

КОРОТКИЕ СООБЩЕНИЯ

© Коллектив авторов, 2013

ВПРАВЛЕНИЕ ВЫВИХА ПЛЕЧА ПО ДЖАНЕЛИДЗЕ

А.С. Золотов, М.С. Фещенко, М.Ф. Фадеев

Тихоокеанский государственный медицинский университет, КГБУЗ ВКБ №2, Владивосток, РФ



Наиболее физиологичным и малотравматичным методом вправления передних вывихов плеча считается способ Джанелидзе, который был предложен около 100 лет тому назад. Однако на практике он применяется нечасто. Авторы проанализировали эффективность оригинального способа Джанелидзе при лечении 6 пациентов и его популярность среди практических врачей травматологов-ортопедов ($n=54$) из разных лечебных учреждений Владивостока и Приморского края. Применение оригинальной техники вправления вывиха плеча по Джанелидзе без использования морфина оказалось неэффективным. Среди хирургов, участвовавших в анкетировании, способ Джанелидзе применяют только 10 (18,5%) врачей. Предпочитающие данный метод практические врачи используют его в различных модификациях, существенно отличающихся от оригинальной техники. Описания метода Джанелидзе в современных учебниках и руководствах по хирургии и травматологии разноречивы и значительно отличаются от авторской техники.

Ключевые слова: передний вывих плеча, способ Джанелидзе, обезболивание, эффективность.

Reduction of Shoulder Dislocation by Dzhanelidze

A.S. Zolotov, M.S. Feshchenko, M.F. Fadeev

The most physiologic and low invasive method for reduction of anterior shoulder dislocation is Dzhanelidze technique that has been proposed in about 100 years ago. However this technique is not often applied in practical work. The authors have analyzed the efficacy of original Dzhanelidze technique at treatment of 6 patients and its popularity among practical trauma- and orthopaedic surgeons ($n=54$) from different hospitals in Vladivostok and Primorski Territory. It is shown that original shoulder dislocation reduction technique by Dzhanelidze without morphine use is not effective. Out of all surgeons who participated in questionnaire survey only 10 (18.5%) specialists apply Dzhanelidze method in practice. Physicians use various modifications of this method that considerably differ from the original technique. Description of Dzhanelidze technique in modern textbooks and manuals of surgery and traumatology are contradictory and significantly differ from the author's technique.

Key words: anterior shoulder dislocation, Dzhanelidze technique, anesthesia, efficacy.

Для вправления передних вывихов плеча предложено немало методов. Некоторые из них давно пережили своих авторов и стали классическими. Не все способы применяются одинаково часто. Авторы отечественных учебников и руководств по хирургии и травматологии в качестве наиболее физиологичного, малотравматичного, а потому весьма эффективного метода рекомендуют способ Джанелидзе, который был предложен около 100 лет тому назад. Описание оригинального метода вправления вывиха плеча по Джанелидзе представлено в статье «Новый способ вправления вывиха плеча» [1]. В данной статье автор писал следующее:

«Резюмируя свой способ, я хочу в нем отметить следующие существенные акты, описание которых за-

нимает значительно больше времени, чем применение самого способа.

Как показали наши наблюдения, способ удастся легче после подкожного введения морфия, а потому выгодно предварительно:

1. Ввести больному под кожу морфия.

2. Положить больного на бок на стороне вывиха, как описано выше и представлено на рис. 1, и оставить его в этом положении в продолжение 2–3 минут.

3. С того момента, как больной положен на бок, его голова поддерживается помощником, от которого не требуется ни особых знаний, ни физической силы, так как вся его помощь заключается в удержании головы больного.

4. Хирург располагает руки, как показано на рис. 2, и давит согнутое в локтевом суставе плечо прямо вниз,

производя при этом ротационные движения внутрь и наружу».

Несмотря на свои несомненные достоинства, на практике метод Джанелидзе применяется нечасто. Кроме того, описание техники обсуждаемого способа вправления вывиха плеча в разных источниках существенно отличается как способами анестезии, так и частными деталями самого процесса вправления.

