

Результаты оперативного лечения первичных вывихов плеча

Симонян Айк Гарникович

Первый Московский Государственный университет им. И.М. Сеченова
Аспирант кафедры травматологии и ортопедии,
biankoneri@mail.ru

АННОТАЦИЯ: Целью настоящей работы является описание результатов артроскопической стабилизации плеча молодых пациентов после первичного переднего вывиха. В период с 2011 по 2014 годы 14 пациентам в возрасте от 18 до 30 лет было выполнено артроскопическое лечение острого первичного переднего вывиха плеча. Все пациенты вели активный образ жизни. Оторванная передняя суставная губа была рефиксирована к суставной поверхности лопатки с помощью 2-5 якорных фиксаторов. Послеоперационная оценка была произведена по шкале Rowe-Zarins со средним периодом наблюдения в 24 месяца. Рецидивы отсутствовали, и все пациенты вернулись к уровню активности до травмы. По шкале Rowe отличный результат был получен в 13 из 14 случаев. Артроскопическая стабилизация плеча у выбранных активных пациентов показала хорошие промежуточные функциональные результаты. Качество суставно-плечевых связок было лучше по сравнению с пациентами с хронической нестабильностью, а повторные травмы встречались реже.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: артроскопия, артроскопическая стабилизация, повреждение Банкарта, вывих, нестабильность, первичный передний вывих, плечо, якорный фиксатор.

Анализ опубликованных материалов с результатами сравнения эффективности консервативного и раннего оперативного лечения показал явные преимущества методик ранней хирургической стабилизации плечевого сустава у молодых физически активных пациентов. В ходе анализа была получена общая частота возникновения рецидивов вывиха после консервативного лечения по данным разных авторов (61,32%) и после раннего артроскопического лечения (11,71%), что свидетельствует о необходимости своевременного хирургического лечения сопутствующих вывиху повреждений (4).

U. Longo с коллегами оценили среднюю частоту повторных вывихов при разных тактиках ведения пациентов с первичными вывихами по данным исследований. Среди пациентов, получивших оперативное лечение первичного вывиха в остром периоде лишь у 9,6% развился рецидив, в то время, как данный показатель для получивших консервативную терапию составил 37,5%. Более того, распространенность осложнений также оказалась ниже среди первых (4,8% по сравнению с 16%) (7).

Открытые и артроскопические хирургические методики на протяжении длительного периода успешно применяются для лечения привычного вывиха плеча и реже для первичного вывиха в остром периоде. Несмотря на однозначные преимущества малоинвазивного вмешательства, данные сравнения эффективности этих методов значительно разнятся. Так, согласно анализу N. Mohtadi результатов 11 исследований, посвященных открытому и артроскопическому лечению привычных вывихов, частота рецидива признаков нестабильности после артроскопического вмешательства в 2,04 раза превышает таковую при открытом доступе (6).

В более поздней публикации M. Petrera, где учитываются результаты 6 работ, посвященных лечению повреждения Банкарта при помощи анкерных швов, отмечают отсутствие различий в частоте рецидивов после открытых и артроскопических операций (10).

Судить о большей эффективности того или другого подхода трудно. Важными показателями

эффективности лечения является не только стабильность капсульно-связочного аппарата плечевого сустава, но и выраженность болевого синдрома после операции и объем движений в суставе, что требует дальнейшего подробного изучения.

Процесс восстановления после операции по поводу первичной дислокации плеча играет важную роль в формировании посттравматической нестабильности. Мнения относительно длительности реабилитационных мероприятий после вмешательств на плечевом суставе по поводу вывиха до сих пор различаются (12).

Так, одними авторами предлагается иммобилизовать конечность после артроскопической операции Банкарта в течение 4 недель с последующей тренировкой вплоть до 8-10 недель после операции (11).

По мнению других авторов оптимальная длительность иммобилизации после артроскопической операции Банкарта – 3 недели (7). Следует привести результаты исследования Н. Мерк, свидетельствующие о необходимости иммобилизации в течение не менее 3 недель. Пациенты, иммобилизация плеча которых обеспечивалась на срок от 3 недель, показали более хорошие результаты лечения (8).

В то же время S. Kim с коллегами сравнил исходы у 28 больных с послеоперационной иммобилизацией плеча в течение 3 недель и 34 больных с ускоренной программой реабилитации, включавшей упражнения с первого дня после вмешательства. Ни у одного больного не было отмечено повторного вывиха в течение 31 месяца. Более того, ускоренная реабилитация способствовала более быстрому восстановлению полноценного объема движений и снижению послеоперационного болевого синдрома. Показано, что восстановительная программа при задних вывихах плеча должна отличаться более постепенным развитием, большим ограничением движений и большей длительностью (до 16 недель). Иммобилизация в данном случае продолжается в течение 6 недель. Надо отметить, что реабилитация включает не только иммобилизацию, но раннее (еще во время иммобилизации) начало тренировок в виде выполнения пассивных движений с постепенным увеличением нагрузки, что необходимо для профилактики контрактур (8). В период реабилитации пациенту также необходима физиотерапия для уменьшения болевого синдрома и воспаления (12).

