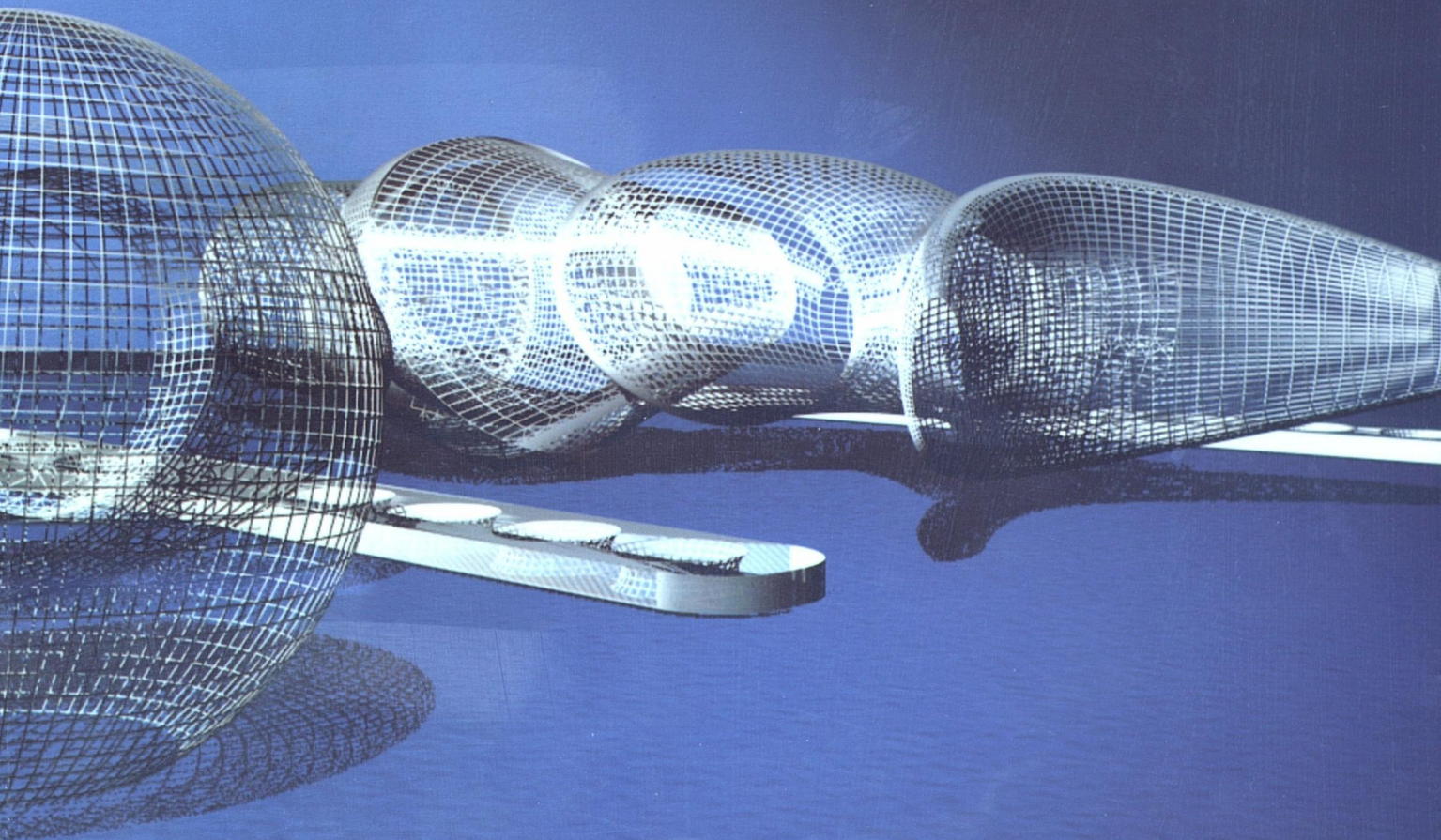


ISSN 1684-9280

Травматология ЖЭНЕ Ортопедия

Специальный выпуск



2/2003

К ВОПРОСУ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Н.Д. БАТПЕНОВ, С.К. РАХИМОВ, Г. СУПУГАЛИЕВ

НИИ травматологии и ортопедии г. Астана Республика Казахстан

Мақалада авторлар иық буынының зақымының аурулық дәрежесінің негізінде зақымның әр дәрежесіне сәйкес хирургиялық емінің төсілін ұсынған.

Classification of shoulder joint instability founding by the weight injuries are present. The method of surgical correction for every degree weight degree are suggest.

Вопросы хирургической тактики при нестабильности плечевого сустава, продолжают оставаться в центре внимания специалистов [2, 3] хотя предложены свыше 300 способов хирургической коррекции.

