

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА

Р.П. Матвеев¹, В.А. Асланов²

¹ Северный государственный медицинский университет,
и.о. ректора – д.м.н. профессор С.М. Вязьмин,
г. Архангельск

² Городская больница № 1,
главный врач – Р.Н. Карташова
г. Северодвинск Архангельской обл.

Проведен анализ результатов лечения первичного травматического вывиха плеча у 36 пациентов. Выявлено значительное количество неблагоприятных результатов, что свидетельствует о необходимости изменения методики лечения данной патологии, особенно у пациентов пожилого возраста.

Ключевые слова: вывих плеча, нестабильность плечевого сустава.

THE ANALYSIS OF RESULTS OF TREATMENT A SHOULDER PRIMARY TRAUMATIC DISLOCATION

R.P. Matveev, V.A. Aslanov

The analysis of results of treatment a primary traumatic dislocation of a shoulder in 36 patients is carried out. The significant amount of adverse results was revealed that testifies to necessity of change of a technique of treatment this pathology, especially in patients of elderly age.

Key words: shoulder, dislocation, instability, surgical treatment.

Анатомические особенности, уникальная подвижность и высокие функциональные требования, предъявляемые к плечевому суставу, определяют частоту его вывихов, особенно у физически активных людей [12].

В лечении первичных вывихов плеча господствует подход, согласно которому производится раннее щадящее закрытое вправление с использованием атравматичных тракционных методов под внутривенным или проводниковым обезболиванием с последующей иммобилизацией лонгетной гипсовой повязкой по Турнеру на 3–4 недели и ограничением функциональной нагрузки на сустав в течение полугода [1, 3]. По завершению иммобилизации проводятся реабилитационные мероприятия (ЛФК, массаж, электростимуляция), направленные на восстановление подвижности сустава и силы мышц плечевого пояса [3, 17].

Недостатки существующей методики консервативного лечения больных с первичным травматическим вывихом плеча ведут к развитию ряда осложнений: формированию привычного вывиха плеча, нестабильности плечевого сустава, приводящим контрактурам плеча, которые составляют от 15 до 95% [2, 5,

6, 7]. Так, при соблюдении сроков иммобилизации О. Kiviluoto [19] наблюдал рецидив вывиха у 22% пострадавших, L. Novelius [17] в исследовании, проведенном в течение 10 лет и включившем 247 пациентов, отмечает, что при тщательном соблюдении всех этапов существующей методики консервативного лечения у 107 пациентов (43,3%) развился привычный вывих плеча.

Анализ научной литературы свидетельствует о том, что подход к консервативному лечению первичных травматических вывихов плеча нуждается в пересмотре.

Наше исследование включает в себя ретроспективный анализ результатов консервативного лечения 36 пациентов с первичными травматическими вывихами плеча в возрасте от 19 до 81 года.

Пациенты распределились по возрастным группам следующим образом: в группе от 18 до 24 лет – 2 пациента (5,5%), от 25 до 35 лет – 5 (13,9%), от 36 до 50 лет – 5 (13,9%), старше 50 лет – 24 (66,7%) пациента.

Срок наблюдения за пациентами составил от 1 года до 4 лет (в среднем $2 \pm 0,5$ года). В исследованную группу входили как мужчины, так и женщины, однако преобладали мужчины (табл.).

Таблица

**Распределение пациентов
по полу и возрасту**

Возрастные группы	Мужчины		Женщины		Всего
	абс.	%	абс.	%	
18–24 года	0	0	2	14,3	2
25–35 лет	3	13,6	2	14,3	5
36–50 лет	2	9,1	3	21,4	5
Старше 50 лет	17	77,3	7	50	24
Всего	22	100	14	100	36

Большую часть пациентов – 24 (66,7%; 95%ДИ:51,3 – 82,1) составили люди старше 50 лет. Если в возрасте до 50 лет преобладали женщины (7 женщин и 5 мужчин), то после 50 лет основную часть пациентов с первичными травматическими вывихами плеча составили мужчины (17 мужчин и 7 женщин).

Среди пациентов преобладали больные с односторонними первичными травматическими вывихами плеча (35 человек – 97%). Лишь у одной пациентки наблюдался симметричный вывих плеча (3% исследованных). У 2 (6%) пациентов первичный травматический вывих плеча осложнился переломом большого бугорка плечевой кости.

