

Столбиков С.А., Лебедев А.А., Козлов Е.С.

Сравнительный опыт хирургического лечения пациентов с привычным вывихом плеча (оригинальное исследование)

МАУ «ГБ № 36 «Травматологическая», Екатеринбург

Stolbikov S.A., Lebedev A.A., Kozlov E.S.

Comparative experience of surgical treatment of patients with habitual dislocation of the shoulder

Резюме

Привычный вывих плеча (нестабильность плечевого сустава) – заболевание характеризующееся рецидивирующими вывихами плечевой кости. С анатомической точки зрения причиной рецидивов является повреждение суставной губы гленоида лопатки в передних отделах, в более запущенных случаях возможно появление костного дефекта гленоида, либо суставной поверхности головки плечевой кости (повреждение Хилл-Сакса). В нашей клинике был проанализирован опыт хирургического лечения привычного вывиха плечевой кости с 2016 по 2018 годы. Всего было выполнено 85 операций: 40 человек (47%) прооперировано артроскопическим методом с рефиксацией суставной губы гленоида лопатки анкерами, 32 (37%) – выполнена операция Розенштейна, 13 человек (15%) – ротационная остеотомия с фиксацией ЛСРпластиной. Ключевые слова: привычный вывих плеча, хирургическое лечение, плечевой сустав, остеотомия, артроскопия

Summary

Habitual shoulder dislocation is a disease characterized by recurrent dislocations of the humerus. From an anatomical point of view, the cause of recurrence is damage to the glenoid lip of the scapula in the anterior regions; in more advanced cases, the bone defect of the glenoid or the articular surface of the humeral head may appear (Hill Sachs damage). In our clinic, we analyzed the experience of surgical treatment of the usual dislocation of the humerus from 2016 to 2018. A total of 85 operations were performed: 40 people (47%) were operated on by an arthroscopic method with the anchors of the glenoid of the scapula re-fixation with anchors, 32 (37%) - Rosenstein's operation was performed, 13 people (15%) - a rotational osteotomy with LCP fixation. Key words: habitual shoulder dislocation, surgical treatment, shoulder joint, osteotomy, arthroscopy

Введение

Среди травм опорно-двигательной системы, примерно 14% занимают повреждения плечевого сустава. Из них около 60% приходится на вывихи плечевой кости. В 70% случаев после травматических вывихов по тем или иным причинам развивается нестабильность плечевого сустава [9]. По определению Г.П. Котельникова, А.К. Повелихина (1996) – нестабильность плечевого сустава – патологическое состояние, характеризующееся увеличением объема пассивных движений в несвойственных для данного сустава плоскостях. Одной из форм нестабильности является привычный вывих плеча, при котором происходит вывих головки плечевой кости вследствие неадекватной травмы. В литературе термины хроническая нестабильность плечевого сустава и привычный вывих плеча часто используют, как синонимы. В подавляющем большинстве случаев (до 80%) хроническая нестабильность плечевого сустава встречается у лиц молодого,

трудоспособного возраста. Это, несомненно, придает высокую социально-экономическую значимость данной патологии. В 75- 80% случаев происходит передний вывих головки плечевой кости. Поэтому среди применяемых при такой травме операций наибольшее распространение получили способы, направленные на укрепление только передних отделов плечевого сустава. В то же время в 18-20 % случаев развиваются передне-нижняя и нижняя форма нестабильности сустава. Эти состояния требуют принципиально иных подходов в лечении. Поскольку укрепление только переднего отдела сустава при этих формах не стабилизирует его в достаточной мере, а лишь ограничивает функцию верхней конечности.

В нашей клинике за период 2016-2018гг было прооперировано 85 человек с нестабильностью плечевого сустава. Все пациенты были в возрастной категории от 30 до 50 лет и имели в равной степени незначительную соматическую патологию. Распределение по гендерно-

му признаку: 70 человек (82%) были мужского пола и 15 человек (18%) женского пола. По выбору оперативного вмешательства: 40 человек (47%) прооперировано артроскопическим методом с рефиксацией суставной губы гленоида лопатки анкерами, 32 (37%) – выполнена операция Розенштейна, 13 человек (15%) – ротационная остеотомия с фиксацией LCP-пластиной. Все данные методики широко используются в современной практике.

Артроскопическая рефиксация суставной губы гленоида лопатки

Всего было выполнено 40 операции по данной методике, у 38 (95%) пациентов рецидивов вывиха не наблюдалось, у 2 (5%) пациентов произошел рецидив вывиха. Период наблюдения за данной группой был 3 месяца и более. У пациентов с рецидивами вывиха имела место быть повторная травма. В данной группе пациентов, заживление происходило первичным натяжением. Данные результаты мы считаем удовлетворительными.

