

ЕФЕКТИВНІСТЬ ОПЕРАЦІЇ ЛАТАРЖЕ ПРИ ЗВИЧНОМУ ЗВИХУ ПЛЕЧА

Патологія суглобового відростка лопатки є основною причиною незадовільних результатів лікування пацієнтів з звичним вивихом плеча при використанні артроскопічної методики стабілізації суглоба за Банкарту. На основі аналізу літератури, проведеного обстеження і лікування 26 хворих з звичним вивихом плеча вивчена ефективність операції Латарже при реалізованій нестабільності плечового суглоба.

Ключові слова: звичний вивих, суглобової відросток лопатки, критичний дефект, операція Латарже

Вступ

Здавалося, що бурхливий розвиток артроскопічних методик стабілізації плечового суглоба вирішить проблему реалізованої нестабільності, але останні дослідження показують на вищий рівень виникнення рецидивів в порівнянні з класичними відкритими методиками [1]. Однією з причин, що приводить до рецидивів після артроскопічних методик стабілізації плечового суглоба є «кісткова патологія», а саме: імпресійні переломи головки плечової кістки (пошкодження Hill-Sachs), переломи та дефекти суглобового відростку лопатки та їх поєднання. Пошкодження суглобового відростку лопатки є найбільш частою причиною «кісткової» нестабільності плечового суглоба. [2]. Для усунення патології суглобового відростку лопатки використовуються відкриті та артроскопічні методики. Однією з найбільш популярних методик є операція Латарже, вперше описана в 1954 році [5]. Суть даного оперативного втручання полягає в відсіченні клювовидного відростку та його переміщенні в зону дефекту суглобового відростку лопатки разом з прикріпленими до нього сухожилками. Позитивний ефект операції пояснюється наступними факторами: відновленням кісткової архітектури краю суглобового відростку лопатки, що попереджає «провалювання» голівки плечової кістки при наявності пошкодження Hill-Sachs, т. Согосobrachialis після переміщення перетворюється на динамічний стабілізатор нижнього відділу капсули плечового суглоба [3].

Мета роботи: вивчити ефективність операції Латарже при звичному звиху плеча, що обумовлений дефектом суглобового відростку лопатки.

Матеріали та методи

За період 2007-2010 роки в умовах 9 клініки ІТО АМНУ операцію Латарже було виконано 26 пацієнтам з реалізованою нестабільністю плечо-

вого суглоба. Серед них у 20 випадках (76,9%) проводилася первинна стабілізація плечового суглоба, у 5 пацієнтів (19,2%) виник рецидив реалізованої нестабільності плечового суглоба після артроскопічної методики по Банкарту та в 1 випадку (3,8%) рецидив наступив після відкритої пластики капсули плечового суглоба по Путті-Плат.

Діагноз встановлювався на основі анамнезу захворювання, клінічного обстеження та інструментальних методів обстеження (рентгенографія, УЗО, МРТ). Рентгенографія проводилася в трьох проекціях: передній, боковій та аксіальній. На рентгенограмах оцінювали наявність, локалізацію та розміри дефекту суглобового відростку лопатки, а також наявність та розміри імпресійного дефекту голівки плечової кістки.

Показанням до виконання операції Латарже був виявлений при МРТ дефект суглобового відростку лопатки, що перевищував 20% його загальної площі та рецидив реалізованої нестабільності плечового суглоба після м'якотканиних стабілізуючих операцій при наявності дефекту суглобового відростку лопатки.

При ультразвуковому обстеженні плечового суглоба вивчали цілісність ротаторної манжети плеча, наявність та розміри пошкодження Hill-Sachs. Магнітно-резонансна томографія плечового суглоба виконувалася в кососагітальній та коронарній проекціях (зрізах). МРТ дозволяла встановити розміри та локалізацію дефекту суглобового відростку лопатки, голівки плечової кістки, цілісність labrum glenoidale та ротаторної манжети плеча. На основі клінічного обстеження (драйвер тести, симптом «очікування звиху», sulcus sign...) визначали тип нестабільності плечового суглоба. В усіх пацієнтів спостерігалася передня або передньо-нижня нестабільність плечового суглоба. Генералізованої нестабільності суглобів серед даної групи пацієнтів виявлено не було.

Результати лікування оцінювали за шкалою Constant and Murley [7]. Нами було обрано саме цю шкалу у зв'язку з тим, що вона відображає функцію плечового суглоба в більшій мірі ніж інші існуючі шкали, які оцінюють переважно стабільність плечового суглоба (Rowe ...). Це є бальна шкала, яка характеризує больовий синдром, амплітуду рухів в плечовому суглобі, здатність виконувати фізичні вправи.

