

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

Зав.кафедры д.м.н., доц.: Шнякин П.Г

Реферат

«Нарушение целостности вращательной манжеты плеча»

Выполнил: ординатор
кафедры травматологии,
ортопедии и нейрохирургии с
курсом ПО Ашаткин Д.Д.

Красноярск, 2021

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.**

Определение

Повреждение вращательной манжеты плеча — рецидивирующие, неоднократные вывихи головки плечевой кости, возникающие в связи с повреждением суставной губы (Bankart) или дефекта головки плеча (Хилл-Сакса)

Клиническая классификация повреждений вращательной манжеты плеча

По этиологии:

- Травматический — вследствие острой травмы сустава;
- Нетравматический — вследствие дегенеративно-дистрофических поражений внутрисуставных структур;

Типы повреждений:

- Тип А – внесуставной разрыв;
- Тип В – внутрисуставной разрыв.

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-лактамны 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 также 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 недели.

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.