаще всего с поднятием руки над головой. Так постепенно накапливаются микротравмы и воспалительные изменения. В спорте такие повреждения часты у волейболистов, баскетболистов, в гандболе, теннисе.

Как видите, это виды спорта, где много движений с форсированным отведением и поднятием руки вверх. Здесь мне кажется уместным ввести еще один термин – импиджмент-синдром. При упомянутых выше движениях происходит критическое сближение большого бугорка плечевой кости и акромиального отростка лопатки с ущемлением сухожилий. Чаще всего при этом страдает сухожилие надостной мышцы, которое из-за этого лидирует по частоте повреждений среди всех остальных сухожилий.

Острые повреждения сухожилий вращательной манжеты могут гораздо легче происходить на фоне дегенеративных изменений. Для этого порой достаточно резкого движения на отведение руки или рывка.

– Подскажите, как распознать такую травму и какой алгоритм действий при подозрении на повреждение вращательной манжеты?

– На такое повреждение, в первую очередь, указывает характерный механизм травмы (падение на руку, удар по плечевому суставу) или возникновение стойкого болевого синдрома после нагрузок на плечевой сустав. Очень важным симптомом полного повреждения является отсутствие активных движений в плечевом суставе. При этом руку можно поднять другой рукой, что невозможно при вывихе, при котором возникает ощущение пружинящего сопротивления. Также частым симптомом является стойкая боль в покое, особенно изнуряющая ночная боль. Для частичных повреждений вращательной манжеты характерны болевые ощущения при нагрузках или определенных движениях, осуществляемых за счет поврежденных сухожилий. Например, при повреждении сухожилия подлопаточной мышцы может быть характерным затрудненное и болезненное заведение руки за спину, для сухожилия надостной мышцы – отведение руки. Безусловно, любое подозрение на повреждение вращательной манжеты должно приводить на прием к травматологу-ортопеду. При осмотре врач может выявить повреждение по характерной симптоматике, а также оценить объем движений и проведя нагрузочные тесты на различные мышцы. Для уточнения характера повреждения и дальнейшего принятия решения по виду лечения в большинстве случаев требуется выполнение магнитно-резонансной томографии плечевого сустава.

– А если выявлено повреждение вращательной манжеты – всегда ли требуется операция или может помочь консервативное лечение?

– При острых и подтвержденных на МРТ разрывах вращательной манжеты, влекущих за собой нарушение функции плеча, стойкий болевой синдром, однозначно показано оперативное лечение. На современном этапе такие операции в большинстве случаев выполняются при помощи артроскопии, то есть через небольшие проколы. При разрывах вращательной

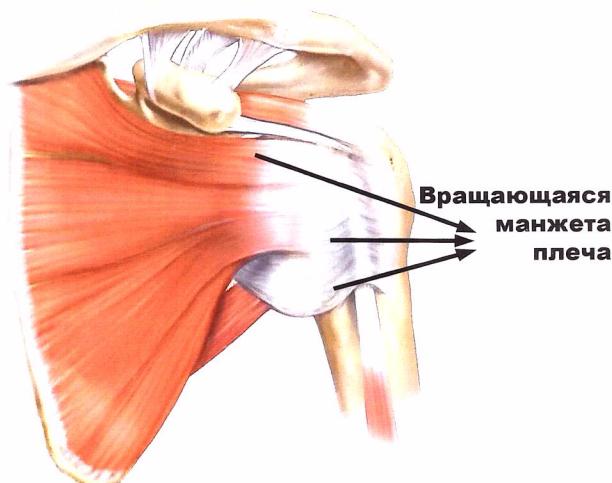
манжеты очень важным является фактор времени, поскольку оторванные сухожилия под действием сокращающейся мышцы постепенно смещаются от своего естественного места прикрепления, что в последующем при операции порождает серьезные технические трудности и влияет на конечный результат.

Частичные повреждения сухожилий вращательной манжеты требуют серьезного осмыслиения при выборе тактики лечения. Здесь очень важно принять во внимание много факторов, таких, как активность пациента, возраст, болевой синдром, нарушение функции, которая может страдать за счет боли и воспаления, а не за счет нарушения целостности сухожилия. Соотнести с данными томографии.

Следует помнить о том, что к 45-50 годам каждый человек имеет те или иные изменения сухожилий вращательной манжеты, которые протекают бессимптомно или с незначительным дискомфортом при нагрузках.

Консервативное лечение будет показано при частичном повреждении сухожилий, без существенного нарушения функции плечевого сустава. Уместным будет назначение физиотерапии, противовоспалительных препаратов, разгрузки с последующей лечебной физкультурой. Часто применяются лечебные блокады с введением лекарственных препаратов в плечевой сустав и в область пострадавших сухожилий. В последнее время все чаще стала применяться методика введения в область повреждения и воспаления плазмы крови пациента, обогащенной тромбоцитами (PRP-терапия), что позволяет не только погасить воспаление, но и активировать заживление.

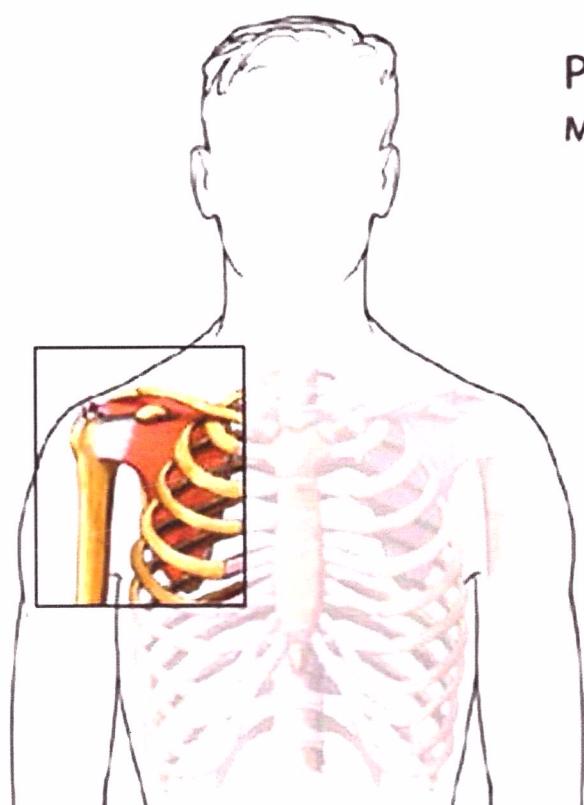
Безуспешность консервативного лечения является поводом для переосмыслиения



тактики лечения в сторону операции.

– Могут ли спортсмены, получившие такую травму, показывать высокие спортивные результаты после проведения оперативного или консервативного лечения?

– Безусловно, могут, но при этом будет играть роль правильная тактика лечения и его своевременность. Повреждение вращательной манжеты – это гарантированное нарушение взаимоотношений в плечевом суставе. Если, не обращая внимания на полученную травму, боль, нарушение функции, продолжать предъявлять к плечевому суставу требования, как к здоровому, это неминуемо приведет к умножению повреждений и сократит время спортивного долголетия.



Разрыв вращающей манжеты плеча