Проблема лечения больных с нестабильностью плечевого сустава, объясняется, по нашему мнению, отсутствием научно обоснованных рекомендаций, позволяющих дифференцированно подходить к данной патологии. Исследованиями ряда авторов подтверждено, что при нарушении в той или иной степени мышечно-сухожильного равновесия в сумочно-связочном аппарате плечевого сустава прямо пропорционально изменяются вязкость внутрисуставной жидкости (ВСЖ) и внутрисуставное давление (ВСД) [1, 3, 6].

При хирургической коррекции больных с нестабильностью плечевого сустава необходимо обращать внимание на следующие моменты.

Во-первых, успех лечения прежде всего определяет индивидуальный подход к выбору способа хирургической коррекции, обязательно с учетом кратности вывихов, данных показателей ВСЖ и ВСД в сравнении с интактным суставом.

Во-вторых, после выяснения тяжести поражения и степени заинтересованности мышц, сухожилий, капсулы, хряща, строго индивидуально выбирают метод хирургической коррекции, показанный для данного больного с нестабильностью плечевого сустава.

В-третьих, независимо от тяжести нестабильности плечевого сустава всегда нужно придерживаться принципа "только собственное", т.е. использовать только собственную ткань данного плечевого сустава.

Для определения степени нестабильности плечевого сустава, нами разработана оригинальная методика, основу которой составляли измерения ВСД и ВСЖ в здоровом и поврежденном плечевых суставах в покое и после физической нагрузки до операции (а.с. №147 1128 СССР, 1989).

Исходный уровень показателей ВСЖ и ВСД интактного сустава условно принимали за единицу и относительно этой величины определяли уровень этих показателей поврежденного сустава. При кратности вывихов до 26 и уменьшении обоих показателей больного сустава в два и более раза устанавливали тяжелую степень нестабильности плечевого сустава, при кратности их до 18, снижении показателей в 1,5 раза - среднюю степень, при кратности вывиха до 5, снижении ВСД и ВСЖ в 1,2 раза и менее - легкую степень нестабильности плечевого сустава.

С учетом предложенной классификации степени нестабильности применяли те или иные известные методы хирургической коррекции.

При легкой степени нестабильности плечевого сустава вмешательства проводились только на сухожилиях длинной головки двухглавой мышцы плеча и подлопаточной мышцы [4].

При средней степени в объеме хирургической коррекции использовались те методы, при которых вмешательства проводились на вышеперечисленных сухожилиях и дополнительно на мышцах [5].

При тяжелой степени повреждения нестабильности плечевого сустава использовали те методы, при которых вмешательства производились на мышцах, связках, сухожилиях, капсуле сустава и хряще одновременно.

Для иллюстрации: приводим методику, используемую при тяжелой степени нестабильности плечевого сустава.

Под наркозом в положении лежа на спине передним дугообразным разрезом обнажают область плечевого сустава, продольно вскрывают межбугорковый заворот плечевой кости, затем выделяют и отводят вовнутрь сухожилие длинной головки двухглавой мышцы плеча, после чего ушивают ложе межбугорковой борозды. Вблизи малого бугорка плечевой кости вертикально пересекают сухожилие подлопаточной мышцы. В этом месте, а также вблизи сочленовой губы двумя продольными разрезами на ширину сухожилия подлопаточной мышцы рассекают капсулу плечевого сустава. Через оба разреза проводят конец рассеченного сухожилия, при этом внутренний его конец, как показано на (рис. 1), подшивают П-образными швами к костно-хрящевой основе сочленовой губы и капсуле плечевого сустава, а наружный - П-образными швами к сухожилию длинной головки двухглавой мышцы плеча и капсуле плечевого сустава (рис. 2).

Далее капсулу плечевого сустава и сухожилие подлопаточной мышцы сшивают внутрикапсулярно П-образными узловыми швами. Таким образом, при данном способе транспозиции подвергались сухожилия длинной головки двухглавой мышцы плеча и подлопаточной мышцы, и принимали участие сочленовая губа, капсула сустава и порция подлопаточной мышцы (рис 3).

Приведенный выше способ лечения нестабильности плечевого сустава позволил создать дополнительную продольно-поперечную связку, ограничивающий смещение головки плечевой кости кпереди. После гемостаза рану ушивали послойно наглухо и асептически перевязывали.

Таким образом, использование классификации степени тяжести нестабильности плечевого сустава позволяет дифференцированно подходить к хирургическому лечению привычного вывиха плеча.

