

УДК 616.8-001

*Filipenko P.V., Firsov S.A.* **ANALYSIS OF NON-OPERATIVE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH FIRST-TIME TRAUMATIC ANTERIOR SHOULDER DISLOCATION OF DIFFERENT AGE AND DIFFERENT LEVEL OF ACTIVENESS.** The purpose of this research is to study and to compare long-term results after conservative treatment of groups of patients with different age and different physical activity with primary traumatic anterior shoulder dislocation, to develop tactics concerning different groups of patients. Long-term results of conservative treatment are presented. Ways of their improvement are suggested.

**Key words:** non-operative management, shoulder dislocation, recurrent instability of a shoulder, physical rehabilitation.

*П.В. Филипенко, врач-травматолог ФКУЗ «6 военный госпиталь ВВ МВД России», г. Новосибирск, E-mail: doctorfilipenko@gmail.ru; С.А. Фирсов, канд. мед. наук, руководитель центра травматологии и ортопедии НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль ОАО РЖД, E-mail: serg375@yandex.ru*

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП И РАЗЛИЧНОГО УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Проведен анализ результатов консервативного лечения первичного травматического переднего вывиха плеча у 114 пациентов. Целью данного исследования явилось изучение и сравнение долгосрочных результатов консервативного лечения первичного травматического вывиха плеча у пациентов различных возрастных групп и групп разного уровня физической активности с целью выработки тактики относительно различных групп пациентов. Представлены отдаленные результаты консервативного лечения, предложены пути их совершенствования.

**Ключевые слова:** консервативное лечение, вывих плеча, хроническая нестабильность плеча, физическая реабилитация.

Целью данного исследования явилось определение роли и места консервативного лечения травматического вывиха, степени его эффективности у молодых и физически активных пациентов в сравнении с результатами лечения разных возрастных групп пациентов, классифицируемых по возрасту и физической активности, на основании изучения и сравнения долгосрочных результатов консервативного лечения травматического вывиха плеча. Определение основных недостатков проводимого лечения, совершенствование консервативного лечения и физической реабилитации, а также выработка тактики для принятия решения о выборе метода лечения для различных пациентов.

**Материалы и методы исследования.** Наше исследование включало в себя анализ проведенного нами консервативного лечения 32 пациентов, перенесших первичный травматический передний вывих плеча. Пациенты были классифицированы по возрасту на три возрастных группы: моложе 20 лет – 11 (34,3%) пациентов, от 20 до 40 лет – 14 (43,8%), и старше 40 лет – 7 (21,9%), а также по уровню физической активности: пациенты с высокой (спортсмены), средней и низкой физической активностью. В группе до 20 лет 4 пациентов являлись спортсменами (борьба, бокс, рукопашный бой) и 7 пациентов имели среднюю физическую активность (военнослужащие по призыву, курсанты ВВУЗ). В группе от 20 до 40 лет 3 пациентов являлись спортсменами, 7 – имели среднюю физическую активность и 4 – низкую степень активности. В группе старше 40 лет 2 имели среднюю активность и 5 низкую степень активности. Срок наблюдения за пациентами составил от 1 до 5 лет. Результаты лечения больных оценивались нами при осмотре по окончании курса восстановительного лечения, при плановом контрольном осмотре пациентов через один и два года и более, а также при повторных обращениях в связи с наличием жалоб на наличие боли, ограничения объема движений, нестабильности в плечевом суставе, либо рецидивов вывихов. Результаты лечения оценивались по комплексной шкале Rowe, где 100 – 90 – результат отличный; 89 – 75 – хороший; 74 – 51 – удовлетворительный; 50 или менее – плохой.

Для сравнения была отобрана контрольная группа в количестве 82 человека, также разделенная на подгруппы по возрасту и уровню физической активности, чьи истории болезни и исходы были изучены ретроспективно по амбулаторным картам травматологического пункта и поликлиники одного из районов города. Все пациенты контрольной группы первично обращались в травматологический пункт и в дальнейшем наблюда-

лись в поликлинике этого же района города в период с 2008 по 2013 гг. Фактическое наличие в анамнезе повторных обращений по поводу сублюксаций и рецидивов вывиха плеча и последующее направление на оперативное лечение по поводу сформировавшейся нестабильности позволяло судить об неудовлетворительных результатах консервативного лечения. Жалобы на ограничение движений, опасение при движениях давали возможность сделать заключение об удовлетворительных результатах. Отсутствие каких-либо жалоб и возврат к прежнему уровню физической активности свидетельствовало в пользу хороших и отличных результатов. В неясных случаях дополнительный опрос больных выборочно проводился по телефону.

