



ИЗ ПРАКТИЧЕСКОГО ОПЫТА

© В.А. Ярмолевич, О.П. Кезля, 2010

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ «КОНСЕРВАТИВНО НЕВПРАВИМЫХ» ПЕРЕДНИХ ВЫВИХОВ ПЛЕЧА

В.А. Ярмолевич, О.П. Кезля

ГОУ «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск

Рассмотрены подходы к лечению «консервативно невосправляемых» свежих передних вывихов плеча. Представлен опыт лечения 5 пациентов с подобными повреждениями. В случае глубокой импрессии головки плечевой кости с ее вклиниванием в передний край суставной впадины лопатки авторы применили разгибательный способ вправления, что позволило отказаться от традиционной «пошаговой» тактики лечения «невосправляемых» вывихов, успешно произвести закрытую репозицию у 3 из 5 пациентов, существенно сократив при этом сроки лечения.

Ключевые слова: невосправляемый вывих плеча, импрессия головки плечевой кости, закрытое вправление, компьютерная томография.

Pathogenetic Approach to Treatment of «Conservatively Irreducible» Anterior Shoulder Dislocation

Yarmolovich V.A., Kezlya O.P.

Approaches to the treatment of «conservatively irreducible» fresh anterior shoulder dislocations were considered. Experience in treatment of 5 patients with such injuries was presented. In case of deep impression of humeral head with its inclination into the anterior edge of the scapular glenoid cavity the authors used elaborated by them extension method of reduction that enabled to refusing the conventional «step-by-step» technique of «irreducible» dislocation treatment, to perform successful closed reduction in 3 out of 5 patients and to shorten the duration of treatment considerably.

Key words: irreducible shoulder dislocation, humeral head impression, closed reduction, computed tomography.

История изучения вывиха плеча восходит ко временам фараонов, однако интерес к изучению диагностических и лечебных аспектов данной патологии сохраняется [1]. Это обусловлено высокой частотой вывихов плеча у лиц работоспособного возраста (до 1,7% в популяции), неудовлетворительными результатами лечения, а также существованием так называемых «консервативно невосправляемых» вывихов, когда самое современное анестезиологическое пособие с релаксацией мышц не обеспечивает закрытой репозиции [2-4, 6].

Проблема лечения свежих вывихов плеча освещается в литературе в основном с позиций усовершенствования способов вправления, которые рассматриваются в зависимости от направления смещения головки плечевой кости (кпереди или кзади). При этом зачастую игнорируются патогенетические особенности вывиха и значение диагностики всех элементов повреждения [1, 5]. Следуя этому стереотипу, при лечении первичного вывиха плеча травматологи практически всегда

применяют вначале один из известных малотравматичных (так называемых физиологических) способов вправления, а при их безуспешности переходят к рычажным методикам (чаще по Кохеру). Невосправляемость вывиха констатируется, как правило, после нескольких неудачных попыток закрытого вправления различными способами, неэффективность которых является показанием к открытой репозиции.

Наш опыт лечения «консервативно невосправляемых» передних вывихов плеча позволяет считать такой алгоритм лечения неверным и даже вредным в отношении тех из них, невосправляемость которых обусловлена глубокой импрессией головки плеча и вклиниванием ее в край суставной впадины лопатки. При этих повреждениях решающее значение приобретает не только преодоление ретракции мышц, но и способ вправления. Неудачи закрытой репозиции в данном случае связаны с отсутствием индивидуального подхода и четкого представления о патомеханике вывиха, а приме-

нение неадекватных способов вправления зачастую усугубляет травму костных и мягкотканых элементов сустава.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За период с 1999 по 2006 г. в клинике ортопедии и травматологии БелМАПО на базе Минской областной клинической больницы находились на лечении 5 пациентов с «консервативно невыправимыми» передними вывихами плеча. Все пострадавшие были мужского пола, в возрасте от 44 до 52 лет (средний возраст 47,6 года), занимались физическим трудом. Правосторонний вывих отмечался у 2, левосторонний — у 3 пациентов. Преобладающим механизмом травмы было падение на плечо с высоты 1,5–3 м, у одного больного вывих произошел при падении с высоты собственного роста. Давность травмы при поступлении в клинику составляла от 2 до 5 дней (в среднем 3 дня). У всех пострадавших по месту обращения производились неоднократные попытки закрытого устранения вывиха (от 2 до 5) методами Гиппократа, Кохера, Мильха и др. под внутривенным (у 4 пациентов) или эндотрахеальным (у 1) наркозом.

