

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ НЕСТАБИЛЬНОСТИ СУХОЖИЛИЯ ДЛИННОЙ ГОЛОВКИ БИЦЕПСА

Даниленко О.А.¹, Макаревич Е.Р.², Зданко Е.В.³, Савчук А.В.¹

¹ Минская городская клиническая больница № 6, Беларусь

² Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь

³ Могилевская областная больница, Беларусь

Актуальность. Проблеме нестабильности сухожилия бицепса в отечественной литературе уделено незаслуженно мало внимания. Пациенты с данной патологией зачастую необоснованно длительно и безуспешно лечатся с диагнозом периартрит плечевого сустава, при этом знания практических врачей о данной патологии крайне скудны. Основной контингент больных с повреждением сухожилий двуглавой мышцы плеча – люди работоспособного возраста с высокими функциональными запросами к функции плечевого сустава, что подчеркивает социально-экономическую значимость рассматриваемой проблемы [1, 2].

Таким образом, на наш взгляд, разработка дифференцированной тактики лечения нестабильности сухожилия длинной головки бицепса и новых методов, подразумевающих возможность сохранения динамических стабилизаторов плечевого сустава, обоснованно.

Цель. Изучение результатов лечения пациентов с нестабильностью сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча, пролеченных с применением разработанной авторами, дифференцированной тактики лечения.

Материал и методы лечения. Для выполнения задач исследования был произведен проспективный и ретроспективный анализ данных диагностических методов и лечения 66 пациентов в период за 2004-2015 годы. Исследование носило открытый сплошной характер.

Среди исследуемых пациентов подавляющее большинство составляли мужчины – 48 (72,7%). 25 пациентов (38%) поступили в отделение с диагнозом M24.4 по МКБ-10 (повторяющиеся вывихи и подвывихи сустава), с кодом S46 по МКБ-10 (травма мышцы и сухожилия на уровне плечевого пояса и плеча) – 41 пациент (62%).

Возраст колебался от 18 до 60 лет, средний возраст составил $47,4 \pm 15,9$ года. В 24 (36,4%) случаях длительность заболевания составляла до 3 месяцев, в 29 (43,9%) случаях – от 3 до 5 месяцев и в 13 случаях (19,7%) – более 5 месяцев.

У пациентов оценивали объем движений, выполнялись провокационные тесты (Тест Yergason, Тест Abbott-Saunders). Рентгенография выполнялась в 100%, МРТ – 84,8%, УЗИ – 87,9%.

При оказании помощи данной категории пациентов мы придерживались разработанной нами тактики лечения с использованием классификации повреждений, разработанной Bennett (2003). Согласно данной классификации выделяют следующие типы нестабильности сухожилия длинной головки бицепса:

Тип 1 – повреждение сухожилия подлопаточной мышцы без повреждения медиальной порции клювовплечевой связки.

Тип 2 – разрыв медиальной порции клювовплечевой связки без повреждения сухожилия подлопаточной мышцы.

Тип 3 – разрыв медиальной порции клювовплечевой связки с повреждением сухожилия подлопаточной мышцы.

Тип 4 – разрыв боковой порции клювовплечевой связки с повреждением сухожилия надостной мышцы.

Тип 5 – повреждение сухожилий подлопаточной и надостной мышц и латеральной порции клювовплечевой связки.

Повреждения первого типа выявлены у 10 (15,2%) пациентов, в 6 (9,1%) случаях они были отнесены ко второму типу, в 20 (30,3%) – к третьему типу, в 16 (24,2%) – к четвёртому и в 14 (21,2%) – к пятому типу по Bennett.

При лечении пациентов с 1 и 2 типом повреждения (24,3%) мы назначали курс консервативной терапии, подразумевающий временную иммобилизацию конечности в течение 10 дней повязкой типа Дезо в положении приведения и внутренней ротации плечевого сустава, с последующим проведением курса восстановительного лечения, включающего щадящее ЛФК, физиотерапевтическое лечение (криотерапия, электростимуляция дельтовидной мышцы), подкожное введение по ходу бицепитальной борозды препаратов гиалуроновой кислоты под контролем УЗИ.

