

- study //Clin. Orthop. Relat. Res. — 2006. — Vol. 445. — P. 175–180.
33. Wang Y., Le D.Q.S., Li H. et al. Navigated percutaneous lumbosacral interbody fusion //Spine. — 2011. — Vol. 36. — P. E1105–E1111.
34. Wetzel F.T., LaRocca H. The failed posterior lumbar interbody fusion //Spine. — 1991. — Vol. 16. — P. 839–845.
35. Wiltse L.L., Bateman J.G., Hutchinson R.H., Nelson W.E. The Paraspinal sacrospinalis-splitting approach to the lumbar spine //J. Bone Jt Surg. (Am). — 1968. — Vol. 50. — P. 919–926.
36. Wiltse L.L., Spencer C.W. New uses and refinements of the paraspinal approach to the lumbar spine //Spine. — 1988. — Vol. 13. — P. 696 – 706.
37. Yan D.L., Pei F.X., Li J., Soo C.L. Comparative study of PLIF and TLIF treatment in adult degenerative spondylolisthesis //Eur. Spine J. — 2008. — Vol. 17. — P. 1311–1316.

Сведения об авторе: Крутько Александр Владимирович — канд. мед. наук, старший науч. сотр., зав. отделением нейрохирургии №2 Новосибирского НИИТО.

Для контактов: 630094, Новосибирск, ул. Фрунзе, дом 17. Тел.: 8 (383) 224-47-10, доп. 425. E-mail: AKrutko@niito.ru

© Ю.М. Сысенко. Д.В. Самусенко, 2012

ВАРИАНТ ТЕНОДЕЗИРУЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПРИВЫЧНЫМИ ВЫВИХАМИ ПЛЕЧА

Ю.М. Сысенко, Д.В. Самусенко

ФГБУ «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г.А. Илизарова»
Минздравсоцразвития РФ, Курган

Представлено описание запатентованного способа оперативного лечения больных с привычными вывихами плеча путем создания связки, фиксирующей головку плечевой кости. Показаны особенности ведения больных в послеоперационном периоде и порядок демонтажа аппарата Илизарова. Использование данного метода в лечении 32 больных позволило добиться хороших результатов (отсутствие рецидива) в 96,9% случаев.

Ключевые слова: плечевой сустав, привычный вывих плеча, связка, фиксирующая головку плечевой кости, чрескостный остеосинтез, аппарат Илизарова.

Version of Tenodizing Operation in Patients with Recurrent Shoulder Dislocation

Yu.M. Sysenko, D.V. Samusenko

Description of a patent technique for surgical treatment of patients with recurrent shoulder dislocation by creation a ligament that fixes the humerus head is presented. Peculiarities of patients' management in the postoperative period and the order of Ilizarov apparatus dismantling are shown. Use of that technique for the treatment of 32 patients enabled to achieve good results (no relapse) in 96.9% of cases.

Key words: shoulder joint, recurrent shoulder dislocation, ligament fixing the head of the humerus, transosseous osteosynthesis, Ilizarov apparatus.

Привычные вывихи плеча развиваются как осложнение первичного травматического вывиха вследствие различных ошибок и недочетов, допущенных при лечении последнего [4], и составляют, по данным разных авторов, от 40 до 60% в структуре заболеваний плечевого сустава [1, 3, 4, 6].

Лечение больных с данной патологией и до настоящего времени остается сложной и актуальной проблемой восстановительной хирургии в связи с отсутствием эффективных способов лечения [2, 8, 9].

Консервативный метод лечения, заключающийся в назначении после вправления вывихнутого плеча терапии, направленной на укрепление мягких тканей плечевого пояса (массаж, ЛФК, физиопроцедуры и т.д.), в 30–35% случаев, а у молодых и физически активных пострадавших —

в 70–100% наблюдений заканчивается рецидивом вывиха [8, 9].

Большинство авторов [2, 4, 8, 9] считают, что только оперативное лечение может избавить пациентов с данной патологией от страданий. В связи с этим в настоящее время для лечения больных с привычными вывихами плеча предложено более 300 операций [4, 8, 9]. Однако частота рецидивов после применения большинства из них составляет до 30% и более. Кроме того, многие из этих операций очень травматичны и технически довольно сложны, поэтому используются крайне редко или не применяются вовсе [4, 8].

В настоящее время высокую оценку получил артроскопический метод лечения данной патологии, когда укрепление капсулы (пластика дефекта Банкарта) производится с помощью различных

вариантов якорных фиксаторов и способов их фиксации, транспленоидального шва капсулы и т.д. [7].