Травмы плечевого сустава были получены на работе в 2 случаях и в быту – в 34 случаях, в основном в результате падений. У большинства больных первичный вывих плеча возник вследствие не прямой травмы, при этом наиболее характерным механизмом повреждения являлось силовое воздействие на отведенную и ротированную кнаружи руку. Обычно это связано с форсированной наружной ротацией отведенного плеча во время падения с упором на ладонь или локтевой сустав и тракцией по оси конечности. В одном случае вывих возник вследствие прямого удара при падении бревен на плечевой сустав.

Вывих плеча возникал на стороне доминирующей руки у 19 (53%) пациентов, на стороне недоминирующей руки – у 16 (44%). В 1 случае (3%) вывих был симметричным.

Время от момента получения травмы до вправления вывиха во всех случаях не превышало 12 часов. Всем больным было выполнено закрытое вправление вывиха с применением одного из тракционных способов (в основном Мухина – Мота или Мешкова). Для вправления вывиха у всех пациентов применялась проводниковая анестезия по методике В.А. Мешкова. После вправления всем больным осуществляли иммобилизацию верхней конечности гипсовой лангетной повязкой по Турнеру сроком на 3 недели.

Функциональные результаты лечения больных оценивались при плановом контрольном

осмотре пациентов, при самообращении в связи с наличием жалоб, а при невозможности явки пациента на прием – путем опроса по телефону с использованием специально разработанного опросника, включающего самооценку результатов лечения пациентом. Отдаленные результаты лечения оценивались по комплексной шкале С.Р. Rowe [19].

После комплексной функциональной оценки отдаленных результатов консервативного лечения первичных вывихов плеча по шкале Rowe получены следующие данные (рис. 1):

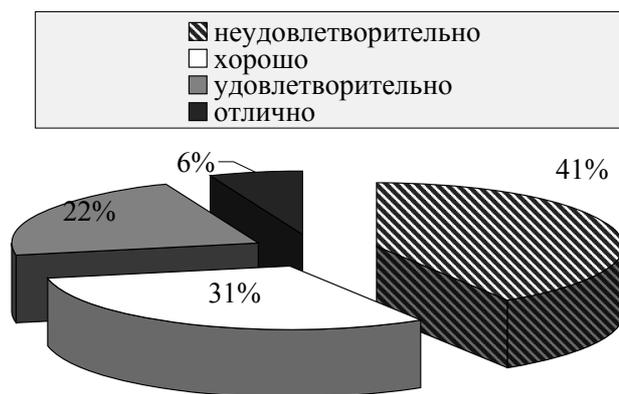


Рис. 1. Функциональная оценка отдаленных результатов консервативного лечения первичного травматического вывиха плеча по шкале Rowe

- «отлично» (90–100 баллов) – у 2 (5,5 ± 3,8%) пациентов,
- «хорошо» (75–89 баллов) – у 11 (30,6 ± 7,6%),
- «удовлетворительно» (51–74 баллов) – у 8 (22,2 ± 6,9%),
- «неудовлетворительно» (менее 50) – у 15 (41,7 ± 8,2%) пациентов.

Уровень оценки отдаленного результата консервативного лечения первичного травматического вывиха плеча зависит от показателей стабильности плечевого сустава, степени восстановления объема активных и пассивных движений (мобильности) в нем, а также от уровня функциональных возможностей конечности после проведенного лечения.

У 11 пациентов (30,6%; 95%ДИ:15,5 – 45,6) развилась хроническая нестабильность с рецидивирующими вывихами плеча. Из них 9 пациентов относились к старшим возрастным группам (возраст более 50 лет) и лишь 2 – к группе от 18 до 24 лет.

Во время опроса при оценке стабильности плечевого сустава после проведенного лечения в отдаленный период 6 (2,16%) пациентов дополнительно предъявляли жалобы на

ощущение неуверенности, опасения за возможность повторного вывиха при отведении и наружной ротации плеча, слабость в руке, уменьшение точности движений. Из них 4 были в возрасте старше 50 лет, 2 – моложе 50 лет.

