

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра травматологии, ортопедии и нейрохирургии с курсом ПО

Рецензия д.м.н., зав. кафедрой травматологии, ортопедии и нейрохирургии с курсом ПО, доцента Шнякина Павла Геннадьевича на реферат-презентацию ординатора 2 года обучения по специальности «Травматология и ортопедия»

Середенко Александр Алексеевича по теме:

**ПОВРЕЖДЕНИЕ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА.**

В своем реферате Середенко А. А. раскрывает тему повреждений вращательной манжеты плеча. В реферате в достаточном объеме представлена необходимая информация о методах диагностики заболевания, тактики консервативного и оперативного лечения пациентов с данной патологией. В реферате подробно представлена современная классификация разрывов вращательной манжеты плеча, имеющая важное прогностическое значение для исхода заболевания, определения тактики лечения пациентов. Структурированность работы не нарушена, и содержит основные необходимые данные. Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованы. Список литературы представлен 6 источниками. Работа выполнена по типу реферата, оформлена в соответствии с требованиями.

Основные оценочные критерии:

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	-
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: Положительная / Отрицательная

Комментарии рецензента:

*Всё*

*(Всё ОК)*

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

*SS*

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра травматологии, ортопедии и нейрохирургии с курсом ПО

Реферат на тему

**«Повреждение вращательной манжеты плеча»**

Выполнил: Ординатор 2  
года, кафедры  
травматологии, ортопедии и  
нейрохирургии  
с курсом ПО  
Середенко А. А.

Красноярск, 2022

## **План реферата**

1. Определение
2. Классификация повреждений вращательной манжеты плеча
3. Диагностические критерии (жалобы, анамнез, физикальное обследование, инструментальные исследования)
4. Тактика лечения
5. Хирургическое вмешательство
6. Профилактические мероприятия
7. Индикаторы эффективности лечения
8. Дальнейшее ведение
9. Показания для госпитализации
10. Список литературы

Вращательная манжета плеча как анатомическое образование с описанием функции мышц, ее составляющих, впервые описана в XVI веке А. Везалием. Биомеханическая роль вращательной манжеты заключается в поддержании конгруентности суставных поверхностей плечевого сустава. В случае разрыва одного из четырех сухожилий нарушается стабилизация головки в суставной впадине лопатки, что ведет к болевому синдрому, плечелопаточному остеоартрозу и прогрессирующей потере функции верхней конечности. На сегодняшний день нет единой общепринятой классификации повреждений ВМП, которая бы обеспечила однозначное понимание тактики ведения пациента.

### **Классификации.**

По степени вовлеченности сухожилия выделяют полнослойные и неполнослойные разрывы надостной мышцы.

Последние подразделяются на:

PASTA (Partial Articular Supraspinatus Tendon Avulsion) — неполнослойный разрыв сухожилия надостной мышцы со стороны суставной полости;

PITA (Partial Interstitial Tendon Avulsion) — парциальный интерстициальный разрыв;

BST (Bursal Side Tear) — разрыв со стороны акромиона.

По степени вовлеченности сухожилия при неполнослойном разрыве выделяют:

1 степень — менее 3 мм толщины;

2 степень — 3-6 мм, но не более половины толщины;

3 степень - более 6 мм.

По форме разрыва, согласно классификации Н. Ellman and Gartsman (1993 г.) выделяют:

1) серповидный;

- 2) реверсивный L-образный;
- 3) L-образный;
- 4) трапецевидный;
- 5) массивный.

Вид разрыва, согласно данной классификации, устанавливается чаще всего интраоперационно и определяет направления для реинсерции оторванного сухожилия.

По площади разрыва используется классификация R.H. Cofield (1982 г.):

- 1) малые — менее 1 см;
- 2) средние 1-3 см;
- 3) большие — 3-5 см;
- 4) массивные — более 5 см.

По степени ретракции края сухожилия в направлении лопатки — классификация D. Patte (1990 г.):

- 1 степень — край сухожилия на уровне места инсерции;
- 2 степень — край сухожилия на уровне головки плеча;
- 3 степень — ретракция до гленоида и дальше.