Лечение и реабилитация пациентов основной группы проводилось нами по следующей схеме.

После вправления вывиха (как правило) под общей внутривенной анестезией по одной из общеизвестных методик нами была избрана следующая этапная тактика консервативного лечения.

**1 этап. Имобилизационный период.** Продолжительность до 4 недель. Имобилизация осуществлялась косыночной повязкой либо ортопедическим биндажом на плечевой суставе в положении внутренней ротации. Во время иммобилизации с первых дней назначались активные движения для пальцев, сгибание, разгибание кисти, сжимание резинового эспандера, проводилось стандартное симптоматическое и физиотерапевтическое лечение (магнитотерапия, лазеротерапия, индуктотермия), НПВС-мази для снятия отека.

**2 этап. Начало мобилизации плеча.** Через 2 недели. Продолжалась иммобилизация, разрешалось только сгибание и разгибание в плечевом суставе (качательные движения). Упражнения выполнялись только в отсутствие болевого синдрома, появление болевого синдрома служило критерием прекращения упражнений. Для уменьшения отека и боли использовались НПВС мази во время и после упражнений.

**3 этап. Восстановление объема движений и начало укрепления мышц.** С 4-5 недель. Иммобилизация прекращалась, начинались изометрические упражнения (напряжение мышц конечности без движений), продолжались двигательные упражнения, начиналось отведение и наружная ротации в комфортном для пациента объеме. Необходимо пытаться достичь полного безболезненного объема движений в суставе.

**Начало восстановления функции мышц вращательной манжеты.** Данные мышцы, как известно, являются осно-



Рис. 1. Тренировка подостной и малой круглой мышцы(сверху), подлопаточной (снизу)

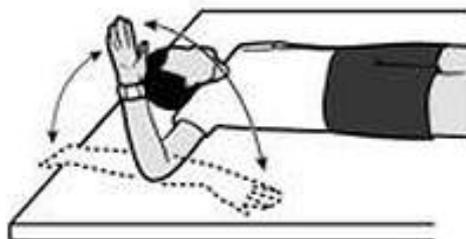


Рис. 2. Тренировка надостной и подлопаточной мышцы

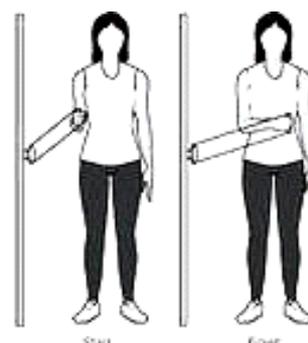


Рис. 3. Тренировка подлопаточной мышцы

вой динамической стабилизации головки плечевой кости в суставной впадине лопатки, и их дисфункция, развивающаяся после первичного и повторных вывихов, прямо влияет последующую стабильность всего сустава. Начиная с четвертой недели, назначался специализированный курс упражнений, целью которого является нормализация баланса мышц вращательной манжеты плеча. Особенностью данных упражнений является то, что для полноценного включения в работу мышц вращательной манжеты все упражнения должны выполняться с малым весом (гантеля 1-2 кг, либо резиновый жгут, эспандер низкого напряжения, фиксированный к спинке кровати, стене и т.д.), максимальное количество повторений. Упражнения выполняются до появ-

ления выраженного чувства утомления (ломоты) в области плечевого сустава. Ниже приведены некоторые примеры данных упражнений (рис. 1, 2, 3).

Мы рекомендовали выполнение данного комплекса 2 раза в день. Удобством выполнения данного комплекса является то, что большинство из них можно выполнять лежа в кровати утром сразу после пробуждения или перед засыпанием. При регулярном выполнении данных упражнений через 3-4 недели развивается гипертрофия мышц ротаторной манжеты. Гипертрофированная подлопаточная мышца предотвращает переднюю нестабильность плеча, пассивно действуя как передний барьер при смещении головки плечевой кости, а также активно как динами-

#### Результаты консервативного лечения основной группы

Таблица 1

Группы		Неудовлетв.	Удовлетв.	Хорошо	Отлично
<20	Высокая физ. акт.	3 (75%)	1 (25%)	-	-
	Средняя физ. акт.	3 (42,8%)	2 (28,6%)	2 (28,6%)	-
20-40	Высокая физ. акт.	-	2 (66,6%)	1 (33,3%)	-
	Средняя физ. акт.	-	1 (14%)	3 (43%)	3 (43%)
	Низкая физ. акт.	-	-	2 (50%)	2 (50%)
>40	Средняя физ. акт.	-	-	1 (50%)	1 (50%)
	Низкая физ. акт.	-	-	2 (40%)	3 (60%)

Результаты основной группы сравнивались с результатами лечения пациентов контрольной группы ретроспективного исследования (таблица 2).