Техника операции заключается в укладке пациента на спине, в положении полусидя. С помощью скальпеля рассекается кожа с подкожной клетчаткой. С помощью троакара формируется стандартный задний порт в который устанавливается камера. Под видеоконтролем, через интервал ротаторов вводится пункционная игла, по которой формируется второй порт. Производится ориентация в суставе и ревизия, оценивается массив передней суставной губы, ее мобильность относительно гленоида. С помощью артроскопических распаторов производится мобилизация суставной губы на протяжении отрыва, передний костный край гленоида обрабатывается распаторами до появления «кровяной росы». С помощью сверла в переднем крае гленоида формируются каналы, производится установка анкеров, одного или двух, в зависимости от протяженности отрыва. Суставная губа прошивается анкерными нитями и затягивается, целью является формирование плотного валика по передней поверхности гленоида. Сустав обильно промывается физиологическим раствором, наложение швов на кожу с подкожной клетчаткой. В случае выявленных признаков деформирующего остеоартроза с целью уменьшения дегенеративно-дистрофических изменений, а также с целью повышения эффективности явлений хондрогенеза, нами выполнялась тоннелизация метафиза плечевой кости при помощи спицы с двусторонней заточкой диаметром 1,8–2 мм всерным способом. Установка дренажей не требуется. Фиксация косыночной повязкой в послеоперационном периоде. Гипсовая иммобилизация не требуется.

Очевидными плюсами данной методики являются:

- малоинвазивность
- хорошие послеоперационные результаты
- отсутствие необходимости в использовании наркотических анальгетиков
- введение антибиотиков только непосредственно перед операцией
- быстрая реабилитация
- косметический эффект
- снижение койко-дней в условиях стационара

Минусами является:

- необходимость наличия специализированного оборудования и навыков мед. персонала (артроскопическая стойка, обученный медперсонал, наличие фиксаторов);
- отсутствие выбора анестезии (ЭТН для контроля цифр АД).

Операция Розенштейна

Нами было выполнено 32 операции данного типа. Рецидив вывиха наблюдался в 4 (12,5%) случаях в период 3 месяца и более, чему предшествовал момент травмы. Заживление ран первичным натяжением у всей группы пациентов.

Методика операции: проводниковая анестезия, либо ЭТН. Разрез ведут от клювовидного отростка дистально по дельтовидно-грудной борозде. Доступ к суставу осуществляют путем разъединения вдоль волокон дельтовидной мышцы вблизи переднего края. Сухожильное влагалище длинной головки двуглавой мышцы плеча рассекают по желобоватому зонду вдоль межбугорковой борозды, рассекают капсулу плечевого сустава до верхнего края суставной впадины лопатки. Сухожилие длинной головки двуглавой мышцы берут на марлевую держалку, оттягивают вверх и наружу и отсекают от места прикрепления к tuberculum supraglenoidale. Сухожилие извлекают из сустава, конец его прошивают по Кюнео шелковой лигатурой, которая служит в дальнейшем проводником-держалкой. На капсулу накладывают узловые швы.

При максимальной наружной ротации плеча над верхним краем подлопаточной мышцы делают небольшой разрез фасции (около 1 см), через него под подлопаточную мышцу проводят зажим Федорова или корнцанг в направлении сверху вниз, изнутри кнаружи. При выведении кончика зажима из-под нижнего края подлопаточной мышцы у места прикрепления ее к малому бугорку плеча делают второй разрез длиной около 1 см. Захватывают зажимом шелковую нить-держалку и за нее протягивают сухожилие длинной головки двуглавой мышцы в ход, образованный между подлопаточной мышцей и головкой плеча. В теле клювовидного отростка, с помощью поллой фрезы формируют канал в направлении сверху вниз, через который в обратном направлении проводят с помощью нити-держалки конец отсеченного сухожилия и фиксируют его к клювовидноплечевой и короткой головке двуглавой мышцы шелковыми швами при умеренном натяжении. В клювовидный отросток устанавливается трансплантат из поллой фрезы. Послойно накладывают швы. Конечность фиксируют гипсовой повязкой Волковича и укладывают на клиновидную подушку. Срок иммобилизации ~ 3 недели. В раннем послеоперационном периоде возможна потребность в наркотических анальгетиках.

