

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА

В.Ф. Волков¹, Е.Р. Макаревич²

¹«6-я городская клиническая больница г. Минска»

²Белорусский государственный медицинский университет

Функционально-анатомический комплекс сухожильно-капсульных структур, образованных надостной, подостной, малой круглой и подлопаточной мышцами, тесно связанными с суставными сумками плечевого сустава, в литературе назван «вращательная манжета плеча» [1,6,7]. Особенности анатомического строения и функции плечевого сустава обуславливают большую частоту его повреждений, сопровождающихся нарушением целостности сухожильно-капсульных образований при травмах верхней конечности у лиц в наиболее трудоспособном возрасте [2,4,5], что определяет актуальность дальнейшего изучения проблемы восстановления функции руки при повреждении вращательной манжеты плеча.

Цель исследования. Исходя из клинического опыта представить критерии оценки степени повреждения вращательной манжеты плеча, на основании которых обосновать дифференцированную тактику лечения, изучить результаты методов консервативного и оперативного восстановления поврежденной вращательной манжеты плеча, применяемых в зависимости от характера и давности травмы.

Материалы и методы. Нами проанализированы исходы лечения у 163 пациентов, обратившихся в приемное отделение Городского центра травматологии и ортопедии за 2004–2011 гг. Мужчин было 98, женщин 65, возраст 16–62 лет. В плане обследования обязательными были осмотр пациентов неврологом для исключения повреждения плечевого сплетения и выполнение рентгенографии плечевого сустава в двух проекциях. В сомнительных случаях повреждения вращательной манжеты плеча применяли ядерно-магнитно-резонансную томографию, как наиболее информативный метод неинвазивной диагностики [3].

У 70 пациентов, обратившихся в первые сутки после травмы, клиника частичного локального повреждения вращательной манжеты плеча заключалась в болезненности при пальпации бугорковой зоны. Среди жалоб доминировали боли, усиливающиеся при активных и пассивных движениях в плечевом суставе, но более всего на дуге отведения плеча от 60 до 120°. Пациенты щадяще, но активно могли отвести плечо до 70–80°. Симптом «падающей руки» был слабо положительным. Однако введение 10–1% раствора новокаина в подакромиальное пространство заметно улучшало двигательную функцию плечевого сустава (тест Нира). Обзорная рентгенография в таких случаях дополнительной информации обычно не приносила. Лечение больных заключалось в иммобилизации конечности на клиновидной подушке сроком не менее 3–х недель с проведением физиотерапевтических процедур. У 58 пациентов на контрольном осмотре через 3 месяца констатировано хорошее восстановление функции плечевого сустава. Безуспешность консервативного лечения у 12 больных служило показанием к дополнительному обследованию и хирургическому вмешательству. При выполнении магнитно-резонансной диагностики у этих пациентов обнаружено гофрирование проксимального отрезка надостной мышцы, уменьшение объема ее мышечной ткани. На операции выявлена функциональная недостаточность мышц вращательной манжеты плеча из-за рубцового удлинения сухожилий. После мобилизации проксимального участка надостной мышцы производили ее тонизацию. Оперативное вмешательство дополняли экономной декомпрессивной передней акромиопластикой по Ниру [8].

В 22 случаях клиника полного локального повреждения сухожилий коротких наружных ротаторов была обнаружена при проведении репозиции свежего передне-нижнего вывиха плеча. У этих больных отсутствовали типичное пружинистое сопротивление, характерный щелчок при вправлении; отмечалась неестественная легкость репозиции и сохраняющаяся гипермобильность головки плеча. При осторожном отведении плеча после выведения из наркоза определялась выраженная картина псевдопаралича: пациенты не могли активно удержать руку в положении отведения и наружной ротации.

У 27 больных при первичном обращении диагностировано полное обширное неосложненное повреждение вращательной манжеты плеча. У всех этих пациентов выявлялись выраженные

симптомы «падающей руки» и «падающего флажка шахматных часов». Введение новокаина в подакромиальное пространство к заметному улучшению двигательной функции плечевого сустава не приводило. Выпадение функции активного отведения и наружной ротации осторожно исследовали повторно через несколько дней. Во всех случаях сохранялась клиническая картина псевдопаралича с отчетливо определяемым симптомом Леклерка. На повторных рентгенограммах поврежденного плечевого сустава у 12 больных обнаружен нижний подвывих плеча, на функциональных рентгенограммах с попыткой активного отведения плеча у пациентов отмечено уменьшение плечелопаточного угла. Ядерно-магнитно-резонансная томография выявила дефект в зоне сухожилий мышц коротких ротаторов. Лечение этой группы пациентов осуществляли оперативным путем. У 29 больных выполняли чрескостную реинсерцию проксимального края оторванной манжеты, у 20 пациентов ушивали дефект с наложением страховочных чрескостных швов. Во всех случаях производилась передняя декомпрессивная акромиопластика по Ниру.

