
ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

Мажди Захра, П.П. Савицкий,
А.А. Копылов, Ф.Л. Лазко

Кафедра травматологии и ортопедии
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Макляя, 8, Москва, Россия, 117198

Основным провоцирующим фактором в развитии данной патологии была травма. Пациенты лечились амбулаторно у травматолога, хирурга или невролога по месту жительства с диагнозом ушиб плечевого сустава, шейный остеохондроз, артрологии. С целью устранения и профилактики impingement-синдрома и субакромиального бурсита проводится операция с применением артроскопической техники. При повреждении вращательной манжеты проводили артроскопическую диагностику с последующим открытым хирургическим вмешательством с целью восстановления целостности вращательной манжеты.

Ключевые слова: травматология, шейный остеохондроз.

Под понятием «плечелопаточный болевой синдром» подразумеваются заболевания, связанные с посттравматическими и дегенеративными повреждениями вращательной манжеты плеча (ВМП), включающей в себя следующие анатомические образования: надостной (*m. supraspinatus*), подостной (*m. infraspinatus*), малой круглой (*m. teres minor*) и подлопаточной мышц (*m. subscapularis*). В литературе существует различные классификации повреждения вращательной манжеты плечевого сустава:

1. Полные разрывы вращающей манжеты плеча (острые, хронические).
2. Импинджмент-синдром: частичные разрывы ВМП — внутренние, внутрисухожильные, наружные, тендинозы.
3. Известковый тендиноз ВМП.
4. Идиопатическое замороженное плечо.
5. Артропатия разорванной манжеты [3, 7].

Современная классификация повреждений вращательной манжеты плеча, хотя и не лишенная недостатков, проста и удобна для запоминания, а главное, опирается на прямые сведения об особенностях патологического очага. Она включает следующие нозологические формы: субакромиальный бурсит, impingement-синдром, замороженное плечо (первичное, идиопатическое или вторичное, осложняющее любые другие поражения вращательной манжеты плеча) и полный разрыв вращательной манжеты плеча [1, 2]. Лечение пациентов с повреждением вращательной манжеты плечевого сустава (ПВМП) сложно, а потому они долго и безуспешно наблюдаются в поликлинике, теряя трудоспособность, потому наметилось направление оперативного лечения (сшивание сухожилий вращательной манжеты артроскопическим путем — наложением скользящих швов, и открытым путем — с или без акромиотомии) [4, 5, 6].

В связи с вышеизложенным мы поставили **целью нашего исследования**: изучить причину безуспешности лечения этой категории пациентов и провести патогенетическое обоснование лечения с использованием современных технологий и изучением результатов лечения.

Характеристика клинического материала и методик. В отделении ортопедии ГКБ № 12 (кафедры травматологии и ортопедии РУДН) за 2008—2009 гг. находились на лечении 25 пациентов, которым проведено хирургическое лечение в связи с плечелопаточным болевым синдромом. Основным провоцирующим фактором в развитии данной патологии была травма. Пациенты лечились амбулаторно у травматолога, хирурга или невролога по месту жительства с диагнозом ушиб плечевого сустава, шейный остеохондроз, артрологии. Вне зависимости от основного заболевания (*impingement*-синдром, субакромиальный бурсит и разрыв вращательной манжеты). Клиническая картина заболевания у всех пациентов была идентичной: постоянные боли, усиливающиеся после физической нагрузке, а иногда даже и ночные боли, поэтому контрактуры плечевого сустава были различной степени выраженности. Приводящая контрактура плечевого сустава была связана с поражением надостной мышцы и (или) с повреждением вращательной манжеты плеча, а внутренне-ротационная контрактура была связана с поражением внутренних ротаторов плеча (подостная и малая круглая мышцы). Наружно-ротационная контрактура возникала вследствие поражения внутреннего ротатора (подлопаточная мышца). У 18 больных (12 — мужчин, 6 — женщин) отмечалось сочетание всех видов контрактур. При выраженных контрактурах плечевого сустава всем пациентам под проводниковым обезболиванием перед артроскопией проводилась редрессация плечевого сустава.

