

НОВЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛОГО ЗАДНЕГО ВЫВИХА ПЛЕЧА

Василий Владимирович Монастырев¹, Владимир Алексеевич Сорокиков^{1,2},
Вячеслав Юрьевич Васильев¹, Марина Эдуардовна Пусева^{1,2}⁽¹⁾Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН, директор — д.м.н., проф., чл.-корр. РАМН Е.Г. Григорьев; ⁽²⁾Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах)

Резюме. В клинике ФГБУ «НЦРВХ» СО РАМН проведено проспективное неконтролируемое исследование по определению эффективности нового метода стабилизации плечевого сустава после устранения застарелого заднего вывиха плеча. Анализ оперативного лечения проведен у 6 пациентов с застарелым задним вывихом плеча, обратившихся в Центр в разные сроки после травмы. В результате проведенного исследования выявлены основные преимущества нового метода в сравнении с ранее использованными способами. На протяжении 2-х летнего срока послеоперационного наблюдения не получено рецидивов вывиха. Для получения достоверных данных по эффективности планируется провести контролируемое рандомизированное исследование.

Ключевые слова: плечевой сустав, травма, хирургическое лечение.

THE NEW METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF OLD POSTERIOR SHOULDER DISLOCATION

V.V. Monastyrev¹, V.A. Sorokovikov^{1,2}, V.Y. Vasilyev¹, M.E. Puseva^{1,2}
⁽¹⁾Scientific Center of Reconstructive and Restorative Surgery SB RAMS;
⁽²⁾Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Irkutsk, Russia)

Summary. A prospective non-controlled research for determination of effectiveness of a new method of stabilization of shoulder joint after elimination of old posterior shoulder dislocation was realized in clinic of Scientific Center of Reconstructive and Restorative Surgery SB RAMS. The analysis of operative treatment was conducted in 6 patients with old posterior shoulder dislocation in different terms after trauma. As the result of the research conducted main advantages of a new method in comparison with previously used methods were revealed. There were no dislocation relapses during 2 years of postoperative observation. We are planning to conduct controlled randomized research for getting reliability of data on the effectiveness.

Key words: shoulder joint, trauma, surgical treatment.

Частота задних вывихов составляет всего 2-4,5% от числа всех травматических вывихов плеча [, 6, 10]. Именно редкая встречаемость и отсутствие настороженности ортопедов создают предпосылки для того, чтобы считать задний вывих плеча «диагностической ловушкой» [, 8]. Кроме того, причина формирования застарелого вывиха заключается так же в несвоевременном обращении пациентов за медицинской помощью, а использование рутинного рентгенологического обследования плечевого сустава в одной проекции дает ложную информацию о правильном соотношении головки плечевой кости и суставной впадины лопатки []. Выраженный болевой синдром с резким его усилением при попытке отвести конечность для выполнения рентгенограммы в классической аксиальной проекции делает невозможным объективизировать дислокацию головки кзади. Таким образом, неверная первичная диагностика приводит к постановке неправильного диагноза, и, следовательно, влечет недостатки в тактике лечения. В таком случае пациенты безрезультатно проходят курс консервативного лечения как «замороженное плечо» [7].

Кроме этого, любые вывихи плеча сопровождаются разрывом элементов ротаторной манжеты плеча. Чтобы произошел задний вывих, необходим разрыв внутреннего ротатора — подлопаточной мышцы, в то время как наружные ротаторы — подостная и малая круглая мышцы — гофрируются, укорачиваются. Кроме того, задние вывихи плеча сопровождаются импрессионными переломами головки плечевой кости; вдавлением переднего ее отдела. В случае длительного нахождения головки в состоянии сцепленного с задним краем вывиха на фоне остаточной артикуляции быстро прогрессирующее импрессионное повреждение головки плечевой кости и впадины лопатки может достигать более 50% от общей площади [, ,].

Таким образом, восстановление анатомо-функционального взаимоотношения плечевого сустава является одной из сложных проблем травматологии и ортопедии. Продолжение поиска новых, более рациональных и эффективных

методов лечения пациентов с застарелым задним вывихом плеча, явилось основанием для планирования данной работы.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность нового хирургического метода лечения пациентов с застарелым задним вывихом плеча.

Материалы и методы

Нами предложен «Способ оперативного лечения застарелого заднего вывиха плеча» [5], который повышает, по нашему мнению, эффективность хирургического лечения пациентов с застарелым задним вывихом плеча, сочетающий с дефектом заднего края суставного края лопатки.

Пилотное исследование эффективности предложенного способа основано на результатах анализа оперативного лечения 6 пациентов в период с 2010 по 2012 г. в клинике Научного центра реконструктивно-восстановительной хирургии СО РАМН с диагнозом застарелый задний вывих плеча.

