

<https://doi.org/10.52449.soh22.49>

PREVENIREA ȘI COMBATEREA SINDROMULUI DE IMPINGEMENT

Tataru Angela¹, dr., conf. univ.

¹Universitatea de Stat de Educație Fizică și Sport, Chișinău, Republica Moldova

Abstract. *Impingement syndrome occurs most commonly in the dominant arm. Shoulder injuries are difficult to treat for several reasons. The first would be the stress on the shoulder, with repetitive movements, a situation that involves accentuating the pain and aggravating the injury. The second reason would be individual variations in shoulder anatomy. The shoulder sacrifices stability in favor of mobility, being frequently prone to injury. It is indicated that as soon as the pain appears, to see an orthopedic doctor.*

Keywords: *shoulder, rotator cuff, impingement, tendinopathy.*

Actualitatea temei. Articulația umărului este cea mai mobilă articulație din organism. Leziunile obișnuite ale umărului pot duce la inflamația burselor sau a tendoanelor, iar, ulterior, la apariția sindromului de impingement, instabilitate și umăr înghețat. Durerea poate apărea în umăr și din cauza bolilor sau afecțiunilor care implică articulația umărului, țesăturile moi și oasele care înconjoară umărul sau nervii care furnizează senzație zonei umărului. La fel, durerea poate apărea din cauza erorilor de antrenament – condiționare și pregătire. La sportivii de performanță, în special la înotători și tenismani, sindromul de impingement a devenit o problemă de bază, care frânează performanța sportivă. Dorința de a face performanță la o vârstă timpurie, cât și creșterea cerințelor fizice în jocurile de tenis, obligă tenismenii să se pregătească cât mai intens, de multe ori afectând sănătatea. Una dintre cele mai frecvente cauze de durere la nivelul umărului este impingementul coafei rotatorilor. Etiopatogenia este multifactorială, atât intrinsecă, cât și extrinsecă.

Tendinopatia coafei rotatorilor apare ca urmare a unui sindrom de suprasolicitare și este asociat cu o biomecanică defectuoasă la nivelul umărului, implicând modificări degenerative într-o perioadă mai lungă de timp, prin eșecul răspunsului de vindecare la o multitudine de stresuri compresive puțin cunoscute. Sportivii acuză frecvent durere pe fața anterioară a umărului în cursul activităților zilnice și dureri în somn, atunci când se întorc pe membrul respectiv. Se evidențiază o scădere a forței musculare și a arcului de mișcare. Există patru tipuri de impingement, fiind necesară de o diagnosticare corectă a tipului de impingement, care necesită un tratament personalizat și un program de recuperare specific [2]. Diagnosticul se pune pe baza istoricului și a examenului clinic, cât și a unor teste specifice, precum testul Neer, testul Hawkins, testul Jobe, testul „LIFT-OFF” Gerber, arcul dureros al mișcării radiografie, RMN.

Problema științifică: este determinată de investigarea insuficientă a arcului de mișcare și a forței musculare, a afecțiunilor sau bolilor care implică articulația, erorile de antrenament. Datorită complexității și particularităților de biometrică, articulația umărului este una din articulațiile mai predispuse la apariția patologiei. Sindromul de impingement (SIU) reprezintă un complex de constatări cinice și nu leziunea unor structuri specifice.

Obiectivul cercetării propuse de a preveni și a ameliora simptomatologia produsă de SIU și revenirea la o stare de sănătate cât mai rapid.

Scopul cercetării constă în diagnosticarea, profilaxia, recuperarea durerii de umăr și individualizarea antrenamentului.

Sarcinile cercetării:

- Analiza literaturii de specialitate privind diagnosticarea, profilaxia și tratamentul sindromului de impingement.
- Examenul fizic prin intermediul testelor: Howkins, Jobe, arcul dureros al mișcării, semnul Neer.
- Aprecierea nivelului de pregătire teoretico-practică cu implementarea metodelor de anchetare, măsurare a amplitudinii de mișcare.

Organizarea cercetării. Cele două laturi de studenți (21 de cazuri în total) au fost supuse unui număr de 7 teste vizând determinarea cauzelor deficitului de rotație internă.

Antrenamentul sportiv în tenis și înot are cerințe tot mai mari pe care le afișează în marea performanță, apărând noi regulamente în continuă schimbare, având, în același timp, și un impact negativ asupra sănătății sportivilor. Pregătirea sportivului trebuie să fie orientată spre metode, condiții, mijloace corecte pentru a menține mai întâi nivelul sănătății, pregătirea sportivului, construită după un sistem, pe baza metodelor de profilaxie a afecțiunilor, alimentație corectă, antrenament sportiv individualizat. Subiecții supuși cercetării au fost reprezentați de studenții anilor II și III de studii ai Universității de Stat de Educație Fizică și Sport, care practică tenisul și înotul. În realizarea studiului am folosit următoarele teste:

- Howkins – examinatorul plasează umărul examinatului la 90° în flexiune cu cotul flexat la 90° și apoi rotește în interior brațul. Testul e considerat pozitiv dacă subiectul simte durere la rotație în interior.

