

УДК 616.727.2-001.6

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА****А.С. Аятов**

Представлена тактика хирургического лечения привычного вывиха плеча новым разработанным методом. Целью работы является улучшение результатов хирургического лечения привычного вывиха плеча с применением разработанного способа. Одним из важных критериев оценки исходов лечения больных с привычным вывихом плеча является восстановление амплитуды движений поврежденного плечевого сустава. Разработанная методика не вызывает технических трудностей, она малотравматична, безопасна и легко воспроизводима.

*Ключевые слова:* привычный вывих плеча; оперативное лечение; плечо.

---

**ӨНӨКӨТ БОЛУП КАЛГАН ИЙИНДИН ЧЫГЫП КЕТҮҮСҮН  
ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛОО**

Бул эмгекте өнөкөт болуп калган ийиндин чыгып кетүүсүн жаңы иштелип чыккан ыкма менен хирургиялык дарылоо тактикасы көрсөтүлгөн. Иштин максаты жаңы иштелип чыккан ыкманы пайдалануу менен өнөкөт болуп калган ийиндин чыгып кетүүсүн хирургиялык дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу болуп эсептелет. Өнөкөт болуп калган ийиндин чыгып кетүүсүн дарылоонун натыйжасын баалоонун маанилүү критерийлеринин бири ийиндин жабыркаган муунунун кыймылынын калыбына келиши болуп эсептелет. Жаңы иштелип чыккан ыкма техникалык кыйынчылыктарга алып келбейт, жаракат алуу коркунучу жок, коопсуз жана жеңил ишке ашырылат.

*Түйүндүү сөздөр:* өнөкөт болуп калган ийиндин чыгып кетүүсү, операция жолу менен дарылоо, ийин.

---

**THE SURGICAL TREATMENT OF RECURRENT SHOULDER DISLOCATION**
**A.S. Ayatov**

The paper presents the tactics of surgical treatment of habitual dislocation of the shoulder with a newly developed method. The aim of the work is to improve the results of surgical treatment of habitual dislocation of the shoulder using the developed method. One of the important criteria for evaluating the outcomes of treating patients with habitual dislocation of the shoulder is restoring the amplitude of movements of the damaged shoulder joint. The developed technique does not cause technical difficulties, it is low-impact, safe and easily reproducible.

*Keywords:* habitual dislocation of the shoulder; operative treatment; shoulder.

Привычный вывих плеча возникает в результате недостаточной и кратковременной иммобилизации после травматического вывиха. По данным литературы, частота развития нестабильности плечевого сустава после первичного вывиха плеча у лиц молодого возраста от 16 до 30 лет составляет до 67 %, а у лиц старше 40 лет – до 38 % [1, 2]. Первый повторный вывих возникает в течение полугода. В дальнейшем частота вывихов растет и достигает 8–10 случаев в год, они возникают при выполнении обычных движений (подъем рук, отведение в сторону и даже во сне). [3, 4]. Причиной привычного вывиха плеча является наличие индивидуальных анатомических особенностей плечевого сустава: большая шаровидная головка

плечевой кости, слабовогнутая небольшого размера суставная впадина лопатки, обширная растяжимая капсула сустава, слабость мышц плечевого пояса [5].

У пациентов развиваются вторичные, глубокие нарушения в нервно-мышечном аппарате плечевого пояса: костные изменения в области пораженного сустава, увеличивается полость сустава, изменяются суставные поверхности, атрофируются мышцы [6,7]. Лечение привычного вывиха плеча – только оперативное. Абсолютным показанием к оперативному лечению является наличие у пациента 2–3 рецидивов вывиха в течение одного года. Известно около 300 способов оперативного лечения, однако ни один из них в чистом виде не получил широкого

распространения [8–10]. Чаще всего используется комбинация различных способов.

Нами разработан новый способ оперативного лечения привычного вывиха плечевого сустава. В статье описано послеоперационное ведение и результаты лечения 35 пациентов. Предложенный способ отличается простотой выполнения и эффективностью восстановления утраченных функции верхней конечности, что позволяет возобновить занятия спортом, повысить качество жизни.

**Целью** работы является улучшение результатов хирургического лечения привычного вывиха плеча с применением разработанного способа.

**Материалы и методы.** Исследовательская работа основана на анализе исходов хирургического лечения 88 больных с привычным вывихом плеча, находившихся на лечении в Бишкекском научно-исследовательском центре травматологии и ортопедии в период с 2010 по 2017 г.

Все больные распределены на 2 группы – контрольную и основную. 53 (60,2 %) пациента составили контрольную группу. Оперативное лечение по пластике плечевого сустава у них проведено ранее известными методами, в послеоперационном периоде конечность иммобилизовали гипсовой повязкой сроком на 4–5 недель. После снятия иммобилизации больным назначали физиотерапевтические процедуры, ЛФК и массаж мышц плечевого пояса.