Ограничение движений в травмированном суставе отмечалось при контрольном осмотре в отдаленном периоде у 25 пациентов (69,4%; 95%ДИ: 54,4 – 84,5). В большинстве случаев имело место ограничение наружной ротации при отведении плеча. Ограничение составило в среднем $20,5 \pm 1,5^\circ$. Подобные симптомы отмечались у пациентов всех возрастных групп, однако субъективно ограничение движений в большей степени отмечали пациенты в возрасте 50 лет и старше. Это связано со слабым состоянием мышечного корсета в пожилом возрасте.

Степень функциональной возможности конечности оценивалась по уровню бытовой активности, наличию ограничений в работе и спорте, дискомфорту и присутствию болевого синдрома.

Снижение уровня физической активности в той или иной степени присутствовало у всех пациентов. Оно проявлялось незначительным ограничением и дискомфортом в 26 случаях (72,2%; 95%ДИ: 57,6 – 86,8), легким ограничением и минимальным дискомфортом – в 7 (19,5%; 95%ДИ: 6,5 – 32,4), явным ограничением и болями в 3 случаях (8,3%; 95%ДИ: 1,0 – 17,4). Характерно, что наиболее высокий уровень снижения физической активности (явное ограничение функции и болевой синдром) отмечался у 3 (12,5%) из 24 пациентов старше 50 лет.

Анализируя неудовлетворительные результаты лечения, следует отметить, что в 11 (30,6%) случаях причиной стало развитие хронической нестабильности плечевого сустава с рецидивирующими вывихами плеча, у 4 (11,1%) пациентов причиной явилась сформировавшаяся совокупность ограничения мобильности травмированного сустава и выраженного нарушения функции конечности с болевым синдромом.

Развитие хронической нестабильности плечевого сустава было обусловлено рядом причин, на первом месте среди которых можно выделить диагностические. Стандартная рентгенография плечевого сустава позволяет изучить лишь степень разобщения суставных поверхностей при вывихе плеча, хотя известно, что вывиху плеча сопутствует целый ряд специфических повреждений мягкотканых и костных структур: повреждение Хилла – Сачса, разрыв капсулы сустава, повреждение Банкарта, разрыв задней суставной губы лопатки, которые в дальнейшем могут инициировать развитие посттравматической нестабильности плечевого сустава [9, 14].

На втором месте среди причин развившихся осложнений следует выделить негативное отношение пациентов к необходимости длительной иммобилизации в громоздкой гипсовой повязке и позднему началу активной реабилитации.

У лиц до 50 лет неудовлетворительные исходы лечения отмечены у 4 (33,3%) из 12 человек. При сравнительном исследовании возрастных групп пациентов до 50 лет и старше 50 лет отмечено, что максимальное количество неудовлетворительных отдаленных результатов консервативного лечения первичного травматического вывиха плеча по традиционной методике наблюдается у пациентов возрастной группы старше 50 лет – 11 из 24 случаев (45,8%) (рис. 2).

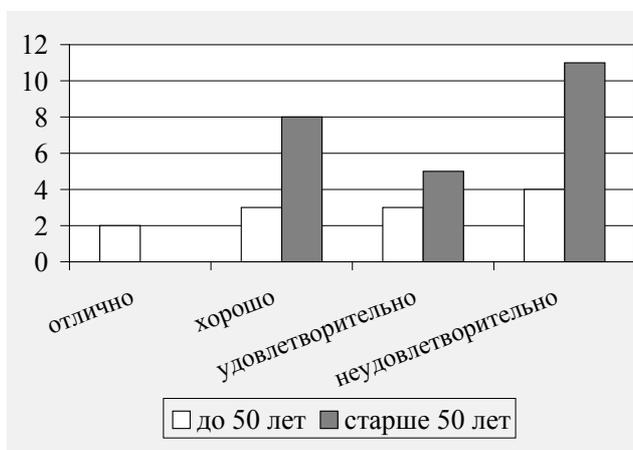


Рис. 2. Отдаленные результаты консервативного лечения первичного травматического вывиха плеча по традиционной методике в возрастных группах до 50 лет и старше 50 лет по шкале Rowe

Причиной неудовлетворительного результата лечения у данной группы пациентов могут послужить психологические особенности пожилого возраста: зачастую программа реабилитации после длительной иммобилизации такими пациентами выполнялась неполноценно или вовсе игнорировалась.