Цель исследования: оценить эффективность оригинального способа Джанелидзе и его популярность среди современных врачей-травматологов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализирован личный опыт вправления переднего вывиха плеча по методу Джанелидзе у 6 пациентов в возрасте от 24 лет до 71 года. Среди пациентов было 5 мужчин со свежим первичным вывихом плеча и женщина с привычным вывихом. Вправление выполнялось в точном соответствии с авторской методикой, за исключением анестезии. Во всех случаях применяли местную (внутрисуставную) анестезию с использованием 30–40 мл 1% раствора новокаина в сочетании с внутримышечным введением 2 мл 5% раствора кетонала. Рекомендуемый автором морфин не применялся. Больного укладывали на перевязочный стол на бок. Лопатка плотно прижималась к столу, а рука свешивалась через край стола. Продолжительность вытяжения составила 2–3 мин, при этом использовался только вес руки пациента. Во время вытяжения и последующих манипуляций хирурга (небольшой тракции и ротационных движений) голову пациента руками удерживал помощник.

Проведено анкетирование практических врачей травматологов-ортопедов. В опросе приняли участие 54 врача из медицинских учреждений города Владивостока и Приморского края.

Хирургам предлагалось ответить на следующие вопросы:

1. Стаж работы?
2. Предпочитаемый способ вправления переднего вывиха плеча?
3. Используете ли Вы способ Джанелидзе для вправления переднего вывиха плеча?
Если Вы используете способ Джанелидзе, то:
4. С каким видом анестезии (внутрисуставная, проводниковая, наркоз)?
5. Какова продолжительность вытяжения (2 мин, 10 мин, 20 мин, 30 мин, иная)?
6. Каков используемый вес при вытяжении (2 кг, 3 кг, 4 кг, иной, только вес руки)?



Рис. 1. Больной уложен на бок на стороне вывиха, рука свисает за край стола, голову поддерживает помощник.



Рис. 2. Хирург сгибает руку больного в локтевом суставе и производит давление вниз; при этом выгодно присоединить ротационные движения наружу и затем внутрь.

7. Какой препарат общего действия используете для анальгезии (кетонал, промедол, морфин, иной, никакой)?
8. Как Вы оцениваете способ Джанелидзе (эффективный, неэффективный)?

РЕЗУЛЬТАТЫ

Попытки вправления вывиха плеча по методу Джанелидзе под местной анестезией в сочетании с внутримышечным введением 2 мл 5% раствора кетонала (без морфина) во всех 6 случаях оказались безуспешными. После нескольких неудачных попыток вывих плеча у наших больных удалось вправить, используя оригинальный метод Кохера (без тракции) [2–4] в сочетании с местной анестезией.

Анализ анкетирования 54 врачей травматологов-ортопедов выявил следующее. Стаж работы врачей, принимавших участие в опросе, варьировался в пределах от 1 года до 50 лет и в среднем составил $18,5 \pm 14,5$ лет. Сорок четыре (81,5%) хирурга в своей работе используют методы Кохера, Мота, Гиппократата, «свой собственный». Способ Джанелидзе применяют 10 (18,5%) врачей. Стаж работы сторонников метода Джанелидзе составил $27,6 \pm 16,5$ лет (от 2 до 50 лет). Стаж хирургов, которые предпочитают другие способы вправления вывиха плеча, оказался меньшим — $16,4 \pm 13,3$ года (от 1 года до 42 лет).

Среди сторонников метода Джанелидзе обезболивание только морфином применяет 1 хирург, только местную анестезию (внутрисуставную) — еще 1 врач. Три хирурга сочетают местную анестезию с подкожным введением промедола. Остальные 5 врачей применяют местную анестезию (внут-

рисуставную) в сочетании с внутримышечным введением кетонала.

При вправлении используют два стола или стол и тумбочку (опора для головы), на которые пациент укладывается в положении на больной бок. Вытяжение весом руки применяют 4 врача, дополнительный груз используют 6 врачей: 1,5 кг (1), 2 кг (1), 2–3 кг (1), 3–4 кг (1), 4 кг (2).