Основную группу составили 35 (39,8 %) больных, которым проводилось комплексное лечение привычного вывиха плеча и операция по стабилизации плечевого сустава по способу С.А. Джумабекова. В таблице 1 представлено распределение больных по возрасту и полу.

Как видно из таблицы 1, абсолютное большинство больных клинических групп составили люди молодого возраста – 16–30 лет (70,4 %), что респондируется с данными других исследователей. Среди общего количества исследуемых больных мужчин было 74 (84,1 %), женщин – 14 (15,9 %). Мужчин было в пять с половиной раз больше, чем женщин, что объясняется высокой активностью лиц молодого возраста.

**Новый способ оперативного лечения вывихов плеча.** Для улучшения результатов оперативного лечения привычного вывиха плеча разработан и внедрен способ лечения, предложенный академиком, доктором мед. наук, профессором С.А. Джумабековым (патент № 858 КР от 27 декабря 2004 года).

Целью операции является предупреждение рецидива вывиха плеча и дегенеративно-дистрофических изменений капсулы плечевого сустава за счет укрепления капсулы плечевого сустава. Решение задачи состоит в том, что новый

способ лечения привычного вывиха плеча включает укрепление переднего отдела плечевого сустава путем вскрытия, рассечения капсулы плечевого сустава. Далее производят пластику капсулы сустава путем наложения матрацных швов на рассеченные поверхности капсулы с целью дополнительного укрепления капсулы плечевого сустава, а рассеченные поверхности сшивают восьмиобразным швом.

На рисунке 1 изображена схема артропластики капсулы плечевого сустава.

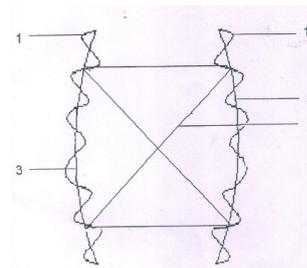


Рисунок 1 – Схема артропластики при привычном вывихе плеча

Способ осуществляется следующим образом. Операцию производят под общим эндотрахеальным наркозом, в положении пациента лежа на спине. Используется передний стандартный доступ. Осуществляют послойный разрез длиной 10–12 см, рассекают кожу, подкожно-жировую клетчатку, фасцию. К капсуле сустава проникают между дельтовидной и большой грудной мышцами. Осмотром выявляют перерастяжение, истончение или разрыв капсулы в соответствующем отделе, выделяют и рассекают ее. Затем производят пластику путем наложения матрацных швов (1) на рассеченные поверхности капсулы (3) для сокращения их в размере, после этого концы капсулы сшивают восьмиобразным швом (2) для укрепления переднего отдела плечевого сустава и предотвращения рецидивов вывиха плеча. Следующим этапом осуществляют контроль гемостаза, рану дренируют, послойно ушивают. Накладывают асептическую повязку. После операции оперированную конечность иммобилизуют повязкой Дезо на 2 недели.

**Результаты и их обсуждение.** Одним из важных критериев оценки исходов лечения больных с привычным вывихом плеча является восстановление амплитуды движений поврежденного плечевого сустава. Высокие показатели ангулометрического исследования свидетельствует о качестве проводимого лечения (таблица 2).

Как видно из таблицы 2, применение разработанного алгоритма лечения, включающего артропластику плечевого сустава по способу Джумабекова, раннее движение в свободных от иммобилизации

Таблица 1 – Распределение больных с привычными вывихами плеча по возрасту и полу

| Возраст, лет | Пол           |      |               |      | Всего         |       |
|--------------|---------------|------|---------------|------|---------------|-------|
|              | мужчины       |      | женщины       |      | абс. число, n | %     |
|              | абс. число, n | %    | абс. число, n | %    |               |       |
| 16–20        | 16            | 18,2 | 4             | 4,5  | 20            | 22,7  |
| 21–30        | 39            | 44,3 | 3             | 3,4  | 42            | 47,7  |
| 31–40        | 11            | 12,5 | 2             | 2,3  | 13            | 14,8  |
| 41–50        | 3             | 3,4  | 1             | 1,1  | 4             | 4,5   |
| 51–60        | 3             | 3,4  | 2             | 2,3  | 5             | 5,7   |
| 61 и старше  | 2             | 2,3  | 2             | 2,3  | 4             | 4,6   |
| Всего        | 74            | 84,1 | 14            | 15,9 | 88            | 100,0 |

Таблица 2 – Восстановления амплитуды отведения в плечевом суставе в послеоперационном периоде

| Клинические группы     | Через 15 дней | Через 1 месяц | Через 3 месяца |
|------------------------|---------------|---------------|----------------|
| Основная группа        | 80–90°        | 120°          | 170°           |
| 1-я контрольная группа | 45°           | 70°           | 110°           |
| 2-я контрольная группа | 40°           | 60°           | 85°            |

суставах верхней конечности (лучезапястных и кистевых) со второго дня и 2-недельная иммобилизация обеспечили опережение восстановления амплитуды движений плечевого сустава у больных основной группы. Отведение плеча у больных через 15 дней составило до 80–90° (около 50 % от исходного объема движений), до 40–45° в контрольных группах больных (25,0 % от исходного объема движений), т. е. опережение почти в 2 раза ( $p < 0,001$ ).