Степень жировой дегенерации по классификации Goutallier (1994 г.):

- 0 степень — нормальное сухожилие;
- 1 степень — имеются жировые включения;
- 2 степень — менее 50% мышечной атрофии;
- 3 степень — 50% мышечной атрофии;
- 4 степень — жировая дистрофия более 50%.

При массивных разрывах ВМП и формировании плечелопаточного остеоартроза используется классификация, предложенная К. Hamada в 1990 г.. В основе данной классификации лежит акромиогломерулярный интервал (АНИ):

- I стадия – АНИ > 6 мм;
- II стадия – АНИ < 5 мм;

III стадия – вогнутая деформация акромиона (ацетабулизация акромиона);

IV стадия – сужение суставной щели;

V стадия – коллапс головки плечевой кости.

### **Диагностические критерии**

**Жалобы:** на боли в области плечевого сустава при внутренней ротации и отведении плеча, ночные боли.

**Анамнез:** чаще наличие травмы с непрямым механизмом (форсированное движение в плечевом суставе, превышающем его нормальные амплитуды).

Реже от прямого удара в область плечевого сустава.

### **Физикальное обследование**

При осмотре отмечается:

- ограничения пассивных движений в плечевом суставе;
- атрофия надостной и подостной мышц

При пальпации отмечается:

- боль в области большого бугорка плечевой кости ;
- положительный тест «падающей руки» и «болезненной дуги» ;
- болезненность над большим бугорком и крепитация при пассивной ротации руки;

**Лабораторные исследования** – отсутствие патологических изменений в анализах крови и мочи.

### **Инструментальные исследования:**

Рентгенография плечевого сустава в 2-х проекциях: отмечаются участки склероза или лизиса большого бугорка.

Магнитно-резонансная томография: определяются признаки повреждения капсульно-связочного аппарата и сухожилий.

Ультразвуковое исследование: определяются структурные изменения сухожилия надостной мышцы.

#### **Показания для консультации специалистов:**

- консультация нейрохирурга при повреждении плечевого сплетения и сочетанной травме головного мозга;
- консультация хирурга при сочетанной травме живота;
- консультация ангиохирурга при сопутствующем повреждении сосудов;
- консультация терапевта при наличии сопутствующих соматических заболеваний;
- консультация эндокринолога при наличии сопутствующих эндокринных заболеваний.

#### **Тактика лечения**

##### **Немедикаментозное лечение:**

Режим свободный.

Диета – стол 15, другие виды диет назначаются в зависимости от сопутствующей патологии.

**Антибактериальная терапия.** При воспалении послеоперационной раны и для профилактики послеоперационных воспалительных процессов применяются антибактериальные препараты. С этой целью применяются цефазолин или гентамицин при аллергии на б-лактамы или ванкомицин при выявлении/высоком риске наличия метициллин-резистентного золотистого стафилококка. Согласно рекомендациям Scottish Intercollegiate Guidelines и др. антибиотикопрофилактика при данном виде операций настоятельно рекомендована. Изменение перечня антибиотиков для периоперационной

профилактики должно проводиться с учетом микробиологического мониторинга в стационаре.

**Ненаркотические и наркотические анальгетики** (трамадол или кетопрофен или кеторолак; парацетамол).

НПВС в целях обезболивания назначается перорально.

НПВС в целях послеоперационного обезболивания следует начинать за 30-60 мин до предполагаемого окончания операции внутривенно. Не показано внутримышечное введение НПВС для послеоперационного обезболивания из-за изменчивости концентраций препаратов в сыворотке крови и боли, вызванной инъекцией, исключением является кеторолак (возможно внутримышечное введение).

НПВС противопоказаны пациентам с язвенными поражениями и кровотечениями из желудочно-кишечного тракта в анамнезе. В данной ситуации препаратом выбора будет парацетамол, не оказывающий влияния на слизистую желудочно-кишечного тракта.

Не следует комбинировать НПВС между собой.

Комбинация трамадола и парацетамола является эффективной

#### **Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне:**

- наложение иммобилизационных средств (шины, мягкие повязки, гипсовой повязки, брейс, ортез) в ранние сроки, срок иммобилизации 3-4 недели.