Безуспешность вправления послужила основанием для перевода пострадавших в нашу клинику. Здесь у 2 пациентов было произведено открытое вправление вывиха, при этом причиной невыправимости были в одном случае интерпонирование сухожилия бицепса, в другом — наличие свободных костно-хрящевых фрагментов в полости сустава при повреждении головки плеча типа Хилла—Сакса. У 3 пациентов с диагностированным глубоким вклиниванием головки при повреждении Хилла—Сакса устранение вывиха произведено закрыто предложенным нами разгибательным способом.

Изучение патомеханики взаимоотношений суставных поверхностей при переднем вывихе плеча с глубоким импрессионным дефектом головки привело нас к выводу, что основным условием для репозиции при этих повреждениях является устранение вклинивания, чего можно достичь только смещением головки плеча кпереди. Это обстоятельство не учитывается в широко известных и применяемых методах Гиппократа, Мухина, Кохера и др.

Предложенный нами *разгибательный способ репозиции* заключается в следующем. Анестезия — внутривенный или эндотрахеальный наркоз. Положение больного лежа на спине. Ассистент фиксирует плечо пеленкой, заведенной в подмышечную область. Хирург захватывает поврежденную руку в надмыщелковой области и нижней трети предплечья, при этом рука находится в положении минимального отведения (рис. 1). Ассистент осуществляет тягу пеленкой краниально и волярно, а хирург синхронно с этим разгибает плечо, смещая локоть назад, не изменяя имеющегося положения ротации в суставе (этап 1). Этого достаточно для устранения вклинивания. Затем, не меняя положения руки пациента во фронтальной плоскости, хирург

производит внутреннюю ротацию плеча, а направление прогибания меняется на краниально-волярное и несколько кнаружи (этап 2). Непременным условием выполнения ротации плеча должно быть отсутствие необходимости в применении каких-либо усилий, что указывает на разобщение вклинившихся поверхностей. При этом участок импрессии смещается кнаружи, а головка плеча соскальзывает во впадину. Синхронно с этим плечо выводится в положение передней девиации (этап 3).



Рис. 1. Этапы репозиции при переднем вывихе плеча разгибательным способом (а — этап 1; б — этап 2; в — этап 3).

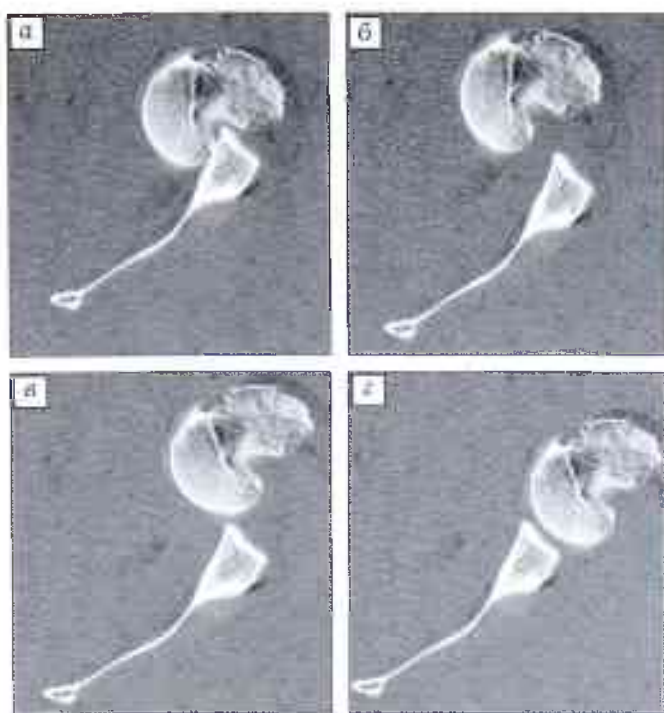


Рис. 2. Эволюция положения головки плечевой кости в ходе выполнения этапов репозиции разгибательным способом (компьютерные томограммы плечевого сустава).

а — первичная КТ: передний вывих с вклинением головки плеча; *б* — этап 1, *в* — этап 2, *г* — этап 3: вывих устранен.

Эволюция положения головки плеча в ходе выполнения этапов репозиции представлена с использованием метода компьютерной томографии плечевого сустава на рис. 2.

Описанная методика была успешно применена у 3 пациентов с первичными травматическими передними вывихами плеча с вклинением головки, которые были направлены в клинику для оперативного лечения по поводу «консервативно невыправимого» вывиха. Приводим одно из наблюдений.