Порядок реабилитационных мероприятий после хирургического лечения первичного вывиха также вызывает вопросы и требует изучения.

Заключение. Первичные травматические вывихи плеча являются сегодня одной из наиболее частых патологий в травматологии, которая встречается главным образом среди активного трудоспособного населения. Во многих случаях она сопряжена с повреждениями анатомических структур сустава, каждая из которых важна для его нормального функционирования. Именно эти повреждения становятся причиной развития хронической посттравматической нестабильности плечевого сустава, которая проявляется неприятными для пациента симптомами, в частности привычными вывихами.

Несмотря на то, что проблема существует десятилетия, до сих пор не разработаны рекомендации для полноценной диагностики таких больных и их эффективного лечения. По-прежнему основным методом инструментальной диагностики является рентгенологическое исследование, которое не позволяет визуализировать все структуры сустава. Необходимы разработка и внедрение нового алгоритма диагностики, который позволит своевременно выявлять больных, попадающих в группу риска по развитию посттравматической нестабильности сустава и нуждающихся в хирургической реконструкции поврежденных анатомических образований.

Кроме того, остается открытым вопрос необходимости хирургического лечения в остром

периоде у всех категорий больных. Из обзора видно, что раннее оперативное лечение позволяет избежать развития привычного вывиха плеча, однако оно имеет свои осложнения, что должно учитываться при выборе тактики ведения. Актуальной представляется разработка показаний к хирургическому лечению первичного вывиха в остром периоде.

При необходимости хирургического лечения не менее важным становится вопрос выбора между открытым и артроскопическим вмешательствами. Несмотря на многочисленные преимущества артроскопии, имеющиеся сегодня данные свидетельствуют о меньшей эффективности данных вмешательств в лечении привычного вывиха плеча. Требуется изучение результатов применения малоинвазивных технологий у больных в остром периоде и создание рекомендаций для выбора метода оперативного вмешательства.

Важно не столько поиск идеального метода оперативного вмешательства, сколько точная диагностика присутствующего у каждого конкретного пациента набора повреждений сустава и их своевременное устранение с помощью подбора оптимального способа.

Список литературы

1. Васильев В.Ю., Монастырев В.В., Хирургическое лечение рецидивирующей нестабильности плечевого сустава / Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН.-2008. - №4.- С104-105
2. Григорьева Е.В. МРТ плечевого сустава: атлас /Е.В. Григорьева, Ф.М. Ахмеджанов// М. - 2009. - С.104
3. Даниленко О.М., Макаревич Е.Р., Кмит А.И. К вопросу о лечении передней посттравматической нестабильности с импрессионным дефектом головки плечевой кости // Развитие травматологии и ортопедии в республике Беларусь на современном этапе: материалы VIII съезда травматологов и ортопедов Республики Беларусь. Минск, 2008. С.60-62.
4. Кавалерский Г.М., Гаркави А.В.. "Травматология и ортопедия", М.2013г., С.640.
5. Макаревич Е.Р. Лечение неосложненных и осложненных повреждений вращательной манжеты плеча /Е.Р.Макаревич: автореферат диссертации доктора медицинских наук. - Минск, 2003. – С.34.
6. Arciero R.A. и др. Arthroscopic Bankart Repair Versus Nonoperative Treatment for Acute, Initial Anterior Shoulder Dislocations // Am. J. Sports Med. 1994. Т. 22. № 5. – С. 589–594.
7. Longo U.G. и др. Management of primary acute anterior shoulder dislocation: systematic review and quantitative synthesis of the literature. // Arthroscopy. 2014. Т. 30. № 4. – С. 506–22.
8. Merk H. и др. [Arthroscopic repair of the glenoid labrum using the 3-point knot technique. Early results with consideration to different postoperative immobilization time periods]. // Z. Orthop. Ihre Grenzgeb. 1996. Т. 134. № 6. – С. 546–52.
9. Mohtadi N.G.H. и др. Arthroscopic versus open repair for traumatic anterior shoulder instability: a meta-analysis. // Arthroscopy. 2005. Т. 21. № 6. – С. 652–8.
10. Petrera M. и др. A meta-analysis of open versus arthroscopic Bankart repair using suture anchors. // Knee Surg. Sports Traumatol. Arthrosc. 2010. Т. 18. № 12. – С. 1742–7.
11. Wickiewicz T. L., Pagnani M. J., Kennedy K. Rehabilitation of the unstable shoulder //Sports Med Arthrosc Rev. – 1993. – Т. 1. – С. 227-235.
12. Wilk K.E., Macrina L.C. Nonoperative and postoperative rehabilitation for glenohumeral instability. // Clin. Sports Med. 2013. Т. 32. № 4. – С. 865–914.