Через 1 месяц после артропластики в основной группе больных амплитуда отведения в плечевом суставе составила до 120° (70,0 % от исходного объема движений), а в контрольных группах – до 60–70° (45,0 %), т. е. опережение составило в 1,7 раз ( $p < 0,001$ ).

К 3-месячному сроку после артропластики амплитуда отведения в плечевом суставе у больных основной группы составила до 170° (около 98,0 % от исходного объема движений), в контрольных группах – до 85–110°, т. е. опережение в 1,5 раза ( $p < 0,001$ ). Такое различие достигнуто благодаря тому, что больным основной группы в комплексное лечение, начиная с 4–5-недельного срока, включали упражнения с преодолением сопротивления.

#### Выводы

Таким образом, разработанная тактика лечения больных с привычным вывихом плеча, включающая артропластику плеча по Джумабекову и методику реабилитации больных в позднем послеоперационном периоде, обеспечивает раннее

функциональное лечение, а также активную реабилитацию больных и является методом выбора для лечения данного заболевания.

Выполнение операции не вызывает технических трудностей, она малотравматична, безопасна и легко воспроизводима. С внедрением в клиническую практику новой методики стала возможной надежная стабилизация плечевого сустава, ранние движения в пассивном и активном режиме в суставах оперированной конечности и значительное сокращение сроков реабилитационного периода. Для улучшения исходов лечения больных с привычным вывихом плеча рекомендуется широкое внедрение предложенной тактики в травматолого-ортопедических отделениях региональных лечебных учреждений как шадящий метод, обеспечивающий профилактику рецидива вывиха и деформирующего артроза.

#### Литература

1. Буркхард С.С. Артроскопическая хирургия плечевого сустава: практическое руководство / С.С. Буркхард, Я.К.И. По, П.К. Брэйди, П.Дж. Денард. М.: Изд-во Панфилова, 2014. 544 с.
2. Longo U.G. Management of primary acute anterior shoulder dislocation: systematic review and quantitative synthesis of the literature / U.G. Longo и др. // *Arthroscopy*. 2014. Т. 30. № 4. С. 506–22.
3. Дясин Н.Г. Модифицированные способы Bristow-Latarjet при лечении переднего привычного

- вывиха плеча / Н.Г. Дясин // Травматология и ортопедия России. 2008. № 4 (50). С. 35–40.
4. Дясин Н.Г. Современные методы лечения привычного вывиха плеча / Н.Г. Дясин, А.И. Норкин, С.А. Грамма и др. // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. № 3 (6). С. 687–92.
  5. Хоминец В.В. Оптимизация тактики хирургического лечения военнослужащих с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями коленного сустава / В.В. Хоминец и др. // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. 2014. Прилож. 2 (46). С. 399.
  6. Матвеев Р.П. Консервативное лечение первичного травматического вывиха плеча: учебное пособие / Р.П. Матвеев, В.А. Асланов. Архангельск: Изд-во Северного гос. мед. ун-та, 2015. С. 73.
  7. Штробель М. Руководство по артроскопической хирургии: в 2 т. / М. Штробель. М.: Изд-во Панфилова; БИНОМ: Лаборатория Знаний, 2012.
  8. Burkhart S.S., Debeer J.F., Tehrany A.M., Parten P.M. Quantifying glenoid bone loss arthroscopically in shoulder instability // Arthroscopy. 2002; 5 (18): 488–91 10.1016/j.ocl.2010.02.008
  9. Barth J., Neyton L., Metais P. et al. Is the two-dimensional computed tomography scan analysis reliable for coracoid graft positioning in Latarjet procedures? // J Shoulder Elb Surg. 2017; 8 (26): e237-e242. DOI: 10.1016/j.jse.2016.12.067.
  10. Lacy K. Low-Cost Alternative External Rotation Shoulder Brace and Review of / C. Cooke, P. Cooke, J. Schupbach, R. Vaidya // Treatment in Acute Shoulder Dislocations // West J Emerg Med. 2015 Jan; 16 (1):114–120.