

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ВЫВИХА ПЛЕЧА

Аннотация: в данной статье рассмотрено изучение подходы к лечению вывиха плеча.

Abstract: this article discusses the study of approaches to the treatment of shoulder dislocation.

Ключевые слова: плечо, лечение, вывих, диагностика.

Keywords: shoulder, treatment, dislocation, diagnosis.

Привычный вывих, или передняя рецидивирующая посттравматическая нестабильность, является наиболее распространенным осложнением травматических вывихов плеча, на долю которых, в свою очередь, приходится более 1/3 всех травм плечевого пояса. Как правило, обычная дислокация развивается у людей трудоспособного возраста, поэтому это серьезная социальная проблема. Подходы к диагностике и принципам лечения данной патологии в связи с новыми возможностями визуализации плечевого сустава с помощью УЗИ, МРТ-артроскопии, а также с внедрением малоинвазивных технологий хирургического лечения претерпели значительные изменения.

Патогенез рецидивирующей посттравматической передней нестабильности плечевого сустава

Плечевой сустав характеризуется чрезвычайно широким диапазоном движений, который обеспечивается взаимодействием статических и

динамических стабилизаторов. Основными статическими стабилизаторами являются взаимно конгруэнтные поверхности стыков

головка плеча и суставная полость лопатки, комплекс связочно-капсульных образований (верхние, средние, нижние плечелопаточные связки и суставная капсула), а также хрящевая губа. Особое значение в последнее время имеют содержащиеся в капсуле и связках сведения о преоризации. Именно они осуществляют мгновенную координацию тонуса капсулы и окружающих мышц, что обеспечивает централизацию головки плеча в ложбинке во всем объеме движения. Кроме того, стабилизация сустава обеспечивается наличием отрицательного давления в полости и, как следствие, эффектом всасывания между суставными поверхностями.

К динамическим стабилизаторам относятся мышцы вращательной манжеты, а также мышцы лопатки и туловища. Суммирующий вектор сил всех мышц плечевых стабилизаторов, формирующийся под контролем проприорецептивной иннервации, центрирует головку плечевой кости в центре впадины в каждый момент движения. Любое нарушение динамического взаимодействия мышц может привести к децентрации головы и последующему развитию нестабильности.

в подавляющем большинстве случаев обычный вывих плеча связан с повреждением статических стабилизаторов плечевого сустава. При этом часто происходит дезинсекция капсульно-связочного комплекса и мягких губ на впадине лопатки в переднем нижнем отделе и, реже, нарушение функции костных стабилизаторов в передне-нижнем крае суставной впадины лопатки или оттиски заднего края головки плеча. Перелом небольшого фрагмента суставной впадины лопатки, незначительно нарушая ее анатомию, может вызвать выраженную потерю тонуса связок (особенно нижней конечности-лопаточной связки), нарушение целостности передней капсулы и, следовательно, стать причиной привычного вывиха.

К основным морфологическим проявлениям передней рецидивирующей нестабильности относятся следующие типичные повреждения:

1. повреждение банкарта-вследствие переднего вывиха плеча хрящевая губа с прикрепленной к ней капсулой и связками отделяется от переднего края суставной полости лопатки.

2. травма кости банкарта-краевой перелом передне-нижнего края суставной полости лопатки, также сопровождающийся снижением тонуса соответствующих отделов прикрепленного к ней капсульно-связочного комплекса.

3. пластическое растяжение капсулы и связок без отрыва от места введения в области головки или полости сустава.

Особенности клинической диагностики передней рецидивирующей посттравматической нестабильности плечевого сустава

Для клинического исследования очень важно различать привычный вывих плеча, произвольный подвывих и гипермобильность в плечевом суставе. Для привычного вывиха плеча характерно незначительное ограничение активных и пассивных движений в суставе, что в первую очередь проявляется положительными симптомами Бабича, Холаковской и Вайнштейна, основанными на защитном рефлексе сокращения параартикулярных мышц в положении отведения и внешней ротации плеча. Этот же механизм объясняет непроизвольное защитное мышечное напряжение, возникающее в случае передней нестабильности при внешнем вращении отведенной руки. Характерным является тест Джобе (тест перемещения или внешней стабилизации), когда лежащий пациент с положительным передним тестом оказывает давление на головку плеча спереди назад, что стабилизирует ее и позволяет полностью повернуть плечо наружу.

Произвольный подвывих (вывих) плеча характеризуется наличием полного спектра движений, когда вывих плеча и его редукция происходят с произвольным волевым усилием. Как правило, болевой реакции нет.