С целью устранения и профилактики *impingement*-синдрома и субакромиального бурсита проводится операция с применением артроскопической техники. При этом удаляли субакромиальную бурсу и резецировали нижний край акромиона «Долотом» (операция выполнена всем пациентам). В послеоперационном периоде использовали иммобилизацию косыночной повязкой в течение 1 недели в положении плеча на отводящей повязке.

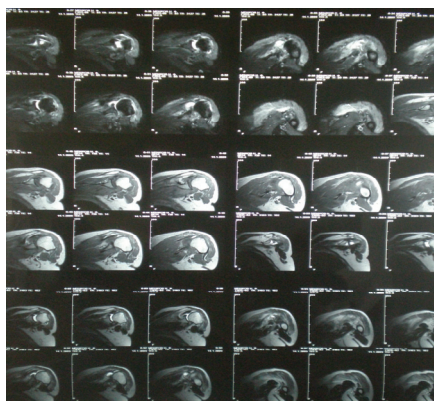


Рис. 1. МРТ левого плечевого сустава до операции пациента М. 52 года



Рис. 2. Ограничение функции левого плечевого сустава до операции



Рис. 3. Подвешение руки на отводящую шину в раннем послеоперационном периоде



Рис. 4. Рентгенограмма отрыва большого бугорка до операции



Рис. 5. Рентгенограмма фиксации большого бугорка левого плечевого сустава винтом

При повреждении вращательной манжеты проводили артроскопическую диагностику с последующим открытым хирургическим вмешательством с целью восстановления целостности вращательной манжеты. Всем 25 пациентам с ПВМП накладывали скользящие швы с иммобилизацией верхней конечности на отводящей шине в течение 4—6 недель. После операции проводилось физиотерапевтическое лечение, массаж и лечебная физкультура. Объем движений в плечевом суставе у пациентов после субакромиальной декомпрессии восстанавливался в течение 1—4 недель, а после ушивания вращательной манжеты — в течение 2 месяцев.

Результаты лечения. Интерпретация результатов оперативного лечения проводилась нами по международной шкале таблице UCLA-SCORE. Система UCLA-SCORE содержит до- и послеоперационную оценку боли, функции, активных движений, мышечной силы и самооценки состояния пациентов. Максимальный возможный результат — 35 баллов. Отсутствие боли и восстановление функции оценено максимальным количеством баллов — 10. Для остальных параметров — 5 баллов. Результаты подразделяются на отличные (34—35 баллов), хорошие (28—33 балла), удовлетворительные (21—27) и неудовлетворительные (0—20).

Интерпретация результатов артроскопической субакромиальной декомпрессии по пунктам таблицы UCLA_SCORE (по С.В. Архипову):

I — боль; II — функция; III — активная антеверсия; IV — мышечная сила в момент антеверсии; V — общая оценка.

Отличные результаты — 30 (46%), хорошие — 25 (39%), удовлетворительные — 8 (12%), неудовлетворительные — 2 (3%). Средняя балльная оценка после операции увеличилась с 10,8 до 31,4: болевого синдрома — с 2,5 до 9,2, функция — с 3,4 до 9,1, активной антеверсии — с 2,5 до 8,5, а мышечной силы в момент антеверсии — с 2,4 до 4,6.