Критериям включения пациентов в исследование было: наличие невраimbного вывиха плеча более 3-х недель с момента травмы; трудоспособный возраст пациентов от 18 до 35 лет.

Пациентам в предоперационном периоде выполнялись рентгенография плечевого сустава в стандартных проекциях (прямая и аксиальная), КТ с 3D реконструкцией суставного отростка лопатки (с измерением абсолютного размера при наличии дефекта суставного отростка лопатки); электромиография (надостной, подлопаточной и дельтовидных мышц); стимуляционная миография; заполнения опросников и GCP-протокола; динамическое наблюдение в послеоперационном периоде, с целью определения результатов хирургического лечения.

Все пациенты — мужского пола, средний возраст — 25,7±2,1 года, отдаленные результаты лечения изучены у всех пациентов в сроки от 1 года до 2 лет.

Результаты лечения оценивались по столбальной шкале Rowe, учитывающей функциональный статус у пациентов, интенсивность болевого синдрома, стабильность и объем движений в плечевом суставе. Результат оценивался как отличный в 1 случае: 90-100 баллов, хороший в 3-х случаях: 70-89 баллов: удовлетворительный в 2-х случаях: 40-69 баллов.

Сущность предложенного способа лечения застарелого заднего вывиха плеча поясняется клиническим примером.

Пациент Б., 21 год (студент, занимается любительским спортом — классическая борьба), городской житель, поступил в клинику Центра спустя 41 день после травматического заднего вывиха головки правой плечевой кости. На основании клинко-рентгенологических данных выставлен клинический диагноз: застарелый задний вывих головки левой плечевой кости. Импрессионный дефект переднего полюса головки левой плечевой кости, дефект задне-нижнего края суставного отростка лопатки. Застарелое повреждение вращающей манжеты плеча слева. Комбинированная контрактура левого плечевого сустава. Болевой синдром. Посттравматическая нейропатия плечевого сплетения слева с заинтересованностью локтевого нерва слева с двигательными нарушениями.

На рентгенограмме: задний вывих головки левой плечевой кости. Импрессионный дефект переднего полюса головки левой плечевой кости, дефект задне-нижнего края суставного отростка лопатки (рис. 1).

Из анамнеза: травма спортивная, падение на вытянутую руку с высоты собственного роста (механизм рычага), почувствовал резкую боль, хруст, за медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно, спустя 3 дня сохранялись боли и ограничение движений в области плечевого сустава. Пациент обратился за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства, выполнили рентгенограммы в прямой проекции, костных повреждений не обнаружили, назначено консервативное лечение по поводу: травматического повреждения вращательной манжетки левого плеча, облегчение не наступило. Направлен в поликлинику Центра, рекомендовали стационарное лечение, госпитализирован.

Выполнено оперативное вмешательство по предлагаемому способу: артротомия левого плечевого сустава чрезакромиальным костно-пластическим доступом, открытое вправление вывиха головки плечевой кости; ревизия субакромиального пространства, костная пластика заднего края суставного отростка лопатки аутооттрансплантатом из акромиального отростка слева, реинсерция сухожилий ротаторной манжеты.

В асептических условиях, дугообразно-прямым разрезом кожи 12 см выполнен доступ к акромиальному отростку левой лопатки, затем вскрыто поддельтовидное и субакромиальное пространства, акромион отсечен параллельно наружному краю, отступая 1 см, костно-мышечный лоскут откинут кзади. Определяется продольный разрыв надостной мышцы на протяжении 2 см. Через дефект вращающей манжеты плеча выполнен доступ к суставу. Определяется положение головки плечевой кости кзади, сципивишемся за задний край гленоида и импрессию переднего полюса головки. Путем иссечения рубцов освобождена суставная полость. Вывих вправлен. Определяется дефект задне-нижнего края суставного отростка лопатки более 10% от ширины суставной впадины. При приведении и внутренней ротации определяется люксация головки кзади. Выделен из костно-пластического фрагмента акромиальный отросток, взят несвободный костный аутооттрансплан-

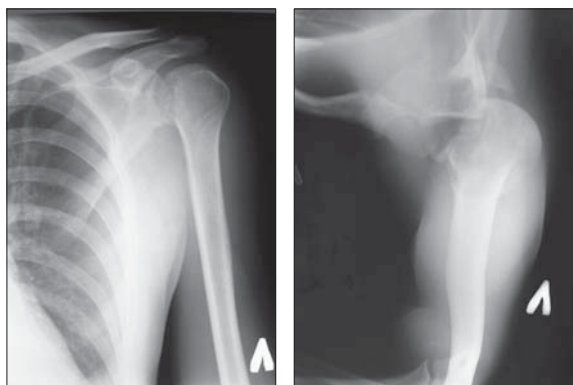


Рис. 1. Рентгенограммы пациента Б. (в прямой и аксиальной проекции) до операции.