В то же время эффективность многих предложенных классических лигаментокапсулотенодезирующих операций при привычном вывихе плеча обусловлена формированием на передневнутренней поверхности плечевого сустава рубцового сращения, препятствующего вывиху плеча. Однако большинство этих операций (по Геймановичу, по Свердлову, по Краснову) сложны, а положительные исходы наблюдаются в 80 – 85% случаев [5, 10, 11]. Учитывая все вышеизложенное, нами усовершенствован данный вариант лечения пациентов с описываемой патологией (пат. на изобретение № 2190372 РФ от 10.10.02)

Сущность данного способа заключается в образовании из сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча связки, фиксирующей головку плечевой кости, по аналогии со связкой головки бедренной кости (*lig. capitis femoris*).

Оперативное вмешательство на поврежденном плечевом суставе осуществляется следующим образом.

Обработав операционное поле раствором антисептика, по переднему краю дельтовидной мышцы, начиная от акромиального отростка лопатки и продолжая его вниз по дельтовидно-грудной борозде, разрезом 10–12 см рассекают мягкие ткани: кожу, подкожно-жировую клетчатку и поверхностную фасцию плеча. Волокна дельтовидной мышцы разъединяют тупым путем в продольном направлении до верхнего края сухожилия большой грудной мышцы.

После обнажения межбугорковой борозды рассекают глубокую фасцию плеча и межбугорковую связку, вскрывают фиброзное влагалище сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча и частично рассекают капсулу плечевого сустава.

Освободив сухожилие длинной головки двуглавой мышцы плеча от спаек, его фиксируют на марлевой «держалке» и мобилизуют от перехода в мышечную часть до уровня проникновения в полость плечевого сустава. Затем это сухожилие пе-

ресекают на уровне хирургической шейки плечевой кости. Концы пересеченного сухожилия прошивают капроном и берут на «держалки».

В толще малого бугорка плечевой кости сверлом диаметром 4 мм просверливают туннель длиной в 4–4,5 см, идущий в косом направлении снизу-вверх и спереди-вовнутрь (см. рисунок).

В сформированный туннель 1 протягивают проксимальный конец сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча и его дистальную часть фиксируют капроновыми швами в межбугорковой бороздке плечевой кости 2. Подобным же образом в межбугорковой бороздке фиксируют и проксимальную часть дистального конца сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча 3, причем концы этого сухожилия между собой не сшиваются.

После этого мягкие ткани послойно ушивают.

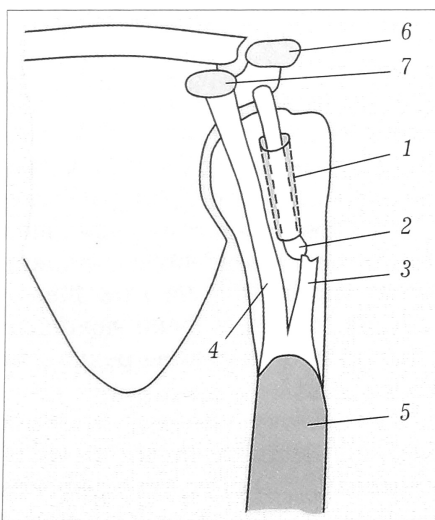
Учитывая двухсуставное расположение *m. biceps brachii*, с целью иммобилизации суставов оперированной конечности производят остеосинтез ее сегментов аппаратом Илизарова. Для этого две спицы проводят через акромиальный отросток лопатки, одну спицу — через нижнюю треть плеча, а две спицы — через верхнюю треть предплечья, причем одну из них проводят через обе его кости, а другую — только через локтевую кость. Аппарат Илизарова монтируют из трех внешних опор (одно полукольцо и два кольца). При монтаже аппарата Илизарова оперированное плечо приводят к туловищу, а верхнюю конечность сгибают в локтевом суставе до угла 90–100°.

Со 2-го дня после произведенной операции больные приступают к занятиям ЛФК — разрабатывают движения в суставах пальцев кисти и лучезапястном суставе.

Швы с раны снимают на 12–14-й день после произведенного оперативного вмешательства, после чего назначают массаж мягких тканей и физиопроцедуры (УВЧ), проведение которых в условиях иммобилизации плечевого и локтевого суставов оперированной верхней конечности аппаратом Илизарова не сопряжено с какими-либо затруднениями технического характера.

На 30-й день после операции дистальную внешнюю опору (кольцо) демонтируют, спицы, проведенные через верхнюю треть предплечья, удаляют, и больной приступает к разработке движений в локтевом суставе.

Аппарат Илизарова с оперированной верхней конечности у данной категории пострадавших снимают на 40–45-й день после операции, после чего иммобилизация осуществляется съемной гипсовой лонгетой на 2–3 нед, в течение которых больные дозированно и постепенно начинают осуществлять активно-пассивную разработку движений в плечевом суставе.