У 24 больных с полными обширными повреждениями вращательной манжеты наряду с восстановлением ее дефекта в задне-верхнем отделе выполняли тонизацию сухожилия подлопаточной мышцы из-за его растяжения.

У 20 пациентов с чрескостным отрывом вращательной манжеты показанием к операции были случаи оскольчатых переломов большого бугорка с расхождением отломков, наличие костного фрагмента в подакромиальном пространстве.

Результаты и их обсуждение. Основную массу неосложненных повреждений вращательной манжеты плеча представляли повреждения ее верхне-заднего отдела, т.е. сухожилий коротких наружных ротаторов. Большинство из них носили локальный характер, распространяясь в зоне сухожилия надостной мышцы и несколько реже в сухожильной зоне надостной и подостной мышц. Симптоматика неосложненных повреждений вращательной манжеты плеча складывалась из клинической картины псевдопаралича и синдрома подакромиальной компрессии, наблюдающихся в различных сочетаниях. Рентгенологическими признаками в ряде случаев повреждений надостной мышцы было уменьшение расстояния между акромионом и большим бугорком в связи с развившимся верхним подвывихом головки плеча. Иногда при обширных и часто при осложненных повреждениях это расстояние увеличивалось. Нижний подвывих головки плеча был связан с повреждением, распространяющимся на все три сухожилия коротких наружных ротаторов.

Лечение больных с неосложненными повреждениями манжеты было направлено на восстановление активной функции плечевого сустава. При выборе лечебной тактики ориентировались на степень двигательных расстройств. Консервативное лечение применяли при частичных локальных повреждениях вращательной манжеты плеча. При очевидной картине псевдопаралича, свидетельствующей о полной функциональной несостоятельности коротких наружных ротаторов, применяли оперативный метод восстановления вращательной манжеты плеча. В сомнительных случаях проводили ЯМР-исследование плечевого сустава, которое уточняло характер и степень повреждения.

При анализе отдаленных результатов лечения мы учитывали жалобы больных, амплитуду движений и стабильность плечевого сустава, мышечную силу руки. Срок наблюдения составил от 5 месяцев до 6 лет. Отличным исходом считали случаи восстановления функции конечности при отсутствии жалоб пациентов, амплитуде движений в плечевом суставе и мышечной силе симметричных на здоровой руке. Зафиксировано 80 (49,07%) отличных, 60 (36,80%) хороших, 17 (10,42%) удовлетворительных и 6 (3,68%) плохих результатов лечения. Плохие результаты связаны с осложнениями хирургических вмешательств или отказом больных точно выполнять указания лечащего врача.

Выводы.

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать вывод, что консервативное лечение эффективно у больных с частичными локальными повреждениями вращательной манжеты плеча. Оперативное лечение показано при полных повреждениях манжеты с наличием клинической картины псевдопаралича.

Литература.

1. Архипов С.В. Посттравматическая нестабильность, заболевание ротаторной манжеты плечевого сустава у спортсменов и лиц физического труда: (Патогенез.Соврем. методы диагностики и лечения):Автореф.дис. ...док. мед. Наук: 14.00.22. – ЦНИИ травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – М., 1998.48с.
2. Губко А.А., Григорьев Л.Я., Макаревич Е.Р. Лечение вывихов плеча, осложненных повреждением « вращательной манжеты»// Материалы 5 съезда травматологов-ортопедов Бел ССР. – Гродно. 1991 С.100.

3. Диваков М.Г., Аскерко Э.А. Классификация повреждений ротаторной манжеты плеча и алгоритм для дифференциальной диагностики. Клиническая медицина // Сб. научн. тр./ ВГМУ. – Витебск, 1999. С.86-89
4. Краснов А.Ф., Ахмедьянов Р.Б. Вывихи плеча. М., 1982. 159 с.
5. Макаревич Е.Р., Белецкий А.В. Классификация повреждений вращательной манжеты плеча // Медицинские новости, 1999, №9. С.71-72.
6. Прудников О.Е. Особенности диагностики повреждений вращательной манжеты плеча // Ортопедия, травматология и протезирование. 1987. №2. С.18-21.
7. Codman E.A. Rupture of the supraspinatus tendon and lesions in or about the subacromial bursa. In: Codman E.A. The Shoulder, Boston: Thomas Todd, 1934.
8. Neer C.S. Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder. A preliminary report. // J. Bone and Joint Surg., 54-A: 41-50. Jan, 1972.

ALGORITHM FOR TREATMENT OF THE TRAUMATIC INJURIES OF THE ROTATOR CUFF SHOULDER

V.F. Volkov, E.R. Makarevich

The authors studied the results of the conservative and operative treatment of the rotator cuff shoulder injury in 163 patients.