В процессе вправления вывиха плеча разные врачи используют неодинаковую продолжительность вытяжения: 2 мин (2), 10 мин (2), 15 мин (2), 20 мин (4).

Хирурги, применяющие способ Джанелидзе, считают его эффективным.

ОБСУЖДЕНИЕ

В 1922 г. И.И. Джанелидзе представил «новый метод вправления вывиха плеча» [1]. Анализируя неудачи применения способа Stimpson с вытяжением руки в положении большого на животе, автор пришел к выводу, что причина неудач связана с отсутствием фиксации лопатки. Предложенное И.И. Джанелидзе положение пациента на больном боку устраняло данный недостаток метода Stimpson, так как обеспечивало «чрезвычайно стойкую фиксацию для лопатки».

Свой метод автор и его коллеги с успехом применили при лечении 11 пациентов с передними вывихами плеча. Хотя сам автор считал свой метод «вполне пригодным» и для редких «вывихов назад». В большинстве случаев перед вправлением вывиха пациентам вводился морфин, а в одном случае вывих вправлен «под эфирным опьянением». Новый метод оказался настолько эффективным, что автор написал о нем следующее: «некоторые черты предлагаемого мной способа вправления, как то: легкость, безболезненность и быстрота — так поразили как меня, так и многих моих товарищей, применявших этот способ, что я счел себя в праве рекомендовать его применение».

Спустя 9 лет ученица И.И. Джанелидзе доктор З.В. Поль [9] собрала данные уже о 234 случаях вправления вывиха плеча с помощью «нового метода» разными врачами в разных лечебных учреждениях. При вправлении свежих вывихов в

подавляющем большинстве случаев (159 из 199) применялся морфий, «ввиду более быстрого ослабления мускулатуры и устранения болевых ощущений, что, конечно, облегчает вправление». В указанной публикации автор предлагает «выживание 3–5 минут с рукой, свешенной вниз, для ослабления мускулатуры», что несколько отличается от рекомендации учителя (2–3 мин).

Кроме того, в обсуждении З.В. Поль приводит копию иллюстрации из статьи американского хирурга Stimpson за 1900 г., на которой пострадавший уложен на больной бок, а рука, пропущенная через отверстие в гамаке, свешивается вниз с дополнительным грузом, привязанным на уровне лучезапястного сустава (рис. 3) [5]. С учетом этого отличие способа Джанелидзе от способа Stimpson заключается в более жесткой фиксации лопатки на твердом столе и отсутствии груза.

Анализ литературы по травматологии, ортопедии и общей хирургии, изданной за последние несколько десятилетий и по которой фактически учились практикующие ныне врачи, выявил следующее. Только в одном источнике при вправлении вывиха плеча способом Джанелидзе рекомендуется использовать морфин или промедол без применения местной анестезии [6]. В нескольких руководствах для выполнения этой манипуляции рекомендуется применение только местной анестезии [7, 8]. Ряд хирургов сочетают местную анестезию с введением морфина или промедола, или омнопона [9–14]. Н.В. Корнилов [15] одновременно с промедолом вводит димедрол. Некоторые хирурги предпочитают отдавать наркозу [16, 17].

Большинство авторов при вправлении вывиха осуществляет вытяжение, используя вес руки в положении пациента на больном боку [6–15, 17]. В.М. Шаповалов и соавт. [18] рекомендуют для этой цели использовать дополнительный груз в 3–5 кг, который фиксируют на уровне запястья. С.И. Киричек [16] использует груз в 4–6 кг в положении больного на животе, именуя данную методику способом «Стимпсона (Джанелидзе)». В то же время для иллюстрации описываемого метода автор приводит рисунок, на котором пациент изображен в положении на боку.

Неодинакова и рекомендуемая продолжительность вытяжения в разных источниках: 10–15 мин [8, 15, 19], 20 мин [7, 12], 20–30 мин [6, 10, 11, 13, 16–18]. Авторы, recommending общую анестезию [16, 17], не уточняют, как сочетается значительная продолжительность вытяжения с наркозом, и нужен ли он вообще в таком случае.