Необходим постоянный контроль за шиной или повязкой для профилактики ишемии дистального отдела конечности и пролежня;

- новокаиновые блокады.

#### **Другие виды лечения, оказываемые на стационарном уровне:**

- наложение иммобилизационных средств (шины, мягкие повязки, гипсовые повязки, брейс, ортез) в ранние сроки, срок иммобилизации 3-4 недель.



Необходим постоянный контроль за шиной или повязкой для профилактики ишемии дистального отдела конечности и пролежня [8];

- новокаиновые блокады.

**Другие виды лечения, оказываемые на этапе скорой неотложной помощи:**

- наложение иммобилизационных средств (шины, мягкие повязки, брейс, ортез).

**Хирургическое (артроскопическое) вмешательство:**

- Способы артроскопического восстановления вращательной манжеты:
- Фиксация анкерным швом
- Шов «все внутри»

**Профилактические мероприятия**

Профилактика травматизма

- соблюдение правил техники безопасности в быту и на производстве;
- соблюдение правил дорожного движения;
- соблюдение мер по профилактике уличного травматизма (ныряние на мелководье, прыжки с высоты, переход с балкона на балкон и прочие);
- создание безопасной среды на улице, в быту и на производстве (гололедица, установление дорожных знаков и т.д.);
- проведение информационно-разъяснительной работы среди населения о мерах профилактики травматизма.

**Дальнейшее ведение**

Мероприятия по ранней медицинской реабилитации:

- локальная криотерапия (курс лечения составляет 5-10 процедур);
- ультрафиолетовое облучение (курс лечения составляет 5-10 процедур);

- магнитотерапия (курс лечения составляет 5-10 процедур);
- УВЧ-терапия (курс лечения составляет 5-10 процедур);
- лазеротерапия (курс лечения составляет 5-10 процедур);

В целях предупреждения атрофии мышц и улучшения регионарной гемодинамики поврежденной конечности, применяют:

- изометрическое напряжение мышц плеча и предплечья, интенсивность напряжений увеличивают постепенно, длительность 5-7 секунд, количество повторений 8-10 за одно занятие;
- активные многократные сгибания и разгибания пальцев рук, а так же упражнения тренирующие периферическое кровообращение (опускание с последующим приданием возвышенного положения поврежденной конечности);
- идеомоторным упражнениям уделяют особое внимание, как методу сохранения двигательного динамического стереотипа, которые служат профилактике тугоподвижности в суставах. Особенно эффективными являются воображаемые движения, когда мысленно воспроизводится конкретный двигательный акт с давно выработанным динамическим стереотипом. Эффект оказывается значительно большим, если параллельно с воображаемыми, это движение реально воспроизводится симметричной здоровой конечностью. За одно занятие выполняют 12-14 идеомоторных движений.

Рекомендации: Проведение иммобилизации сроком 3-4 недель.

**Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:**

- устранение боли;
- восстановление двигательной функции плечевого сустава.
- Индекс Бартела – выше 85 баллов;

- MRC- scale – более 3 баллов;
- Индекс Карновского – 80 баллов;
- Гониометрия – менее 80% от нормы.

### **Показания для госпитализации**

**Показания для экстренной госпитализации - нет.**

### **Показания для плановой госпитализации:**

- Полный и частичный разрыв ротаторной манжеты плеча;
- Псевдопаралич (синдром «падающей руки» и «болезненной дуги»);
- Посттравматическая дистрофия руки.

## **Список литературы**

- 1) Травматология и ортопедия. Корнилов Н.В. – СПб.: Гиппократ, 2001. – 408 с.
- 2) Травматология и ортопедия: Руководство для врачей / под ред. Н.В.Корнилова: в 4 томах. – СПб.: Гиппократ, 2004. – Т. 1:
- 3) Травма. В 3-х т. Т 2. / Дэвид В. Феличано, Кеннэт Л. Маттокс, Эрнест Е. Мур / пер. с англ.; под. ред. Л.А.Якимова, Н.Л.Матвеева – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011.
- 4) Штробель М. Руководство по артроскопической хирургии: в 2 томах / Пер с англ. Под ред. А.В.Королева. – М.:Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011.