При лечении пациентов с 3, 4 и 5 типом повреждений мы сразу рекомендовали оперативное лечение. Пациентам с 3 типом (30,3%) повреждения мы выполняли вправление сухожилия длинной головки бицепса в сухожильную борозду и его фиксацию трансоссальным швом сухожилия подлопаточной мышцы и медиальной порции клювовплечевой связки по разработанным нами способам, применяемым как в артроскопическом, так и малоинвазивном формате. В случае выраженной сглаженности малого бугорка малоинвазивное вмешательство дополнялось созданием искусственного блока и использованием винта АО с его последующим укрытием костной кортикальной пластиной. Суть разработанного нами способа оперативного лечения пациентов с нестабильностью длинной головки бицепса сводится к следующему: осуществляется артроскопическая ревизия бицепса и поперечной связки, фиксация сухожилия бицепса и подлопаточной мышцы с использованием трансоссальных швов, иммобилизация.

При 4 типе повреждения (24,2%) мы выполняли артроскопию плечевого сустава с последующим переходом на артроскопически-видеоассистированное вмешательство и осуществлением вправления сухожилия длинной головки бицепса плеча в сухожильную борозду с рефиксацией сухожилия надостной мышцы и пластикой латеральной порции клювовплечевой связки.

Пятый тип повреждения (21,2%) подразумевал артроскопический или артроскопически-видеоассистированный тенodes сухожилия бицепса и в обязательном порядке восстановление сухожилий надостной и подлопаточной мышц.

Клинический пример:

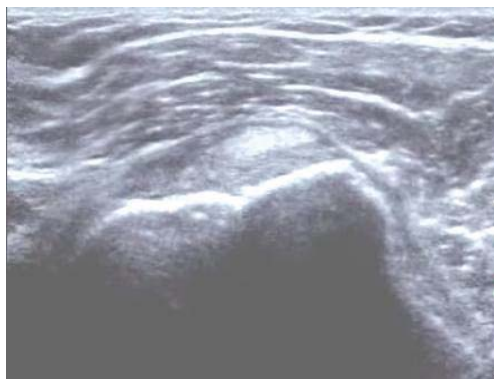


Рисунок 1. – УЗИ до операции, выявлено уплощение биципитальной борозды, дислокация сухожилия при провокационном тесте

Больной А., 27 лет, поступил с диагнозом «нестабильность сухожилия бицепса правого плеча». При опросе пациент предъявляет жалобы на боли и щелчки в проекции сухожильной борозды. При клиническом осмотре выявлены положительные симптомы Yergason и Abbott-Saunders. Проведено УЗИ и МРТ исследование, выявлены признаки нестабильности сухожилия длинной головки бицепса 3 типа по Bennet.

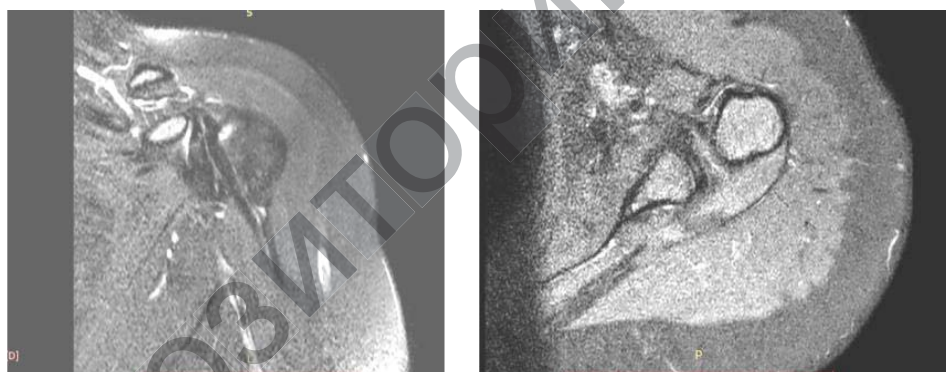


Рисунок 2. – МРТ плеча до операции, выявлен 3 тип нестабильности сухожилия длинной головки бицепса

