

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

# РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВЫВИХОВ ПЛЕЧА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ

Ю. В. Храпов, Д. А. Маланин, О. Г. Тетерин

*Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ВолГМУ,  
Волгоградский научный центр РАМН и АВО,  
ФГУ "970 ВГ СКВО" Минобороны России*

*Аннотация:* авторами статьи проведен ретроспективный анализ результатов консервативного лечения 38 пациентов с первичными травматическими вывихами плеча за период от 1 года до 4 лет. Полученные данные определили необходимость включения пациентов молодого возраста в "группу высокого риска" развития рецидивов вывиха и нестабильности плечевого сустава, повышению требований к обследованию с применением современных инструментальных методов диагностики.

*Ключевые слова:* травматический вывих плеча, консервативное лечение, ретроспективный анализ, группа риска, рецидив вывиха плеча.

Первичные травматические вывихи плеча занимают первое место среди всех вывихов крупных суставов и, по данным Novelius L. et al. [4, 6], случаются ежегодно у 1,7 % представителей всех групп населения, достигая 8 % у лиц с высоким уровнем физической активности. По данным большого количества исследований, первичные травматические вывихи плеча чаще всего встречаются у пациентов мужского пола, трудоспособного возраста, по характеру своей деятельности подвергающим верхний плечевой пояс значительным физическим нагрузкам. Для многих представителей из этой группы вывихи плеча, даже при строгом соблюдении сроков иммобилизации, после вправления не проходят бесследно, и в значительном проценте случаев осложняются развитием хронической нестабильности [1, 2, 5, 7, 8, 10, 12]. В исследовании Kirkley A. et al. [9], посвященном изучению "качества жизни" пациентов, перенесших первичные травматические вывихи

плеча, было установлено, что даже при отсутствии рецидивов вывиха и хронической нестабильности функция пострадавшего плечевого сустава в среднем оказывалась на 15 % хуже здорового сустава. У пациентов старше 40 лет первичные вывихи плеча встречаются реже, в меньшем проценте случаев осложняются хронической нестабильностью, однако более часто сочетаются с переломами проксимального отдела плечевой кости и разрывом вращательной манжеты, что и определяет последующий функциональный исход.

Настоящее исследование включает в себя ретроспективный анализ результатов консервативного лечения 38 пациентов с первичными травматическими вывихами плеча в возрасте от 18 до 35 лет (в среднем  $23,7 \pm 0,8$  года). Срок наблюдения за ними колебался от 1 года до 4 лет (в среднем составил  $2 \pm 0,5$  года). Все пациенты были мужского пола. В профессиональном отношении среди них преобладали люди, занимаю-

шиеся физическим трудом: военнослужащие – 34, спортсмены – 4. В исследуемой группе все больные имели односторонние первичные травматические вывихи без признаков нестабильности контралатерального сустава. Неосложненные вывихи наблюдались у 32 (84,2 %) больных. У 4 (10,5 %) пациентов первичный вывих осложнялся переломом большого бугорка плечевой кости, кроме того, у 2 (5,2 %) – преходящими симптомами тракционной плексопатии плечевого сплетения.

Травмы плечевого сустава были получены при занятиях по физической подготовке в 25 случаях, в том числе в игровых видах спорта – 10, борьбе – 9, во время военно-прикладных занятий (преодоления полосы препятствий, на тактическом полигоне) – 7. Полученные в быту повреждения происходили при случайных падениях дома и на улице (11), при прочих обстоятельствах (2).

У большинства больных первичный вывих плеча возникал вследствие не прямой травмы, при этом наиболее характерным механизмом повреждения являлось силовое воздействие на отведенную и ротированную кнаружи руку. Обычно это было связано с форсированной наружной ротацией отведенного плеча во время падения с упором на ладонь или локтевой сустав руки, тракцией по оси конечности или выполнении "бросковых" движений. В 2 случаях вывихи возникали вследствие прямого удара при падении тяжелых предметов на плечевой сустав.

Вывих возникал на стороне доминирующей руки у 24 (63,1 %) пациентов, на стороне недоминирующей руки – у 13 (36,9 %) пациентов.

Время от момента получения травмы до вправления вывиха во всех случаях не превышало 12 часов. Всем больным было выполнено закрытое вправление вывиха с применением одного из тракционных способов (чаще Мухина-Мота). Открытого вправления вывиха ни в одном случае не потребовалось. После вправления всем больным осуществляли иммобилизацию конечности гипсовыми повязками типа Вайнштейна в положении приведения и внутренней ротации. Срок иммобилизации составлял 3 недели.

Функциональные результаты лечения больных оценивались при плановом двукратном контрольном осмотре пациентов, при самообращении в связи с наличием жалоб, при поступлении в отделение для хирургического лечения с использованием специально разработанной формы, которая включала в себя самооценку результатов лечения пациентом, оценку результата лечения врачом, оценку ряда объективных показателей: амплитуды активных движений, мышечной силы в отведении, функциональной активности пациента, а также комплексной шкалы "Rowe".

К моменту второго контрольного обследования (не ранее, чем через 1,5 года после травмы) пациенты оценивали функциональные исходы своего лечения как "хорошие" в 17 (44,7 %), "удовлетворительные" – в 11 (28,4 %) и "плохие" – в 9 (23,6 %) наблюдениях.

В то же время результаты лечения, субъективно оцененные одним и тем же врачом, рас-

пределились следующим образом: "хорошие" – у 21 (55,2 %) пациента, "удовлетворительные" – у 9 (23,6 %) и "плохие" – у 8 (21,2 %) пациентов.