Существующая методика гипсовой иммобилизации вызывает негативное отношение у пациентов молодого возраста. Так, двое из пролеченных нами пациентов, люди молодого возраста (до 24 лет) самостоятельно сняли наложенные им гипсовые повязки и категорически отказались от продолжения иммобилизации. У обоих в отдаленном периоде наблюдалось развитие нестабильности плечевого сустава и рецидивы вывихов плеча.

Решить обозначенные проблемы мы попытались в основной группе пациентов, состоящей

из 10 человек в возрасте от 26 до 77 лет. У всех пациентов данной группы мы отказались от традиционной методики гипсовой иммобилизации после вправления вывиха плеча. Предлагаемый нами способ фиксации включает в себя 3 этапа и тесно интегрирован с этапами лечебной физической культуры, которая начинается с первого дня после вправления первичного травматического вывиха плеча.

Первый этап: с первого дня после устранения вывиха проводится иммобилизация в функциональном ортезе плечевого сустава серийного производства, выполненном из аэропрена и двойной фиксирующей повязке для верхней конечности, предупреждающей её отвисание и эффективно фиксирующей конечность у тела эластичным ремнем (рис. 3). Начинается индивидуально подобранная в соответствии с возрастом и физическим развитием лечебная физкультура для иммобилизированной конечности.



Рис. 3. Иммобилизация плечевого сустава в функциональном ортезе серийного производства и двойной фиксирующей повязке для верхней конечности

Второй этап – относительной иммобилизации: с 10-го дня до 3-й недели со дня травмы конечность фиксируется в ортезе и косыночной повязке (рис. 4).

Третий этап – с 3-й по 4-ю неделю со дня травмы конечность иммобилизована только ортезом плечевого сустава (рис. 5). Пациент возвращается к привычному ритму жизни.

В качестве скрининг-диагностики каждому пациенту выполняли УЗИ плечевого сустава сразу после вправления вывиха, и через 3 недели со дня травмы. Во всех 10 случаях сразу после вправления вывиха плеча были выявлены дегенеративные изменения сухожилий надостной и подостной мышц в виде тендинита.

Через 3 недели явления тендинита сухожилий ротаторной манжеты были купированы.

Все пациенты вернулись к привычному ритму жизни. Рецидивов вывиха плеча не отмечается ни в одном случае.



Рис. 4. Иммобилизация в функциональном ортезе плечевого сустава серийного производства и косыночной повязке для верхней конечности

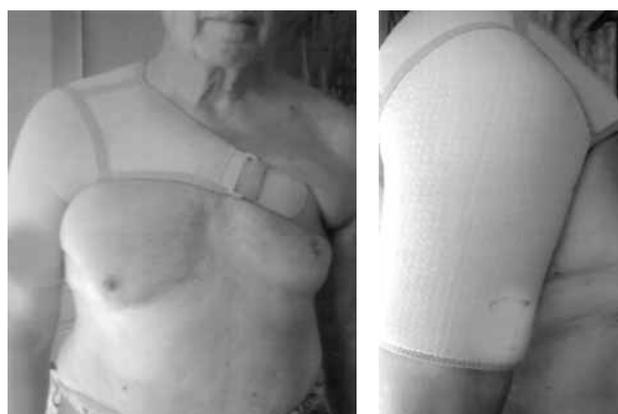


Рис. 5. Иммобилизация в функциональном ортезе плечевого сустава серийного производства

Выводы

Проведенное нами исследование в совокупности с данными научной литературы свидетельствует о необходимости пересмотра тактики лечения первичных травматических вывихов плеча, особенно для пациентов пожилого возраста.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях перспективным является скрининговое УЗИ плечевого сустава у всех пациентов, перенесших первичный травматический вывих плеча сразу после вправления вывиха и через три недели. Данное исследование позволяет провести дополнительную диагностику и выделить группу пациентов со специфическими

повреждениями мягкотканых структур, которые в дальнейшем могут инициировать развитие посттравматической нестабильности плечевого сустава.

Предложенная нами функциональная методика иммобилизации верхней конечности после вправления первичного травматического вывиха плеча эффективна и проста в исполнении, необременительна для пациента, позволяет лечащему врачу контролировать полученные результаты на каждом этапе лечения.