Схема, иллюстрирующая принцип формирования связки, фиксирующей головку плечевой кости.

- 1 — сформированный туннель,
- 2 — дистальная часть проксимального конца сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча,
- 3 — проксимальная часть дистального конца сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча,
- 4 — сухожилие короткой головки двуглавой мышцы плеча,
- 5 — брюшко двуглавой мышцы плеча,
- 6 — акромиальный отросток лопатки,
- 7 — клювовидный отросток лопатки.

Данный способ был применен нами при лечении 32 больных с привычными вывихами плеча: 12 из них были оперированы в РНЦ ВТО им. акад. Г.А. Илизарова, и 20 — в травматолого-ортопедическом отделении МУ «БСМП» Кургана.

Изучение полученных анатомо-функциональных результатов в сроки от 1 года до 5 лет (в среднем $23,7 \pm 1,8$ мес) после окончания лечения показало, что в 31 (96,9%) случае рецидивов данного заболевания не было. Функция сустава в повседневной бытовой активности была восстановлена в полном объеме у всех больных ($26,3 \pm 1,1$ балла по шкале UCLA). У 1 (3,1%) пациента через 1,5 года произошел повторный травматический вывих оперированного плеча при падении со строительных лесов. После вправления от повторной пластики пациент отказался и в дальнейшем за медицинской помощью не обращался.

Таким образом, можно говорить о том, что предлагаемый нами способ лечения больных с привычными вывихами плеча является эффективным. Стабильная иммобилизация суставов верхней конечности аппаратом Илизарова после создания связки, фиксирующей головку плечевой кости, дает возможность осуществлять контроль за состоянием операционной раны, проводить массаж мягких тканей и физиотерапевтическое лечение, а также заниматься разработкой движений в суставах оперированной конечности.

Все вышеперечисленное позволяет нам рекомендовать данный способ операции для широкого внедрения в практическое здравоохранение.

Сведения об авторах: Сысенко Ю.М. — доктор мед. наук, вед. науч. сотр. лаборатории детской травматологии, РНЦ «ВТО», Самусенко Д.В. — канд. мед. наук, старший науч. сотр. научно-клинической лаборатории травматологии, РНЦ «ВТО».

Для контактов: Самусенко Дмитрий Валерьевич. 640014, Курган, ул. М. Ульяновой, дом 6. РНЦ ВТО им. акад. Г.А. Илизарова. Тел.: (3522) 45-41-57. E-mail: office@ilizarov.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедзянов Р.Б. Оперативное лечение привычного вывиха плеча // Казан. мед. журнал. — 1975. — N 2. — С. 64–68.
2. Ибрагимов Д.И., Азизов М.Ж. Хирургическое лечение привычного вывиха плеча с повреждением вращающей манжеты // Гений ортопедии. — 2011. — N 1. — С. 5–7.
3. Каплан А.В. Закрытые повреждения костей и суставов. М., 1967.
4. Краснов А.Ф., Ахмедзянов Р.Б. Вывихи плеча. М., 1982.
5. Голоденко А.И., Коломиец А.А., Брюханов А.В. Лигментно-капсуло-тенодез в оперативном лечении привычного вывиха плеча // Гений ортопедии. — 2004. — N1. — С. 126–128.
6. Маишара К.И. Вывихи плеча и их последствия // Хирургия. — 1949. — N10. — С. 41–47.
7. Тихилов Р.М., Доколин С.Ю., Кузнецов И.А. и др. Отдаленные результаты артроскопического лечения рецидивирующей нестабильности плечевого сустава, причины неудачных исходов // Травматол. и ортопед. России. — 2011. — N1. — С. 5–13.
8. Сысенко Ю.М., Швед С.И. Методика лечения больных с привычными вывихами плеча // Гений ортопедии. — 1998. — N 4. — С. 131–133.
9. Чирков Н.Н. Реконструктивно-восстановительное лечение больных с привычными вывихами плеча: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. Курган, 2009.
10. Dickenson J.W., Devas M.B. Bankart's operation for recurrent dislocation of the shoulder // J. Bone Jt Surg. (Br). — 1957. — N 39. — P. 114–119.
11. Mishra D.K., Fantom G.S. Two-year outcome of arthroscopic Bankart repair and electrothermal-assisted capsulorrhaphy for recurrent traumatic anterior shoulder instability // Arthroscopy. — 2001. — Vol. 17, N. 8. — P. 844–849.

ВНИМАНИЕ !

Подписаться на «Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова» можно в любом почтовом отделении

Наши индексы в Каталоге «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ» АО «Роспечать»:

для индивидуальных подписчиков

73064

для предприятий и организаций

72153

В розничную продажу «Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова» не поступает