Больной Ю., 43 лет, получил травму плечевого сустава 10.10.06 при падении с высоты собственного

роста на руку. В ЦРБ по месту жительства после клинического обследования и рентгенографии в прямой и транс-торакальной проекциях поставлен диагноз: травматический первичный свежий несложненный передний субгленоидный вывих правого плеча, перелом большого бугорка со смещением. После двух безуспешных попыток вправления вывиха методами Мильха и Кохера под внутривенным наркозом пациент направлен в МОКБ.

При поступлении в клинику 11.10.06 дополнительно произведена аксилярная рентгенография плечевого сустава (рис. 3, *а*). Больной взят в операционную, где под эндотрахеальным наркозом вывих был устранен закрытым описанным выше разгибательным способом. При этом спонтанно вправился и отломок большого бугорка, который под контролем ЭОП был чрескожно фиксирован двумя спицами (рис. 3, *б*). Имобилизация осуществлялась задней гипсовой шиной в положении отведения с валиком в подмышечной области. 14.10.06 больной выписан на амбулаторное лечение. Через 4 нед спицы удалены, начаты занятия лечебной физкультурой на отводящей подушке. Через 6 нед пациент приступил к труду.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты лечения прослежены в сроки от 6 до 36 мес (в среднем 23 мес). Рецидива вывиха не было ни в одном случае, пациенты оценивали результат лечения как хороший и удовлетворительный. Длительность нахождения в стационаре составила при консервативном лечении в среднем 3 дня (от 2 до 4 дней), при оперативном — 10 и 11 дней. Общий срок нетрудоспособности равнялся соответственно 34 дням (от 28 до 38 дней) и 45 и 43 дням.

ОБСУЖДЕНИЕ

Проблема лечения вывихов плеча разрабатывается в течение многих столетий, и неправильный свежий передний вывих плеча в наше время — немалая редкость. Однако большинство специалистов согласны с тем, что универсального способа для надежного атравматичного устранения этих вывихов не существует, и поиски в данном направлении не прекращаются [5, 7, 8]. Несомненный интерес представляет группа передних вывихов с импрессионным переломом голов-

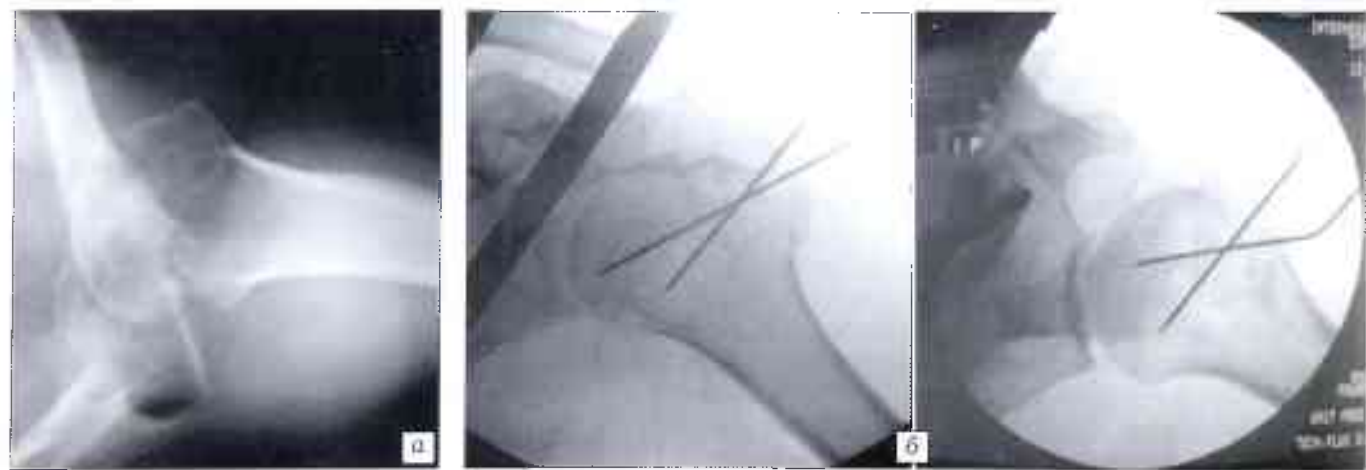


Рис. 3. Большой Ю. 43 лет. Передний вывих правого плеча.