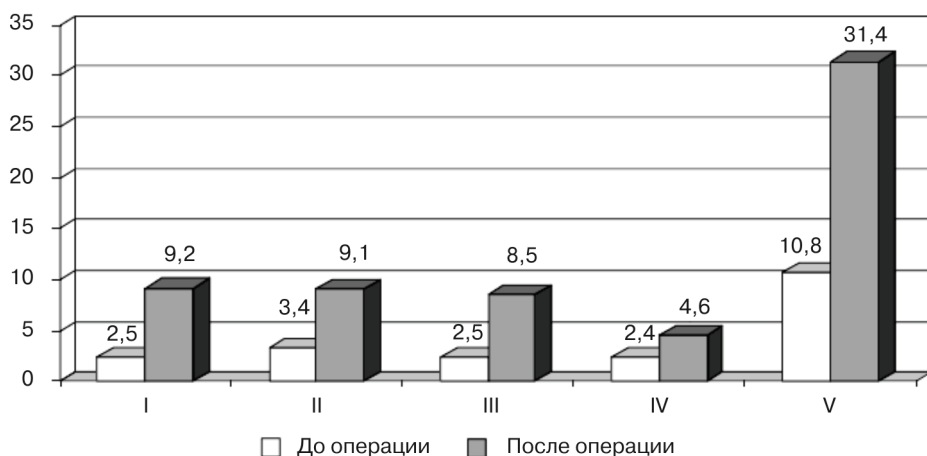


Рис. 6. Диаграмма результатов лечения до и после операции

Причина неудовлетворительных исходов: несвоевременно поставленный диагноз.

Повторных операций нашим пациентам не приходилось делать, и все они вернулись к прежней трудовой деятельности.

Таким образом, оперативное лечение патологии плечевого сустава с применением артроскопической техники позволяет малоинвазивно провести точную диагностику и этиопатогенетическое лечение плечелопаточного болевого синдрома, с устранением болевого синдрома и полным восстановлением объема.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Архипов С.В.* Артроскопическая субакромиальная декомпрессия при «импинджмент синдроме» плечевого сустава у спортсменов // *Вестн. травматол. и ортоп. им Н.Н. Приорова.* — 1997. — № 4. — С. 37—41; 2007. — № 2. — С. 17.
- [2] *Duplay S.* Uber die Periarthritis humero_scapularis und die daraus entstehende Schultersteife // *Arch. Gen. Med.* — 1872. — V. 2. — N 11. — P. 513.
- [3] *Codman E.A.* On Stiff and Painful Shoulders. The anatomy of the subdeltoid or subacromial bursa and its clinical importance. Subdeltoid bursitis // *The Boston Med. And Surg. J.* — 1906. — V. 154. — N 22. — P. 613—620.
- [4] *Steinbrocker O.* The painful shoulder // *Arthritis and Allied Conditions*; ed. by J.L. Hollander, sixth edition. — Lea and Febiger: Philadelphia, 1960. — P. 1181—1227.
- [5] *Беленький А.Г.* Субакромиальный (impingement) синдром // *Рус. мед. журнал.* — 2005. — Т. 13. — № 8. — С. 545—547.
- [6] *Доэрти М.В.* Клиническая диагностика болезней суставов. — Мн.: Тивали, 1993.
- [7] *Neer Ch.S.* II. Shoulder Reconstruction. — Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990. — 551 p.

TREATMENT OF DAMAGE OF THE ROTARY CUFF OF THE HUMERAL JOINT WITH USE OF ART ROSKOPICHESKY TECHNICS

**Majdi Zahra, P.P. Savitsky,
A.A. Kopilov, F.L. Lazko**

Traumatology and orthopedy chair
Peoples' Friendship University of Russia
Miklukho-Maklaya str., 8, Moscow, Russia, 117198

The trauma was the basic provoking factor in development of the given pathology. Patients were treated is out-patient at the traumatologist, the surgeon or the neurologist on a residence with the diagnosis a bruise of a humeral joint, a cervical osteochondrosis, arthrology. For the purpose of elimination and preventive maintenance of an impingement-syndrome and subacromion bursitis operation with application artroskopichesky technicians is spent. At damage of a rotary cuff arthroscopies a humeral joint spent for diagnostics with the subsequent open surgical intervention for the purpose of restoration of integrity of a rotary cuff.

Key words: traumatology, Cervical osteochondrosis.