Осуществлён доступ по переднелатеральной поверхности плеча до 1 см длиной после предварительной разметки под контролем УЗИ повреждённого сухожилия. Из данного доступа препарировано сухожилие бицепса. Тупо и остро выделено сухожилие длинной головки бицепса плеча и осуществлено его прошивание трансоссальным швом при помощи спицы с ушком в сухожильной борозде на уровне головки плечевой кости у места выхода их неё и на 3 см ниже. Нити завязаны трансоссально с другой стороны плеча. На заключительном этапе операции произведена проверка прочности достигнутой фиксации и шов раны. Иммобилизация косыночной повязкой в течение 3 недель. Пациент выписан из стационара на 3 суток. Проведен курс восстановительного лечения после истечения срока иммобилизации. При

контрольном осмотре через 6 недель достигнута полная амплитуда движений в суставах и сила конечности. Больной приступил к работе.

Результаты лечения. Исходы лечения оценивались с использованием шкалы Rowe, опросника ООП. При статистической обработке результатов, ввиду непараметрического распределения признаков, использовался критерий Уилкоксона для сравнения показателей до и после лечения. Согласно оценке с использованием балльной шкалы Rowe (до лечения $48,4 \pm 3,3$ балла и $98,2 \pm 0,5$ балла после лечения) и ООП (до лечения $52,2 \pm 5,7$ и $12,5 \pm 0,9$ после лечения) установлено, что с вероятностью $P < 0,02$ получен положительный лечебный эффект с использованием применяемых методик у пациентов с разными типами повреждения бицепитально-ротаторного комплекса.

Наибольшая разница в результатах лечения нами отмечена у пациентов с 3 типом повреждения по Bennett. При сравнительном анализе результатов лечения пациентов, пролеченных с применением артроскопии и малоинвазивного формата лечения, не отмечено статистически достоверной разницы в балльной оценке как по шкале Rowe, так и ООП. Сроки пребывания в стационаре составили при малоинвазивном формате оперативного вмешательства $7,5 \pm 1,9$, при артроскопическом – $6,9 \pm 3,3$ дня. Нами не зарегистрировано статистически достоверной разницы данных параметров.

Выводы. Нестабильность сухожилия длинной головки бицепса является одной из частых причин обращения пациентов трудоспособного возраста к врачу.

Применение разработанных тактических подходов к лечению пациентов с нестабильностью сухожилия длинной головки бицепса достоверно, с вероятностью $p < 0,02$, позволяет улучшить результаты лечения по шкале Rowe с $48,4 \pm 26,9$ до $98,2 \pm 3,9$, по ООП с $52,2 \pm 5,7$ до $12,5 \pm 0,9$.

Лечение пациентов с применением предложенных подходов позволяет статистически достоверно достигнуть улучшения субъективного самочувствия пациентов и объективного восстановления функции плечевого сустава.

Применение разработанных способов оперативного лечения нестабильности сухожилия бицепса позволяет снизить травматичность оперативного вмешательства в сравнении с открытой реконструкцией, достигнуть полного и анатомичного восстановления повреждённых структур плечевого сустава, восстановить нарушенную функцию верхней конечности с лучшим эстетикопластическим результатом.

ЛИТЕРАТУРА

1. O'Donoghue, D.H. Subluxing biceps tendon in the athlete / D.H. O'Donoghue // Clinical Orthopedic Related Res. – 1982. – P. 26-30.
2. Blasier, R.B. Posterior glenohumeral stabilization: active and passive stabilization in a biomechanical model / R.B. Blasier, L.J. Soslowsky, D.M. Malicky, M.L. Palmer // J Bone Joint Surg. Am. – 1997. – Vol. 79, № 433. – P. 40.