#### Результаты консервативного лечения контрольной группы

Таблица 2

Группы		Неудовлетв.	Удовлетв.	Хорошо	Отлично
<20	Высокая физ. акт.	4 (100%)			
	Средняя физ. акт.	7 (54%)	4 (31%)	2 (15,0%)	
	Низкая физ. акт.	4 (50%)	3 (37,5%)	1 (12,5%)	
20-40	Высокая физ. акт.	2 (66,6%)	1 (33,3%)		
	Средняя физ. акт.	2 (11,8%)	5 (29,4%)	7 (41,2%)	3 (17,6%)
	Низкая физ. акт.		3 (33,3%)	4 (44,4%)	2 (22,2%)
>40	Высокая физ. акт.		1 (50%)	1 (50%)	
	Средняя физ. акт.		2 (20%)	3 (30%)	5 (50%)
	Низкая физ. акт.		1 (6,6%)	5 (33,3%)	9 (60%)

ческий стабилизатор за счет повышенного тонуса при наружной ротации. Гипертрофия мышц вращательной манжеты также профилактирует развитие подакромияльного и клювовидного импиджмент-синдромов и способствует регрессу болевого синдрома при данных состояниях.

**4 этап. Достижение силы равной неповрежденной конечности и продолжение восстановления объема движений.** Продолжительность: 6-10 недели. Продолжается тренировка мышц плечевого пояса и мышц вращательной манжеты плеча, прогрессивное выполнение наружной ротации и отведения. Критериями прекращения упражнений являются дискомфорт и боль. Для снижения болевых ощущений назначаются НПВС в виде мазей.

**5 этап. Полный возврат к прежнему уровню физической активности, спорту.** Продолжительность: 10-16 недели. Увеличение силы, переход к тренировке с гантелями и собственным весом, продолжается тренировка мышц вращательной манжеты плеча, начало функциональной активности, такой как метание предметов, ловля предметов. Постепенный возврат к спорту, возврат к тренировкам, постепенное повышение функциональных требований к плечевому суставу. Основные критерии – отсутствие боли и отрицательный тест опасения.

Полученные результаты лечения пациентов из основной группы были сравнены с результатами лечения пациентов контрольной группы.

**Результаты.** При оценке результатов лечения пациентов основной группы через 2 года после первичного вывиха были получены следующие результаты (таблица 1).

Как видно из приведенных результатов, в основной группе пациентов, в которой лечение и реабилитация проводилась по предложенной методике, были отмечены значительно лучшие результаты лечения во всех подгруппах. В подгруппах пациентов молодого возраста и высокого уровня физической активности процент рецидивов оставался практически на прежнем уровне, что было обусловлено наличием повреждений суставной губы и других структур плечевого сустава, выявленных позже по данным МРТ и требовавших хирургической коррекции.

Также наблюдалась тенденция к более высокому проценту рецидивов во всех группах пациентов с высокой физической активностью.

Полученные результаты собственного исследования основной группы и ретроспективного анализа контрольной группы пациентов позволили сделать следующие выводы.

1. При выборе тактики лечения во всех случаях обязательно учитывается возраст пациентов, физическая активность и отношение к спорту. У молодых и физически активных пациентов для выявления сопутствующих повреждений в обязательном порядке показано назначение МРТ и по показаниям МСКТ плечевого сустава.

2. Исследование показало нецелесообразность проведения консервативной терапии у пациентов моложе 20 лет и относительную эффективность у пациентов средней возрастной группы. Молодой возраст в сочетании с физической активностью является абсолютным показанием к выбору оперативной тактики в ближайшие сроки после первичной травмы.

3. У пациентов в возрасте от 20 до 40 лет, не проявляющих высокой физической активности и у пациентов старше 40 лет, тактикой выбора может являться консервативное лечение с оценкой результатов в отдаленном периоде.

4. Физическая реабилитация является важнейшим составляющим консервативного лечения вывиха плеча и при правильном полноценном подходе к ее проведению значительно улучшает результаты лечения. Предложенная этапная тактика консервативного лечения зарекомендовала себя положительно на практике и может рассматриваться как один из вариантов реабилитации больных перенесших травматический вывих плеча.

5. Полноценная реабилитация требует определенной доли ответственности со стороны пациента. Приведенный комплекс реабилитации может выполняться пациентами полностью самостоятельно при условии обучения пациента правильному выполнению упражнений.

*Статья поступила в редакцию 19.05.14*