Еще один важный аспект обсуждаемого метода. Некоторые современные хирурги не считают способ Джанелидзе универсальным. Н.В. Корнилов [15] рекомендует использовать его для вправления нижних подкрыльцовых вывихов плеча. В.Г. Климовицкий и соавт. [17] считают, что способ Джанелидзе показан при лечении нижних и задних вывихов плеча.



Рис. 3. Вправление вывиха плеча по Stimpson'у.

Сторонников метода Джанелидзе среди опрошенных нами хирургов оказалось немного — 10 (18,5%) врачей из 54. Разноречивое описание метода Джанелидзе в многочисленных публикациях является, по-видимому, причиной различий в технике вправления вывиха, применяемой современными практическими врачами и, как следствие, неодинаковых ответов анкетированных хирургов на одни и те же вопросы. Местную анестезию применяют 9 из 10, а наркотические анальгетики только 4 из 10 хирургов. Большинство (6 из 10) врачей применяют дополнительный груз, величина которого варьирует от 1,5 до 4 кг, что противоречит оригинальной методике. Продолжительность вытяжения меняется в довольно широких пределах: от 2 до 20 мин и в большинстве случаев (8 из 10) также не соответствует рекомендациям автора. С учетом существенных различий в технике вправления, используемой разными врачами, трудно судить об эффективности обсуждаемого метода.

При лечении 6 пациентов мы старались полностью воспроизвести оригинальную методику, за исключением анестезии. Вместо рекомендуемого автором морфина применяли местную анестезию в сочетании с ненаркотическим анальгетиком. К сожалению, во всех 6 случаях этого оказалось недостаточно. В то же время данный метод анестезии позволил у этих же больных вправить вывих плеча по оригинальному способу Кохера (без вытяжения) [2]. Кстати, в 1990 г. индийские хирурги А.Дж. Такур и соавт. [4] обратили внимание современников на существенные различия в описании способа Кохера в первоисточнике и современных руководствах. По нашему мнению, похожая судьба и у метода Джанелидзе: за почти вековую историю рекомендации по его применению существенно изменились.

ВЫВОДЫ

1. Применение оригинальной техники вправления вывиха плеча по Джанелидзе без использования морфина имеет невысокую эффективность.
2. Способ Джанелидзе не пользуется большой популярностью среди современных хирургов Владивостока и Приморского края.
3. Предпочитающие данный метод практические врачи применяют его в различных модификациях, существенно отличающихся от оригинальной техники.
4. Описания метода Джанелидзе в современных учебниках и руководствах по хирургии и травматологии разноречивы и значительно отличаются от авторской техники.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Джанелидзе Ю.Ю. Новый способ вправления вывиха плеча. Вестник хирургии и пограничных областей. 1922; 1 (3): 21–32 [Dzhanelidze Yu.Yu. New technique for reduction of shoulder dislocation. Vestnik khirurgii i pograniichnyh oblastey. 1922; 1 (3): 21–32 (in Russian)].