Повышенная пассивная подвижность в суставе (как двусторонняя, так и односторонняя) может наблюдаться при синдроме гипермобильности. Его обязательным компонентом является наличие перенапряжения в локтевом суставе, а также в суставах пальцев. Еще одним объективным критерием гипермобильности (хотя и не очень надежным) является уменьшение расстояния между ногтевой фалангой 1-го пальца кисти и предплечьем менее чем на 6 см. Гипермобильность более надежно объективируется с помощью шкалы Бейтона. При гипермобильности пассивная наружная ротация редуцированного плеча часто увеличивается более чем на 90°, передне-заднее смещение головки плеча при прямом давлении на нее, а также положительный "тест борозды", когда происходит диастаз между головкой плеча и акромионом при тракции вниз через редуцированное плечо.

Лечение

Наиболее надежным способом профилактики привычного вывиха плеча является атравматическое вправление первичного вывиха с адекватной анестезией и иммобилизацией продолжительностью не менее 3 недель. Классическим методом иммобилизации после закрытого вправления вывиха считается положение внутренней ротации в Дезо-бандаже. В исследованиях 1У1 способствует фиксация в положении внешней ротации плеча на 5-10 градусов, что, по мнению автора, улучшает адаптацию поврежденного капсуло-хрящевого комплекса к материнскому ложу и снижает риск рецидивов по сравнению с классической иммобилизацией Дезо-бандажом. Однако публикации последователей СО1 не столь оптимистичны, что не дает оснований рекомендовать данный метод иммобилизации для внедрения в общую практику.

Риск релюксов после адекватного консервативного лечения первичного травматического вывиха плеча обусловлен наличием и тяжестью внутри - и околосуставных повреждений, в частности повреждением капсуло-хрящевого комплекса, или, значительно реже, костными дефектами суставной полости лопатки или головки плеча.

Общепринятым методом лечения посттравматической рецидивирующей нестабильности плеча является хирургический, при этом нет единого мнения в выборе оптимального метода стабилизации (открытый из мини-доступа или артроскопический). Существуют также различные подходы к определению сроков хирургического лечения (стабилизация после первичного вывиха у молодых пациентов, хирургическое лечение при наличии одного или нескольких рецидивов вывиха). Во многом это связано с отсутствием четких критериев прогнозирования развития привычного вывиха плеча.

Единственным доказанным фактором, определяющим развитие рецидивирующей посттравматической нестабильности, является возраст пациента. По литературным данным, вероятность рецидива после консервативного лечения у лиц до 20 лет составляет 66-96%, у больных от 20 до 30 лет-достигает 48-79% и прогрессивно снижается с возрастом [5-7]. Вероятность рецидива повышается у мужчин и тех, кто активно занимается спортом.

в настоящее время описано более 150 различных методов хирургического лечения привычного вывиха плеча. исходя из современных представлений о патомеханике рецидивирующей передней нестабильности, их можно разделить на две большие группы: патогенетические и паллиативные.

существуют два принципиально различных метода хирургического лечения рецидивирующей нестабильности плечевого сустава:" открытый " и артроскопический. Золотым стандартом в лечении данной патологии считается классическая операция рефиксации капсульно-хрящевого

комплекса из мини-банкарт-доступа. Наиболее очевидными преимуществами артроскопической операции Van-card являются малоинвазивность и косметичность. Однако вероятность рецидива при таком способе лечения несколько выше, чем при малоинвазивной "открытой" стабилизации - от 3 до 10%. С развитием техники и приобретением навыков возможны артроскопические операции расширения: применение артроскопических приемов и костных дефектов впадины, когда выполняется артроскопическая транспозиция кораконидного отростка лопатки, артроскопическая фиксация свежих переломов переднего края суставной впадины и др.

При значительной протяженности дефектов передней кромки полости лопатки, превышающей 20% суставной поверхности, показаны костно-пластические вмешательства (например, Эдем и др.), суть которых заключается в стабилизации плечевого сустава путем восстановления костной анатомии суставной полости лопатки с аутологичной трансплантацией костного сегмента из подвздошной кости в месте расположения дефекта.

Таким образом, причины развития привычного вывиха плеча разнообразны. Каждый из них может быть объективирован с использованием инструментальных методов диагностики. Наряду с этим огромную роль в диагностике и выборе метода лечения играет клиническое исследование и тщательно собранный анамнез. Возможности улучшения результатов лечения данной патологии заключаются в индивидуальном подходе к выбору метода хирургического лечения и применении патогенетически обоснованных оперативных вмешательств.

Список использованной литературы:

1. Анкин Л.Н. Политравма: организационные, тактические и методологические проблемы [Текст] - М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 174 с.
2. Казарезов М.В. Травматология, ортопедия и восстановительная хирургия [Текст]: учеб. / МЗ РФ, НПО БРИЗ. - Новосибирск: [б. и.], 2004. - 288 с.

3. Котельников Г.П. Травматология и ортопедия [Текст]: учеб. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 400 с.