

Тенотомия, тенодез или якорный шов сухожилия длинной головки бицепса при SLAP-повреждениях? Наш выбор

В. А. Крылов

Городская больница № 41, Екатеринбург, Россия

Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург, Россия

Введение. Одной из наиболее частых причин боли в переднем отделе плеча, нарушения функции плечевого сустава является теносиновит сухожилия длинной головки бицепса (СДГБ). Причиной воспаления сухожилия могут быть его частичный либо полный разрыв, смещение относительно бицеппитальной борозды в результате вывиха или подвывиха, нестабильность (разрыв) в месте его прикрепления к передне-верхней суставной губе (*англ.* Superior Labrum Anterior and Posterior, SLAP). В настоящее время нет единого мнения и стандартизированного подхода к хирургическому лечению таких пациентов. Ряд сообщений указывает на преимущества тенотомии, некоторые авторы сообщают о хороших результатах после тенодеза СДГБ. Описана также техника шва суставной губы в передне-верхнем отделе, которая применяется в основном у спортсменов.

Цель — представить результаты оперативного лечения пациентов со SLAP-повреждениями.

Материалы и методы. В 2020—2024 гг. нами выполнено 94 артроскопических вмешательств на плечевом суставе по поводу SLAP 2,3,4-повреждений, из них 31 в сочетании с якорным швом (АЯШ) вращательной манжеты плечевого сустава (ВМПС). Мы оценивали целостность внутрисуставной части СДГБ, положение в бицеппитальной борозде. При отсутствии вывиха, разрывов СДГБ и выраженного его воспаления выполняли якорный шов, фиксируя суставную губу и основание СДГБ к гленоиду. Тенодез СДГБ выполняли при наличии его повреждений, воспаления, вывиха или подвывиха. Причем в случае вывиха или подвывиха СДГБ, для сохранения анатомичной направленности вектора силы сухожилия, выбирали точку крепления в межбугорковой борозде внесуставно, выполняя супрапекторальный тенодез ин-

терферентным винтом; в остальных случаях — внутрисуставно на верхней границе межбугорковой борозды. Тенотомию СДГБ выполняли у пациентов старшей возрастной группы (после 65 лет). В ряде случаев мы использовали СДГБ в качестве аутотрансплантата, замещая дефект ВМПС при его ретракции. Выполнено 17 тенотомий, 28 тенодезов. Якорный шов выполнен у 49 пациентов.

Результаты и обсуждение. Оценены результаты лечения в срок от 3 до 12 мес. после оперативного лечения по шкале ASES*. В группе тенотомий значения в 3 и 12 мес. составляли $(75,3 \pm 18,1)$ и $(79,5 \pm 14,3)$ соответственно; тенодезов — $(71,7 \pm 20,1)$ и $(80,3 \pm 13,3)$; третьей группе — $(70,3 \pm 16,7)$ и $(86,3 \pm 10,2)$.

Таким образом, краткосрочные результаты в группе пациентов с выполненными тенотомиями были несколько лучше, однако некоторые пациенты указывали на косметическую деформацию (симптом Поппа). В группе тенодезов сохранялись боли в проекции винта (якоря). В группе якорного шва суставной губы дольше сохранялась контрактура сустава, однако отдаленные результаты показывают лучшие значения.

Заключение. Представленные варианты лечения пациентов с SLAP-повреждениями являются эффективными артроскопическими методиками. На наш взгляд, следует отдавать предпочтение АЯШ суставной губы в лечении физически активных пациентов без разрывов и вывихов СДГБ. Сохранение анатомии сухожилия имеет важное значение в активной стабилизации плечевого сустава.

* ASES — Общество американских хирургов, специализирующихся на заболеваниях плеча и локтя (*англ.* American Shoulder and Elbow Surgeons).