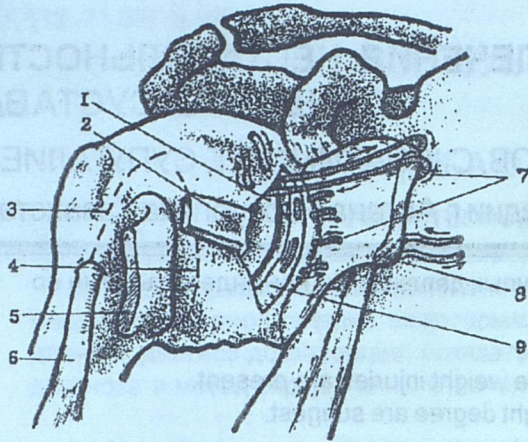


Рис.1 Первый этап операции

- 1 - головка плеча
- 2 - наружный листок вскрытой капсулы плечевого сустава по краю прикрепления ее к labrum glenoidale
- 3 - линия разреза по межбугорковой борозде
- 4 - линия наружного разреза капсулы сустава
- 5 - проксимальный конец пересеченного сухожилия подлопаточной мышцы
- 6 - сухожилие длинной головки 2-х главой мышцы плеча
- 7 - ход шва с захватом labrum glenoidale, дистального конца сухожилия подлопаточной мышцы и рассеченных листков капсулы сустава
- 8 - дистальный конец сухожилия подлопаточной мышцы
- 9 - labrum glenoidale.

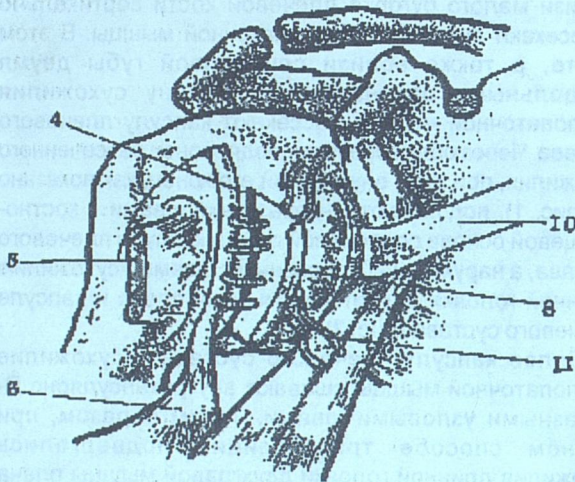


Рис.2 Второй этап операции

- 4 - через первый разрез на капсуле выведен дистальный конец сухожилия подлопаточной мышцы
- 5 - проксимальный конец сухожилия подлопаточной мышцы
- 6 - сухожилие длинной головки двухглавой мышцы
- 8 - дистальный конец сухожилия подлопаточной мышцы
- 10 - марлевая держалка отводящая мышцы прикрепляющиеся к клювовидному отростку
- 11 - ход шва с захватом листков капсулы плечевого сустава, сухожилия длинной головки двухглавой мышцы и дистального конца подлопаточной мышцы.

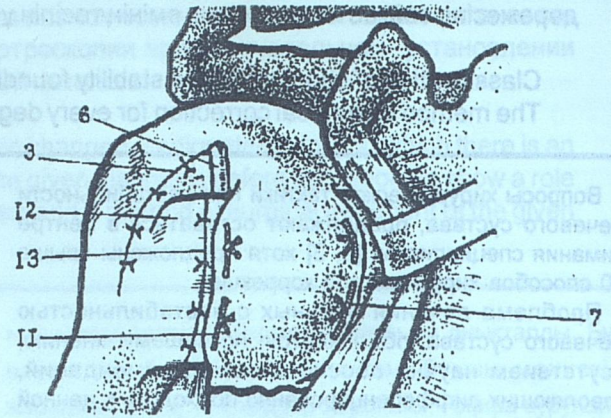


Рис.3 Третий этап операции

- 3 - ушная межбугорковая борозда
- 6 - сухожилие длинной головки 2-х главой мышцы плеча
- 7 - концы швов наложенных швов в области labrum glenoidale с захватом последней
- 11 - концы швов наложенные через листки капсулы плечевого сустава с захватом сухожилия подлопаточной мышцы и сухожилия длинной головки двухглавой мышцы плеча
- 12 - малый бугорок плеча
- 13 - восстановленные концы сухожилия подлопаточной мышцы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуджиев М.М Состояние внутрисуставного давления при привычном вывихе плеча // Ортопед., травматол. - 1976. - №12 - С. 55-66.
2. Краснов А.Ф., Ахмедзянов Р.Б. Вывихи плеча. - М.: Медицина. - 1982. - 158с.
3. А.С. 147 // 28. СССР МКИ № 01333/48. Способ диагностики тяжести повреждения плечевого сустава при привычном вывихе плеча // Нагибин В.И., Рахимов С.К. - № 4149146/28-14. Заяв. 17.II. 86. опуб. 07.04.89 // Бюл. - №13. - С. 4.
4. Рахимов С.К. Оперативное лечение привычного вывиха плеча // Хирургия. - 1981. - №6. - С. 91-92.
5. Рахимов С.К. Способ оперативного лечения привычного вывиха плеча // Ортопед., травматол. - 1984. - №6. - С. 49-50.
6. Jnokuchi W., B.O. Sanderhoff, Olsen M. D. Jens ole Sibievig and all.- The position of the glenohumeral study // J. Shoulder Elbow Surg - 1997 - Vol. 6 - № 2 - P. 144-149