Плюсы данной методики:

- Отсутствие необходимости в спец. оборудовании
- техническая простота методики;
- хорошие послеоперационные результаты;
- возможность проведения операции под ВПА

Минусы:

- формирование полноценного доступа с травматизацией мягких тканей, формированием рубца;
- необходимость назначения наркотических анальгетиков;
- длительный период гипсовой иммобилизации;
- высокий койко-день в условиях стационара;
- необходимость антибактериальной терапии.

Ротационная остеотомия плечевой кости по Веберу

Данный метод вмешательства выполнялся пациентам с повреждением Хилл-Сакса, дефектом артикулирующей поверхности на головке плеча.

Нами было выполнено 13 операции по данной методике. Заживление ран произошло первичным натяжением у всей группы пациентов. Рецидивов вывиха не наблюдалось.

Методика операции: проводниковая анестезия, либо ЭТН. Разрез ведут от ключовидного отростка дистально по дельтовидно-грудной борозде. Доступ к суставу осуществляют путем разьедения вдоль волокон дельтовидной мышцы вблизи переднего края. Рассекается капсула плечевого сустава до верхнего края суставной впадины лопатки. Производится установка пинновпроксимальнее и дистальнее линии остеотомии для определения угла ротации. В области метафиза производится поперечная остеотомия, производится наружная ротация дистального отломка, провизорная фиксация спицами. Производится оценка объема движений в плечевом суставе и тенденция к вывиху. На плечевую кость укладывается

ЛСРпластина, устанавливаются ЛСРвинты. Временно фиксирующие спицы и пины удаляются, производится контрольная проверка движений. Устанавливается пассивный дренаж, рана послойно ушивается. Иммобилизация в данном случае не требуется, активные движения в щадящем режиме возможны с первых суток после операции.

Плюсы данной методики:

- техническая простота методики;
- хорошие послеоперационные результаты;
- отсутствие иммобилизации в послеоперационном периоде.

Минусы:

- формирование полноценного доступа с травматизацией мягких тканей, формированием рубца;
- необходимость назначения наркотических анальгетиков;
- ограничение движений в плечевом суставе;
- высокий койко-день в условиях стационара;
- необходимость антибактериальной терапии. ■

Сталбиков С.А., Лебедев А.А., Козлов Е.С., МАУ «ГБ № 36 «Травматологическая», Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку— Сталбиков С.А., к.м.н., заведующий ортопедическим отделением, МАУ «ГБ № 36 «Травматологическая» Центральная ул., 2, Екатеринбург, Свердловская обл., Адрес для переписки: 620007, г. Екатеринбург, ул. Центральная д. 2, тел. (343)2520439, e-mail: sstolbikov@gmail.com

Литература:

1. Плаксейчук Ю. А., Салихов Р. З., Соловьёв В. В. Хирургическое лечение больных с артрозом голеностопного сустава // Казанский медицинский журнал. — 2012. — Т. 93. — № 1. — С. 38—43.
2. Glazebrook M., Daniels T., Younger A., et al. Comparison of health-related quality of life between patients with end-stage ankle and hip arthrosis // J Bone Joint Surg Am. — 2008. — № 90 (3). — P. 499—505.
3. Segal A. D., Shofer J., Hahn M. E., et al. Functional limitations associated with end-stage ankle arthritis // J Bone Joint Surg Am. — 2012. — May. — Vol. 94 (9). — P. 777—783.
4. Омельченко Т. Н. Переломы лодыжек и быстро прогрессирующий остеоартроз голеностопного сустава: профилактика и лечение // Ортопедия, травматология и протезирование. — 2013. — № 4 (593). — С. 35—40.
5. Espinosa N., Klammer G. Treatment of ankle osteoarthritis: arthrodesis versus total ankle replacement // Eur J Trauma Emerg Surg. — 2010. — Dec. — № 36 (6) — P. 525—535.
6. Glazebrook M., Daniels T., Younger A., et al. Comparison of health-related quality of life between patients with end-stage ankle and hip arthrosis // J Bone Joint Surg Am. — 2008. — № 90 (3). — P. 499—505.
7. Glazebrook M., Daniels T., Younger A., et al. Comparison of health-related quality of life between patients with end-stage ankle and hip arthrosis // J Bone Joint Surg Am. — 2008. — № 90 (3). — P. 499—505.
8. Ружина Н. Н. Биомеханические характеристики походки в ближайшие сроки после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава // Травматология и ортопедия России. — 2006. — № 2 (40). — С. 257.
9. Архатов С.В. Современные аспекты лечения посттравматического деформирующего артроза голеностопного сустава / С.В. Архатов, А.В. Лычазин // Вестн. травматологии и ортопедии. 2000. №4. С. 64—67.