

ЗАСТОСУВАННЯ АРТРОСКОПІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З МАСИВНИМИ УШКОДЖЕННЯМИ СУХОЖИЛКА НАДОСТЬОВОГО М'ЯЗА ПЛЕЧА

*С.С. Страфун, Р.О. Сергієнко,
О.С. Страфун, О.В. Долгополов*

**ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»
Київ, Україна**

Розриви сухожилків ротаційної манжети плечового суглоба, а особливо надостьового м'яза — актуальна проблема травматології, що особливо часто зустрічається у пацієнтів вікової групи після 50 років.

Метою дослідження було на основі застосування малоінвазивних артроскопічних технологій поліпшити результати лікування хворих з масивними розривами сухожилка надостьового м'яза плечового суглоба.

З 2005 до 2012 р. у відділенні Мікрохірургії та реконструктивної хірургії верхньої кінцівки ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» було виконано 117 артроскопічних втручань у хворих з розривами роторної манжети плечового суглоба різного ступеня тяжкості. 72% пацієнтів мали великі повношарові розриви сухожилка надостьового м'яза плеча. Серед прооперованих була 21 (25%) жінка та 63 (75%) чоловіків. Середній вік хворих становив 53,12 року.

Усі пацієнти пройшли комплексне обстеження перед оперативним втручанням, що включало клінічне обстеження, рентгенографію, УЗД та МРТ. Функція травмованої верхньої кінцівки за шкалою Константа перед оперативним втручанням у середньому становила 24,8 бала.

Артроскопічний шов ротаторної манжети виконували у хворих у терміни 2-4 місяці після травми.

Оперативне втручання включало декілька етапів. На підготовчому етапі ідентифікували ушкодження ротаторної манжети, проводили дебридмент її кукси, видаляли субакроміальну сумку, а також у залежності від стану сухожилка довгої голівки двоголового м'яза

плеча виконували його тенодез, тенотомію чи дебридмент. При виявленні гачкоподібної форми акроміального виростка лопатки (II, III тип згідно з класифікацією Бігліані) за допомогою артроскопічного бура здійснювали акроміопластику. Після чого виконували безпосередньо шов ротаторної манжети плечового суглоба.

У подальшому виконували іммобілізацію верхньої кінцівки на спеціальній шині з відведенням плеча близько 20 градусів протягом 6 тижнів. Після закінчення іммобілізаційного періоду розпочинали курс реабілітаційних заходів, що були скеровані на розробку рухів у плечовому суглобі під контролем методиста з лікувальної фізкультури.

При оцінці функції верхньої кінцівки за шкалою Константа через 3, 6 та 12 місяців після оперативного втручання ми спостерігали прогресивне зростання функції плечового суглоба. Через 1 рік після оперативного втручання нами у 51 хворого (61%) було отримано відмінні, у 26 хворих (31%) та 7 хворих (8%) — задовільні результати лікування. Функція верхньої кінцівки за шкалою Константа в середньому становила 89,2 бала.