тат размером 2,0*1,0*1,0 см с прикрепляющийся мышцей (на питающей ножке). Распором освещено место дефекта и диафиксирован костный аутооттрансплантат спицей Киришера 1,0 мм. При помощи сверла диаметром 2,7 проведено отверстие в трансплантате и дефекта задне-нижнего края суставного отростка лопатки. К наружной поверхности трансплантата прикрыта поврежденная капсула и фиксирована винтом 3,5 мм с зубчатой шайбой, стабильно. В критических положениях вывиха нет. Повреждение ротаторной манжеты прошито нитями полиэстера #6,0. Рана обильно отмыта физраствором, гемостаз по ходу операции — сухо. Акромиальный отросток адаптирован к материнскому ложу и прошит чрескостными швами нитями полиэстера #6,0; рана дренирована по Редону и послойно ушита. Наложена асептическая повязка. Левая верхняя конечность фиксирована отводящей шиной (отведение 60° и передней девиации 40°).

Выполнен рентген-контроль через 2 дня после операции: в проекции шейки лопатки определяется костный трансплантат фиксированный металлоконструкцией (один винт с шайбой). В плечевом суставе суставные поверхности конгруэнтны, суставная щель сохранена (рис. 2).

На второй день после операции начаты перевязки послеоперационных швов, на третий день начато лазеролечение (7 сеансов). Пациент с 3-х суток приступил к занятиям изометрической гимнастики. На 7 сутки после операции пациент выписан на амбулаторный этап лечения с рекомендациями. В поликлинике по месту жительства пациент выполнял перевязки, на 14 сутки после операции сняты кожные швы, рана зажила первичным натяжением. Через 3 недели после операции иммобилизации эластичной отводящей шиной прекращена. Проведен курс физиофункционального лечения в амбулаторных условиях, который включал массаж и электростимуляцию мышц плечевого пояса по 12 процедур, лечебную гимнастику для суставов левой верхней конечности. Через 5 недель после операции больной приступил к работе по специальности с полным объемом движений в левом плечевом суставе.

При контрольном осмотре через 11 месяцев после операции рецидивов вывиха не отмечалось, движения в левом плечевом суставе безболезненные, в полном объеме. Пациент продолжает заниматься любительским спортом.

Результаты и обсуждение

Во всех описанных случаях применение предлагаемого способа стабилизации сустава, а, именно, использование несвободного аутооттрансплантата, позволило не только восстановить утраченную площадь костной части суставного отростка лопатки, но и частично заместить безвозвратно утерянную функцию хрящевого гленоида. Благодаря использованию естественной кри-



Рис. 2. Рентгенограмма пациента Б. (в прямой проекции) на 2-е сутки после операции.

визны трансплантата удалось сохранить и конгруэнтность плечевого сустава.

Отличным результатом лечения у пациентов молодого возраста мы посчитали сочетание двух основных показателей: восстановление циркумдукции верхней конечности и полное восстановление трудоспособности, либо возврат к занятиям любительским спортом. Данным критериям соответствовали 5 пациентов из 6. У шестого пациента результат лечения расценен как хороший, т.е. несмотря на невозможность полного поднятия конечности («волейбольный замах»), исчез страх вывихов, уровень движений в плечевом суставе позволил вернуться к занятиям экстремальными видами спорта.

Таким образом, предлагаемый «Способ оперативного лечения застарелого заднего вывиха плеча» по сравнению с другими известными технологиями обеспечивает следующие преимущества:

1. Используемый аутотрансплантат позволяет восстановить как утраченную площадь костной части суставного отростка лопатки, так и частично заместить безвозвратно утерянную функцию хрящевого гленоида;

2. Предлагаемый способ:

— позволяет сохранить кровоснабжение аутотрансплантата за счет сохранения крепления мышечной ножки дельтовидной мышцы;

— при помощи используемого аутотрансплантата

позволяет восстановить конгруэнтность в плечевом суставе, за счет формы костного трансплантата;

— не нарушает точек крепления ротаторов манжеты, что в последующем не приводит к изменению биомеханики плечевого сустава;

— сокращает сроки лечения, в том числе и период послеоперационной реабилитации пациентов, так как отсутствует гипсовая иммобилизация верхней конечности, а используется только эластичная отводящая шина, которая предупреждает развитие контрактур в плечевом и смежных суставах.