а — аксилярная рентгенограмма плечевого сустава при поступлении: выявлен импрессионный дефект Хилла—Сакса; *б* — рентгеноскопия плечевого сустава в прямой и боковой проекции после закрытого устранения вывиха и фиксации большого бугорка.

ки плечевой кости типа Хилла—Сакса и вклиниванием ее в передний край суставной впадины лопатки. Эти повреждения не имеют специфических клинических проявлений и практически никогда не выявляются на трансторакальных боковых рентгенограммах. Поэтому при их лечении чаще всего стандартно используется «пошаговая» тактика, предусматривающая последовательное применение нескольких способов репозиции (начиная с физиологических и заканчивая рычажными) без учета патогенетических особенностей вывиха. Как показывает опыт, при значительной глубине импрессии некоторые из этих повреждений не могут быть атравматично устранены известными способами репозиции. Более того, в случае глубоких импрессионных дефектов головки плеча с ее вклиниванием в передний край суставной впадины лопатки любые маневры во фронтальной плоскости с элементами ротации без первоначального устранения вклинения существенно увеличивают площадь дефекта. Подобные манипуляции могут привести к краевым переломам в данной области с образованием свободных костно-хрящевых фрагментов в полости сустава, что исключает возможность закрытого устранения вывиха.

В связи с этим нам представляется принципиально важным при диагностике вывиха плеча целенаправленно выявлять повреждения типа Хилла—Сакса с вклиниванием головки путем рентгенологического исследования плечевого сустава в двух проекциях. Трансторакальная рентгенография при этом не должна применяться из-за низких разрешающих возможностей. В случае невозможности выполнения рентгенографии в аксилярной проекции и невраваемости вывиха более логичным представляется отказ от «пошаговой» тактики вправления (а тем более от применения рычажных способов) и выполнение компьютерной томографии плечевого сустава для визуализации суставных поверхностей. Наши наблюдения показывают, что устранение вывиха плеча с повреждением Хилла—Сакса и вклиниванием головки наиболее атрав-

матично осуществляется описанным разгибательным способом. Предложенный алгоритм позволил нам успешно произвести закрытое устранение вывихов плеча, не вправимых другими консервативными способами, исключить операционные риски и сократить сроки лечения пациентов с данной патологией.

ВЫВОДЫ

1. Компьютерная томография или рентгенография плечевого сустава в прямой и аксилярной проекциях является обязательным элементом диагностики при всех «консервативно невраваемых» вывихах плеча.

2. Предложенный разгибательный способ позволяет успешно осуществить закрытое атравматичное вправление переднего вывиха плеча с импрессией головки и вклиниванием ее в передний край суставной впадины лопатки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мамедов А.И. Способ закрытого вправления вывиха плеча // Ортопед. травматол. — 2007. — № 2. — С. 71–72.
2. Невгоров В.А., Трачук А.П., Кузнецов И.А. и др. Современный взгляд на лечение больных с травматическим вывихом плеча // Вестн. хир. — 2007. — № 2. — С. 51–54.
3. Свердлов Ю.М. Травматические вывихи и их лечение. — М., 1978. — С. 44–56.
4. *Campbell's operative orthopaedics*. — St. Louis, 2004. — P. 2666–2669.
5. Eachempati K., Dua A., Malhotra R. et al. The external rotation method for reduction of acute anterior dislocations and fracture-dislocations of the shoulder // *J. Bone Jt Surg.* — 2004. — Vol. 86A, N 11. — P. 2431–2434.
6. Slaa R.L., Wijffels M.P.J.M., Brand R., Marti R.K. The prognosis following acute primary glenohumeral dislocation // *J. Bone Jt Surg.* — 2004. — Vol. 86B, N 1. — P. 58–64.
7. Uglow M.G. Kocher's painless reduction of the anterior dislocation of the shoulder: a prospective randomized trial // *Injury*. — 1998. — Vol. 29, N 2. — P. 135–137.
8. Zahiri C.F., Zahiri H., Tehrani F. Anterior shoulder dislocation reduction technique revisited // *Orthopaedics*. — 1997. — Vol. 20, N 6. — P. 515–521.

Сведения об авторах: Ярмолович В.А. — канд. мед. наук, доцент кафедры ортопедии и травматологии Белорусской медицинской академии последипломного образования; Кезля О.П. — доктор мед. наук, зав. кафедрой.

Для контактов: Ярмолович Владислав Антонович 222750, Беларусь, Дзержинский р-н, г. Фаниполь, ул. Космонавтов, дом 3А. Тел.: +375-17-265-52-64. E-mail: jawa12@rambler.ru