2. Золотов А.С., Попов Р.Ю. Вправление вывиха плеча по Кохеру. Вестник хирургии им. Грекова. 2009; 1: 64–5 [Zolotov A.S., Popov R.Yu. Reduction of shoulder dislocation by Kocher's method. Vestnik khirurgii im. Grekova. 2009; 1: 64–5 (in Russian)].
3. Kocher T. Eine neue Reductions methode fur Schultetrverrenkung. Berliner Klin Wehnschr. 1870; 7: 101–5.
4. Takur A.J., Narayn R. Painless reduction of shoulder dislocation by Kocher's method. J. Bone Joint Surg. 1990; 72 (3): 524.
5. Поль З.В. Вправление вывихов плеча по способу Ю.Ю. Джанелидзе. Вестник хирургии. 1931; 20: 248–57 [Pol' Z.V. Reduction of shoulder dislocations by Yu.Yu. Dzhanelidze. Vestnik khirurgii. 1931; 20: 248–57 (in Russian)].
6. Стручков В.И. Общая хирургия. М.: Медицина; 1988 [Struchkov V.I. General surgery. Moscow: Meditsina; 1988 (in Russian)].
7. Ткаченко С.С. Военная травматология и ортопедия. Л.: Издательство ВМА им. С.М. Кирова; 1977 [Tkachenko S.S. Military traumatology and orthopaedics. Leningrad: Izdatel'stvo VMA im. S.M. Kirova; 1977 (in Russian)].
8. Трубников В.Ф. Травматология и ортопедия, 2-е изд. Киев: Вища школа; 1986 [Trubnikov V.F. Traumatology and orthopaedics, 2nd ed. Kiev: Vysshaya shkola; 1986 (in Russian)].
9. Каплан А.В. Повреждения костей и суставов, 3-е изд. М.: Медицина; 1979 [Kaplan A.V. Bone and joint injuries, 3rd ed. Moscow, Meditsina; 1979 (in Russian)].
10. Краснов А.Ф., Мирошниченко В.Ф., Котельников Г.П. Травматология. Самара: Самарский Дом печати; 1995: 136–7 [Krasnov A.F., Miroshnichenko V.F., Kotelnikov G.P. Traumatology. Samara: Samarskiy dom pechati; 1995: 136–7 (in Russian)].
11. Котельников Г.П., Миронов С.П. Травматология: Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008 [Kotelnikov G.P., Mironov S.P. Traumatology: national manual. Moscow: GEOTAR-Media; 2008 (in Russian)].
12. Свердлов Ю.М. Травматические вывихи и их лечение. М.: Медицина; 1978 [Sverdlov Yu.M. Traumatic dislocations and their treatment. Moscow: Meditsina; 1978 (in Russian)].
13. Шапошников Ю.Г. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей. т. 2. М.: Медицина; 1997 [Shaposhnikov Yu.G. Traumatology and orthopaedics: Manual for physicians. v. 2. Moscow: Meditsina; 1997 (in Russian)].
14. Юмашев Г.С. Травматология и ортопедия. М.: Медицина; 1990 [Yumashev G.S. Traumatology and orthopaedics. Moscow: Meditsina; 1990 (in Russian)].
15. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия. СПб.: Гиппократ; 2001 [Kornilov N.V. Traumatology and orthopaedics. St. Petersburg: Gippokrat; 2001 (in Russian)].
16. Киричек С.И. Травматология и ортопедия. Минск: БГМУ; 2007 [Kirichek S.I. Traumatology and orthopaedics. Minsk: BG MU; 2007 (in Russian)].
17. Климовицкий В.Г., Пастернак В.Н. Манипуляции в практике ургентной травматологии: Практическое руководство. М.: ООО «Издательство АСТ»; Донецк: Сталкер; 2003; 105–6 [Klimovitskiy V.G., Pasternak V.N. Manipulations in urgent traumatologic practice: Practical guidance. Moscow ООО «Izdatel'stvo AST»; Donetsk: Stalker (in Russian)].
18. Шаповалов В.М., Грицанов А.Н., Ерохов А.Н. Травматология и ортопедия. СПб.: ООО «Издательство Фолиант»; 2004 [Shapovalov V.M., Gritsanov A.N., Erokhov A.N. Traumatology and orthopaedics St. Petersburg: ООО «Izdatel'stvo Foliant»; 2004 (in Russian)].
19. Синило М.И. Атлас травматических вывихов. Киев: Здоровье; 1979 [Sinilo M.I. Atlas of traumatic dislocations. Kiev: Zdorov'e; 1979 (in Russian)].

Сведения об авторах: Золотов А.С. — доктор мед. наук, профессор кафедры травматологии и ортопедии ТГМУ; врач травматолог-ортопед ВКБ №2; Феценко М.С. — клинический ординатор кафедры травматологии и ортопедии ТГМУ; Фадеев М.Ф. — врач травматолог-ортопед ВКБ №2.

Для контактов: Феценко Марина Сергеевна: 690069, Владивосток, проспект 100-летия Владивостоку, д. 110, кв. 54
Тел: 8 (4232) 31-05-38. E-mail: marishka-f@mail.ru