

**КОММЕНТАРИЙ К СТАТЬЕ В.А. АСЛАНОВА, Р.П. МАТВЕЕВА
«К ВОПРОСУ ОБ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПОСЛЕ ВПРАВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО
ТРАВМАТИЧЕСКОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)»**

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ РОССИИ. 2014; (4):106-111

Статья В.А. Асланова и Р.П. Матвеева посвящена чрезвычайно актуальной теме и должна представлять интерес не только для травматологов-ортопедов, но и для хирургов поликлинического звена.

Действительно, после вправления первичного неосложненного вывиха перед врачом встают два вопроса: как иммобилизовать и как долго иммобилизовать? Можно предположить, что именно этими двумя вопросами задавались все врачи на протяжении всей истории лечения вывихов плечевой кости. Основная цель иммобилизации после вправления первичного вывиха – минимизация риска развития повторного вывиха и, соответственно, привычного вывиха или хронической нестабильности.

Часто ошибочно предполагают, что тип и сроки иммобилизации после вправления вывиха общеизвестны и совершенно не представляют никакой почвы для дискуссий. Между тем в практической деятельности встречаются весьма разнообразные варианты иммобилизации, и нередко можно встретить пациентов, которым накладывают гипсовые повязки на 6–8 недель. Мысль об однозначности выбора типа и сроков иммобилизации совершенно не верна, что подчеркивается обилием свежих публикаций по этому вопросу в мировой литературе.

Один из новых, «модных» вариантов иммобилизации после вывиха – наружная ротация плеча. Дело в том, что при иммобилизации в положении наружной ротации плеча происходит натяжение передних отделов капсулы плечевого сустава. Капсула будет прижата к переднему отделу суставной впадины лопатки, и таким образом с течением времени оторвавшаяся суставная губа самостоятельно рефиксируется, и вероятность повторного вывиха минимизируется. Эта идея была предложена E. Itoi с соавторами и впервые опубликована в 2003 г. в виде предварительного доклада [4], а в 2007 г. были опубликованы результаты рандомизированного исследования, показавшего снижение риска рекуррентного вывиха при иммобилизации в положении наружной ротации [5].

Для иммобилизации в положении наружной ротации плеча E. Itoi использовали самосто-

ятельно изготовленные устройства, и в конце 2000-х годов многие производители ортезов и брейсов включили в свои линейки специальные повязки, иммобилизирующие плечо в положении наружной ротации. Так принцип иммобилизации в наружной ротации предложенный E. Itoi, стал набирать популярность, но, к сожалению, эффективность в руках других авторов оказалась не столь яркой, как ожидалось.

Например, A. Finestone в работе 2009 г. показал, что никаких различий в частоте рецидивов не было, и наружная ротация не уменьшала риск вывиха [1]. Годом позже появился мета-анализ William H. Paterson и соавторов, которые объединили данные E. Itoi и A. Finestone и сравнили их с суммой результатов других работ, изучавших частоту неудач после иммобилизации в положении внутренней ротации. К сожалению, оказалось, что наружная ротация не уменьшает частоту рецидивов вывихов [7].

В.А. Асланов и Р.П. Матвеев упоминают мета-анализ William H. Paterson и соавторов в своем обзоре литературы, сообщая, что при сравнении частоты рецидивов у пациентов в возрасте до 30 лет в 45% случаев наблюдали рецидив вывиха после иммобилизации плеча в положении внутренней ротации, в то время как после иммобилизации в положении наружной ротации рецидивов не было. В оригинальной работе William H. Paterson и соавторов мы не смогли обнаружить таких заключений. На самом деле частота повторных вывихов в 45% была получена только в одной из работ L. Novelius и соавторов 1987 г. [3], и эта цифра никакого отношения к результатам работы William H. Paterson и соавторов не имеет. В их мета-анализе делается достаточно однозначный вывод о том, что иммобилизация в положении наружной ротации может иметь клиническую пользу, однако на тот момент статистической разницы между частотой вывихов при иммобилизации в положении наружной и внутренней ротации не было.

Работы в этом направлении продолжились, и в 2011 г. вышла работа S. Liavaag с соавторами. Опять же никакой пользы от наружной ротации не оказалось [6]. В 2014 г. вышла еще одна работа D.B. Whelan с соавторами [8], которая

показала аналогичный результат – наружная ротация никак не уменьшала риск повторных вывихов. Таким образом, если бы появился новый мета-анализ, включивший в себя эти новые работы, он не показал бы никакой пользы от иммобилизации в положении наружной ротации.

С практической точки зрения, применение любой иммобилизирующей повязки, даже слинг-повязки, у молодых пациентов в течение 3–4 недель представляет собой большую проблему комплайнса. Пациенты начинают прекрасно себя чувствовать уже через 6–10 дней после вывиха и попросту не понимают дальнейшей необходимости носить какую-либо повязку, ограничивающую их движение.