- Testul Jobe – examen ortopedic folosit pentru a testa stabilitatea umărului. Examinatorul ridică umărul subiectului la 90°, a abducției printr-o rotire internă, apoi aplică o presiune în jos pe braț. Un test pozitiv este durerea, sau slăbiciune anormală.

- Testul Neer – implică tendonul supraspinos, infraspinos, subacromial, bursa, capul lung al tendonului biceps. Testul se realizează în picioare, brațul întins se mișcă pasiv de examinador (umărul relaxat). Examinatorul rotește umărul și mișcă forțat brațul prin flexiune, înainte, până la durere. Testul e considerat pozitiv atunci când durerea este raportată în aspectul anterior și lateral al umărului. Testul Neer se consideră mai precis decât testul Howkins.

- Testul arcului dureros – realizează identificarea conflictului prezent între tendoanele mușchilor coafei și acromion, constă în efectuarea abducției lente a brațului. Testul se consideră pozitiv dacă subiectul acuză dureri între 70 și 120°.

- Testul „LIFT-OFF” Gerber – evaluează tendonul mușchiului subscapular și constă în poziționarea mâinii subiectului în dreptul coloanei lombare și îndepărtarea acesteia către posterior. Testul se consideră pozitiv dacă pacientul nu poate executa mișcarea [7].

Rezultate. Media de vârstă a lotului examinat a fost de 23 ani, majoritatea practicând sportul, în special tenisul și înotul (60%). Dintre testele utilizate, cel al arcului dureros a prezentat cea mai ridicată sensibilitate (48,2%), testul Neer – 30,6%, testul Hawkins – 30,8%,

testul „LIFT-OFF” Gerber – 48,5%, testul Jobe – 31,4%. Deci aceste teste clinice pot fi utilizate cu succes în diagnosticarea sindromului de impingement. În procesul cercetării științifice preconizate, am fost interesați să obținem informații privind starea forței musculare, a arcului de mișcare a articulației, a leziunilor, dar și a bolilor anterioare, pentru a personaliza procesul de antrenament, tratamentul și a preveni complicațiile. În cazul subiecților testați, complicații cum ar fi: lezarea structurilor nervoase, pseudartroză, necroză avasculară, lezarea coafei mușchilor rotatori, artrită postraumatică, osteită, nu avem mari diferențe de manifestare în afară de SIU. Subiecții au sistemul osos neafectat de diverse afecțiuni, care le poate afecta mobilitatea articulațiilor. În cazul subiecților testați cu SIU indică tratament conservator individualizat cu scopul de a reduce durerea și inflamația, și de a restabili funcția motorie a umărului (3 subiecți). Etiopatogenia este multifactorială, atât intrinsecă cât și extrinsecă. SIU primar cât și secundar determină translație, hiperangulație sau rotații excesive la nivelul articulației glenohumerale. De aceea programul de recuperare va fi dependent de modificările de statică și dinamică a articulațiilor scapulothoracice și glenohumerale. Medicul ortoped va indica ce tratament este mai potrivit, având în vedere vârsta, nivelul de activitate zilnică și stadiul afecțiunii. Durata tratamentului poate fi până la șase săptămâni și presupune, pe lângă exercițiul fizic, masaj și utilizarea căldurii sau gheții. Foarte util este și folosirea ultrasunetelor, magnetoterapiei, terapiei miofasciale. Este foarte important ca antrenamentul să fie reluat după ce se face radiografia sau RMN-ul cu sarcini mici [3, 4, 5, 6]. Consider că tratamentul complex kinetic are efecte superioare în combaterea și tratarea SIU.

Concluzii și recomandări:

Studiul efectuat permite depistarea bolilor sau afecțiunilor care implică umărul. Un rol important în profilaxia sindromului de impingement îl are asigurarea securității sportivului și contribuția la obținerea rezultatelor superioare printr-un antrenament echilibrat și individualizat. În planul de antrenament este necesar de a include mijloace de refacere cum ar fi: hidroterapia, baia caldă simplă, baia cu plante medicinale, baia kinetoterapică, biodozimetrie, împachetări cu parafină, nămol.

Referințe bibliografice:

1. Bigliani, L. U., Morrison, D. S., Aprilie, E. W. (1986). The morphology of the acromion and its relationship with rotator cuff tears: *Ortopaedic Transactions* 10:216.
2. Nicolescu, M., Ojoga, L., Ojoga F. (2003). Sindromul de impingement și leziunile coafei rotatorilor. *Revista Medicală Română*, vol. XLX, nr.2, p.84.
3. Ojoga, F., Gusita, V. (2009). Metodologia de recuperare în sindromul de impingement tratat conservator, *revista Maedica*, vol.4, nr.3.
4. Kiss, I. (2002). Fizio-kinetoterapia și recuperarea medicală în afecțiunile aparatului locomotor, Ed. Medicală, București, p.68-77.
5. Cordon, M. (1999). Kinetologie medicală, Ed. Axa, București.
6. Sbenghe, T. (1997). Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Ed. Medicală, București p.36-41.
7. Ojoga, L. (2011). Teste clinice în patologia ortopedică a umărului, *Revista Medicală Română*, vol. LXIII, nr. 3.