Таким образом, проспективное, неконтролируемое исследование с использованием предложенной модификации ранее известного способа костно-пластической стабилизации головки плечевой кости после устранения заднего вывиха, сочетающегося с наличием дефекта заднего края гленоида лопатки, наглядно продемонстрировало его эффективность у пациентов молодого и трудоспособного возраста. В срок наблюдения до 2-х лет после операции не получено ни одного рецидива вывиха плеча. Новый хирургический метод следует считать операцией выбора, дающей значительную перспективу для возврата к активному и здоровому образу жизни при низком риске рецидива вывиха, но только после подтверждения его эффективности в масштабном контролируемом рандомизированном клиническом исследовании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеев А.А., Игнатьев А.Г., Тютюнников А.В. Хирургическая тактика при лечении застарелого вывиха плеча // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — 2006. — № 4. — С. 20-24.
2. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: рук. для врачей / Под ред. Н.В. Корнилова. — В 4 т.: Т. 2. — СПб.: Гиппократ, 2005. — С. 108-110.
3. Монастырев В.В., Васильев В.Ю., Пусева М.Э., Тишков Н.В. Наш опыт хирургического лечения пациентов с тотальным застарелым повреждением сухожилий ротаторной манжеты плеча // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — 2013. — №1. — С. 59-63.
4. Монастырев В.В., Сидорова Г.В., Сороковиков В.А. и др. Диагностическое значение мультиспиральной компьютерной томографии с трехмерной реконструкцией при посттравматической переднемидиальной нестабильности плечевого сустава: открытое проспективное исследование // Медицинская визуализация. — 2012. — № 2. — С. 115-121.
5. Способ оперативного лечения застарелого заднего вывиха плеча: пат. 2481798 Рос. Федерация: МПК А61В 17/56 / Монастырев В.В., Сороковиков В.А., Васильев В.Ю. и др.; заявитель и патентообладатель НЦРВХ СО РАМН. — № 2011114949/14; заявл. 15.04.2011; опубл. 20.10.2013, Бюл. № 14. — 1 с.
6. Ahmad R., Ahmed S., Bould M. Iatrogenic fracture of humerus — complication of a diagnostic error in a shoulder dislocation: a case report // J Med Case Rep. — 2007. — P. 1-3.
7. Drakos M.C., Green D.M., Dodson C.C., et al. Shoulder Dislocation After Mobilization Procedures for Adhesive Capsulitis // Orthopedics. — 2008. — Vol. 31(12). — P. 1229-1233.
8. Kowalsky M.S., Levine W.N. Traumatic Posterior Glenohumeral Dislocation: Classification, Pathoanatomy, Diagnosis, and Treatment // Orthopedic Clinics of North America. — 2008. — Vol. 39 (4). — P. 519-533.
9. Riggensbach M.D., Najarian R.G., Bishop J.Y. Recurrent, locked posterior glenohumeral dislocation requiring hemiarthroplasty and posterior bone block with humeral head autograft // Orthopedics. — 2012. — Vol. 35 (2). — P.277-282.
10. Robinson C.M., Aderinto J. Posterior shoulder dislocations and fracture-dislocations // J Bone Joint Surg. — 2005. — Vol. 87 (3). — P.639-650.

Информация об авторах: Монастырев Василий Владимирович — младший научный сотрудник, 664003, Иркутск, ул. Борцов Революции, 1, тел. (3952) 290357, e-mail: scrrs.irk@gmail.com; Сороковиков Владимир Алексеевич — д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе, заведующий кафедрой; Васильев Вячеслав Юрьевич — врач травматолог-ортопед; Пусева Марина Эдуардовна — к.м.н., заведующая отделением, доцент кафедры.

© КАЛЯГИН А.Н., ГРИГОРЬЕВА Т.В., АНТИПОВА О.В., БОЛЬШЕДВОРСКАЯ О.А. — 2013

УДК: 616.712-006:616-833

ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ АРТРИТ

Алексей Николаевич Калягин^{1,2}, Татьяна Васильевна Григорьева²,

Ольга Валентиновна Антипова², Ольга Александровна Большедворская³

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н. А.Н. Калягин; ²Клиническая больница №1 г. Иркутска, гл. врач — Л.А. Павлюк, ревматологический центр, зав. — О.В. Антипова; ³Иркутский областной онкологический диспансер, гл. врач — д.м.н., проф. В.В. Дворниченко)

Резюме. Паранеопластические синдромы в ряде случаев могут предшествовать диагностике опухоли, а в ряде случаев — следовать за нею. Первая ситуация требует от врача высокой настороженности в плане вероятности развития опухолевого процесса. Артриты — это частые, связанными с опухолями ревматологические синдромы. В статье представлены клинко-эпидемиологические особенности паранеопластических артритов, алгоритм обследования больного, а также клиническое наблюдение.

Ключевые слова: паранеопластический артрит, онконастороженность, диагностика опухоли.