Поздние осложнения были отмечены у 12 (31,6 %) пациентов: в 11 (28,9 %) наблюдениях развилась хроническая нестабильность (в 9 – рецидивирующие вывихи, в 2 – рецидивирующие подвывихи и положительные "провокационные тесты"). При активном расспросе больные дополнительно предъявляли жалобы на ощущение неуверенности, опасения за возможность повторного вывиха (подвывиха) при отведении и наружной ротации плеча, слабость в руке, уменьшение точности движений. Указанные проявления отражали наличие у данной категории больных субъективных ощущений неустойчивости плечевого сустава, что во всех случаях подтверждалось "провокационными тестами", функциональными рентгенограммами и приводило к вынужденному ограничению физической активности (смене специальности, увольнению из рядов ВС РФ, прекращению занятий спортом). В данной группе 6 (15,7 %) пациентов подверглись стабилизирующим операциям с хорошим исходом, 5 (13,2 %) пациентов от операции отказались и после 3 рентгенологически подтвержденных рецидивов вывиха были уволены из рядов ВС РФ. У одного (2,6 %) пациента с сопутствующим многооскольчатый переломом большого бугорка развилась стойкая комбинированная контрактура плечевого сустава, что потребовало повторных гидравлических мобилизаций сустава и закрытой ручной реддрессации. В конечном итоге указанные мероприятия привели к практически полному восстановлению амплитуды движений с "удовлетворительной" оценкой результата лечения.

Ограничение амплитуды активных движений отмечалось при контрольном осмотре у 17 (44,7 %) пациентов. В большинстве случаев имело место ограничение наружной ротации в отведении плеча, средняя величина ограничения подвижности сустава составляла  $12 \pm 2,5$  градусов. Субъективно данное ограничение движений в большей степени отмечали именно те пациенты, чья физическая активность связана с бросковыми движениями (метание гранаты, копья, игра в волейбол и баскетбол). В данной группе интенсивная реабилитация (массаж, ЛФК, ФТЛ) позволила полностью восстановить функцию сустава у 14 (36,8 %) пациентов, 3 (7,8 %) пациента были вынуждены значительно ограничить прежний уровень физической активности.

Мышечная сила в отведении оценивалась при помощи измерителя типа Isobex и сравнивалась с мышечной силой здоровой конечности. Дефицит мышечной силы травмированной конечности был отмечен у 20 (52,6 %) пациентов, его средняя величина составляла  $3,7 \pm 0,4$  кг.

В результате комплексной функциональной оценки по шкале Rowe результаты распределились следующим образом: "отличный" (85–100 баллов) – у 9 (23,6 %) пациентов, "хороший"

(70–84 баллов) – у 15 (39,5 %), "удовлетворительный" (50–69 баллов) – у 6 (15,8 %) пациентов, "плохой" (менее 49 баллов) – у 6 (15,8 %) пациентов.

Степень снижения уровня физической активности оценивали субъективно по снижению уровня бытовой активности, уменьшению интенсивности или прекращению занятий спортом, необходимости смены трудовой деятельности. Значительное снижение уровня физической активности отмечалось у 13 (34,2 %) пациентов: 11 уволены с военной службы, 2 полностью прекратили занятия игровыми видами спорта. Умеренное снижение активности отмечалось у 7 (18,4 %) пациентов, которые были вынуждены отказаться от занятий боксом, тяжелой атлетикой, волейболом. Все остальные после интенсивной реабилитации сумели сохранить прежний уровень физической активности.

Результаты проведенного клинического исследования оказались довольно близкими с данными последних работ, проведенных в некоторых странах Европы [1, 2, 9]. Они свидетельствуют о необходимости включения пациентов молодого возраста в "группу высокого риска" развития рецидивов вывиха и нестабильности плечевого сустава, повышения требований к обследованию с применением современных инструментальных методов диагностики (УЗИ, МРТ, артроскопии) и внесения корректив в общепринятые стандарты и алгоритмы лечения больных с данной патологией,

что позволит в значительной степени улучшить функциональные результаты лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Arciero R. A.* // // Am. J. Sports. Med. – 2002. – Vol. 30, № 4. – P. 576–580.
2. *Arciero R. A., Taylor D. C.* // // J. Bone Joint Surg. Am. – 1998. – Vol. 80A. – P. 299–300.
3. *Aronen J. G., Regan K.* // Am. J. Sports Med. – 1984. – Vol. 12, № 4. – P. 283–291.
4. *Hovellius L.* Incidence of shoulder dislocation in Sweden // Clin. Orthop. – 1982. – № 166. – P. 127–131.
5. *Hovellius L., Eriksson K., Fredin H., et al.* // J. Bone Joint Surg. – 1983. – Vol. 65A. – P. 343–349.
6. *Hovellius L., Augustini B. G., Fredin H., et al.* // J Bone Joint Surg. Am. – 1996. – Vol. 78. – P. 1677–1684.
7. *Hoelen M. A., Burgers A. M. J., Rozing P. M.* // Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery. – 1990. – Vol. 110, № 1. – P. 51–54.
8. *Kazar B., Relovszky E.* // Acta Orthop. Scand. – 1969. – №. 40. – P. 216.
9. *Kirkley A., Griffin S., Richards C., et al.* Prospective randomized clinical trial comparing the effectiveness of immediate arthroscopic stabilization versus immobilization and rehabilitation in first traumatic anterior dislocations of the shoulder. – 1999 – Vol. 15. – P. 507–14.
10. *McLaughlin H. L., MacLellan D. I.* // J. Trauma. – 1967. – Vol. 7. – P. 191–201.
11. *Rowe C. R.* // The shoulder. – 1988. – P. 631–637.
12. *Vermeiren J., Handelberg F., Casteleyn P. P., et al.* // Int Orthop. – 1993. – Vol. 17. – P. 337–341.