Литература

1. Абдурахманов, И.Т. Устройство для вправления вывихов плеча / И.Т. Абдурахманов // Травматология и ортопедия России. — 1995. — № 4. — С. 69.
2. Доколин, С.Ю. Хирургическое лечение больных с передними вывихами плеча с использованием артроскопии : дис. ... канд. мед. наук / Доколин С.Ю. — СПб., 2002. — 154 с.
3. Краснов, А.Ф. Вывихи плеча / А.Ф. Краснов, Р.Б. Ахмедянов. — М., 1982. — 159 с.
4. Ласунский, С.А. Дегенеративно-дистрофические изменения головки плечевой кости после переломовывихов плеча / С.А. Ласунский // Вопросы патофизиологии травм и дегенеративных заболеваний суставов. — СПб., 1988. — С. 88–92.
5. Макаревич, Е.Р. Повреждения вращательной манжеты, осложненные вывихом плеча / Е.Р. Макаревич // Мед. новости. — 2000. — № 5. — С. 71–72.
6. Макаревич, Е.Р. Лечение застарелых переломовывихов плеча / Е.Р. Макаревич // Мед. новости. — 2000. — № 4. — С. 74–76.
7. Макаревич, Е.Р. О механогенезе повреждений вращательной манжеты и травматической нестабильности плеча / Е.Р. Макаревич // Мед. новости. — 2000. — № 11. — С. 38–41
8. Матисон, Ю.А. Новые аспекты лечения заднего и нижнего привычного вывиха плечевой кости / Ю.А. Матисон // Проблемы травматологии и ортопедии. — М., 1990. — Т. 2. — С. 150–151.
9. Неверов, В.А. Современный взгляд на лечение больных с травматическим вывихом плеча / В.А. Неверов // Вестн. хирургии имени И.И. Грекова. — 2007. — Т. 166, № 2. — С. 51–54.
10. Нечволодова, О.Л. Рентгенологическое исследование плечевого сустава у больных с послеоперационными рецидивами привычного вывиха плеча / О.Л. Нечволодова // Вестн. рентгенологии и радиологии. — 1988. — № 6. — С. 9–13.
11. Прудников, О.Е. Рентгенологическое исследование в диагностике повреждений вращающей манжеты плеча / О.Е. Прудников // Вестн. рентгенологии и радиологии. — 1992. — № 2. — С. 34–37.
12. Ромашкина, Л.В. Сочетанные повреждения подкрыльцового нерва / Л.В. Ромашкина // Травматология и ортопедия России. — 1995. — № 3. — С. 29–31.
13. Семенов, В.И. Лечение послеоперационных рецидивов привычных вывихов плеча / В.И. Семенов // Травматология и ортопедия России. — 1995. — № 1. — С. 3–5.
14. Тяжелов, А.А. Концептуальная модель патогенеза нестабильности плечевого сустава / А.А. Тяжелов // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1991. — № 7. — С. 62–67.
15. Фролов, С.С. Диагностические ошибки вывиха плеча на догоспитальном этапе / С.С. Фролов // Вопросы организации и оказания экстренной и неотложной медицинской помощи населению. — М., 2000. — С. 113–115.
16. Burkhead, W.Z. Treatment of instability of the shoulder with an exercise program / W.Z. Burkhead, C.A. Rockwood // J. Bone Joint Surg. — 1992. — Vol. 74-A, N 6. — P. 890–896.
17. Hovelius, L. Primary anterior dislocation of the shoulder in young patients. A ten-year prospective study / L. Hovelius [et al.] // J. Bone Joint Surg. — 1996. — Vol. 78-A. — P. 1677–1684.
18. Kiviluoto, O. Immobilization after primary dislocation of the shoulder / O. Kiviluoto, M. Pasila, H. Jaroma, A. Sundholm // Acta Orthop. Scand. — 1980. — Vol. 51. — P. 915–919.
19. Rowe, C.R. The shoulder / C.R. Rowe. — New York : Churchill Livingstone, 1988. — 673 p.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Матвеев Рудольф Павлович – д.м.н. заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и военной хирургии Северного государственного медицинского университета;

Асланов Валерий Анатольевич – врач-травматолог МУЗ «Городская больница № 1» города Северодвинска

E-mail: valery-aslanov@yandex.ru.