Иммобилизация в положении наружной ротации представляет собой еще большую проблему, так как пациенты испытывают колоссальные трудности при подборе одежды, передвижении. С обычной слинг-повязкой пациент вполне может управлять автомобилем с автоматической коробкой передач, а иммобилизация в положении наружной ротации лишает пациентов и этой возможности. В целом можно отметить, что положительный эффект от наружной ротации был получен только в работах E. Itoi, в то время как A. Finestone, W.H. Paterson, S. Liavaag и D.B. Whelan никаких преимуществ не показали. В связи с этим заключение, озвученное В.А. Аслановым и Р.П. Матвеевым о необходимости иммобилизации в положении наружной ротации после первичного вывиха весьма дискуссионно, поскольку не имеет под собой доказательной базы. Наоборот, в настоящее время можно рекомендовать иммобилизацию в положении внутренней ротации обычной слинг-повязкой. Авторы, давая эту рекомендацию, ссылаются на семь работ, однако ни одна из них не является исследованием, сравнивающим иммобилизацию в положении наружной или внутренней ротации. Просмотрев полные тексты всех этих семи работ, мы также не нашли рекомендаций о целесообразности иммобилизации в положении наружной ротации, а только лишь упоминания на существование такого метода, причем не во всех работах.

В современной медицине подобный казус встречается нередко – автор, предлагающий новую методику, показывает ее эффективность в достаточно методологически качественных

рандомизированных клинических исследованиях, нередко даже I уровня доказательности, однако в последующих работах методика часто оказывается не столь уж и эффективной, если не вообще вредной. Суть этой коллизии наверняка лежит в интеллектуальном конфликте интересов, который, по мнению Gordon Guyatt, оказывает, вероятно, даже большее влияние на результаты исследования, чем монетарный или финансовый конфликт интересов [2].

Применительно к срокам иммобилизации ситуация тоже не столь однозначна. В.А. Асланов и Р.П. Матвеев рекомендуют продолжать иммобилизацию в течение 3–7 недель, однако в том же мета-анализе W.H. Paterson с соавторами делают однозначный вывод о бессмысленности иммобилизации более чем на неделю [7].

Литература/References

1. Finestone A, Milgrom C, Radeva-Petrova DR, Rath E, Barchilon V, Beyth S, Jaber S, Safran O. Bracing in external rotation for traumatic anterior dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg Br.* 2009; 91:918-921.
2. Guyatt G, Akl EA, Hirsh J, Kearon C, Crowther M, Gutterman D et al. The vexing problem of guidelines and conflict of interest: a potential solution. *Ann Intern Med.* 2010; 152(11): 738-741. doi: 10.7326/0003-4819-152-11-201006010-00254.
3. Hovelius L. Anterior dislocation of the shoulder in teenagers and young adults Five-year prognosis. *J Bone Joint Surg Am.* 1987; 69:393-399.
4. Itoi E, Hatakeyama Y, Kido T, Sato T, Minagawa H, Wakabayashi I, Kobayashi M. A new method of immobilization after traumatic anterior dislocation of the shoulder: a preliminary study. *J Shoulder Elbow Surg.* 2003; 12:413-415.
5. Itoi E., Hatakeyama Y., Sato T., Kido T., Minagawa H., Yamamoto N., Wakabayashi I., Nozaka K. Immobilization in external rotation after shoulder dislocation reduces the risk of recurrence. A randomized controlled trial. *J Bone Joint Surg Am.* 2007; 89(10):2124-2131.
6. Liavaag S, Brox JI, Pripp AH, Enger M, Soldal LA, Svenningsen S. Immobilization in external rotation after primary shoulder dislocation did not reduce the risk of recurrence: a randomized controlled trial. *J Bone Joint Surg Am.* 2011; 93(10):897-904. doi: 10.2106/JBJS.J.00416.
7. Paterson W.H., Throckmorton T.W., Koester M, Azar F.M., Kuhn J.E. Position and duration of immobilization after primary anterior shoulder dislocation. a systematic review and meta-analysis of the literature. *J Bone Joint Surg Am.* 2010; 92(18):2924-2933.
8. Whelan DB, Litchfield R, Wambolt E, Dainty KN; Joint Orthopaedic Initiative for National Trials of the Shoulder (JOINTS). External rotation immobilization for primary shoulder dislocation: a randomized controlled trial. *Clin Orthop Relat Res.* 2014; 472(8):2380-2386.

СерEDA Андрей Петрович

канд. мед. наук заместитель директора научно-образовательного
клинического центра «Травматология и ортопедия»
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
e-mail: drsereda@gmail.com