Розподіл пацієнтів по віку та статі показано в табл. №1. Серед прооперованих чоловіків було 22, що становить 84,6%, жінок 4 (15,4 %). Середній вік пацієнтів склав 30,8 (з коливанням від 18 до 61). В 24 випадках враженою була домінуюча верхня кінцівка (92,3% пацієнтів).

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за віком і статтю

Стать	Вік в роках						Всього	
	До 20	21-30	31-40	41-50	51-60	>60	Абс. к	%
Чоловіки	2	8	7	4	-	1	22	84,6
Жінки	-	1	2	1	-	-	4	15,4
всього								
Абс.	2	9	9	5	-	1	26	
%	7,7	34,6	34,6	19,2	-	3,9		100

Супутніми морфологічними пошкодженнями були: імпресійні переломи задньо-зовнішньої поверхні голівки плечової кістки в 14 випадках (53,8%), пошкодження ротаторної манжети ураженого плечового суглоба – у 2 пацієнтів (7,7%). Розміри дефекту імпресійного перелому голівки плечової кістки не перевищували 12% її загальної площі. «Психологічне» обмеження зовнішньої ротації спостерігалось в 15 випадках (61,5%). Розподіл пацієнтів в залежності від кількості звихів показаний в таблиці 2.

Таблиця 2

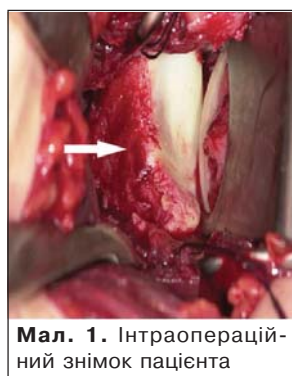
Розподіл пацієнтів в залежності від кількості звихів

Кількість звихів	Кількість хворих	
	Абсолютна кількість	У відсотках
1-3	-	
4-10	4	15,4
11-29	13	50
Більше 30	9	34,6
Всього	26	100

Результати та їх обговорення

Контрольний огляд пацієнтів проводився не менше ніж через 1 рік після виконання операції Латарже. У тих випадках, коли пацієнти не змогли з'явитися на контрольний огляд проведено їх анкетування (8 пацієнтів, що становить 30,8%).

Як бачимо серед прооперованих за методикою Латарже переважна більшість є чоловіками (84,6%). Пояснити це можна характером первинної травми, яка в більшості випадків була високоенергетичною або виникала під час заняття контактними видами спорту. В 5 випадках (19,2%) первинна травма



Мал. 1. Інтраопераційний знімок пацієнта

виникла в результаті прямого удару по плечовому суглобі. Первинний травматичний звих при цьому не наступав. При аналізі віку пацієнтів видно, що 16 пацієнтів (61,5%) були старшими за 30 років, що співпадає з літературними даними про вікові аспекти пошкодження стабілізуючих структур плечового суглоба [8].



Мал. 2. Схематичне зображення із «критичним» дефектом суглобового відростку лопатки. методики Латарже.

Кількість звихів в 22 хворих (84,6%) перевищувала 10. Тобто стан м'якотканних структур плечового суглоба також є порушеним. Саме з таких міркувань М. Yoneda з співавторами [9] запропонували комбінацію операції Банкарта з транспозицією клювовидного відростку лопатки при реалізованій нестабільності плечового суглоба для спортсменів, що займаються контактними видами спорту. 88% пацієнтів прооперованих за вказаною технологією змогли продовжити заняття спортом на професійному рівні. Можливо, дана методика повинна застосовуватися у пацієнтів з поліморфним пошкодженням стабілізуючих структур плечового суглоба.

Згідно оцінки стану плечового суглоба за шкалою Constant and Murley [7] отримано такі результати: в 3 пацієнтів (11,5%) результати були оцінені як задовільні, у всіх інших пацієнтів (23, що становить 88,5% випадків) результати були добрими та відмінними. Інфекційних ускладнень, пошкодження п. axillaris в ранньому та відділених післяопераційних періодах виявлено не було. В жодному випадку з моменту операції до повторного огляду (анкетування) не спостерігалися рецидиви звихів. 1 пацієнт (3,8%) відмічав періодичне відчуття нестабільності плечового суглоба при крайніх положеннях відведення та зовнішньої ротації враженої верхньої кінцівки. Однак симптом Хитрова та симптом «видвижної шухляди» в даного пацієнта були негативними. У 5 пацієнтів біль незначної інтенсивності виникав при виконанні фізичних вправ (19,2%) та в 18 випадках (69,3%) больовий синдром був відсутній. Амплітуда рухів в плечовому суглобі була наступною: зовнішня ротація верхньої кінцівки в плечовому суглобі в середньому була на 22° меншою в порівнянні з інтактною кінцівкою. В 5 випадках, коли підлопатковий м'яз було прошито

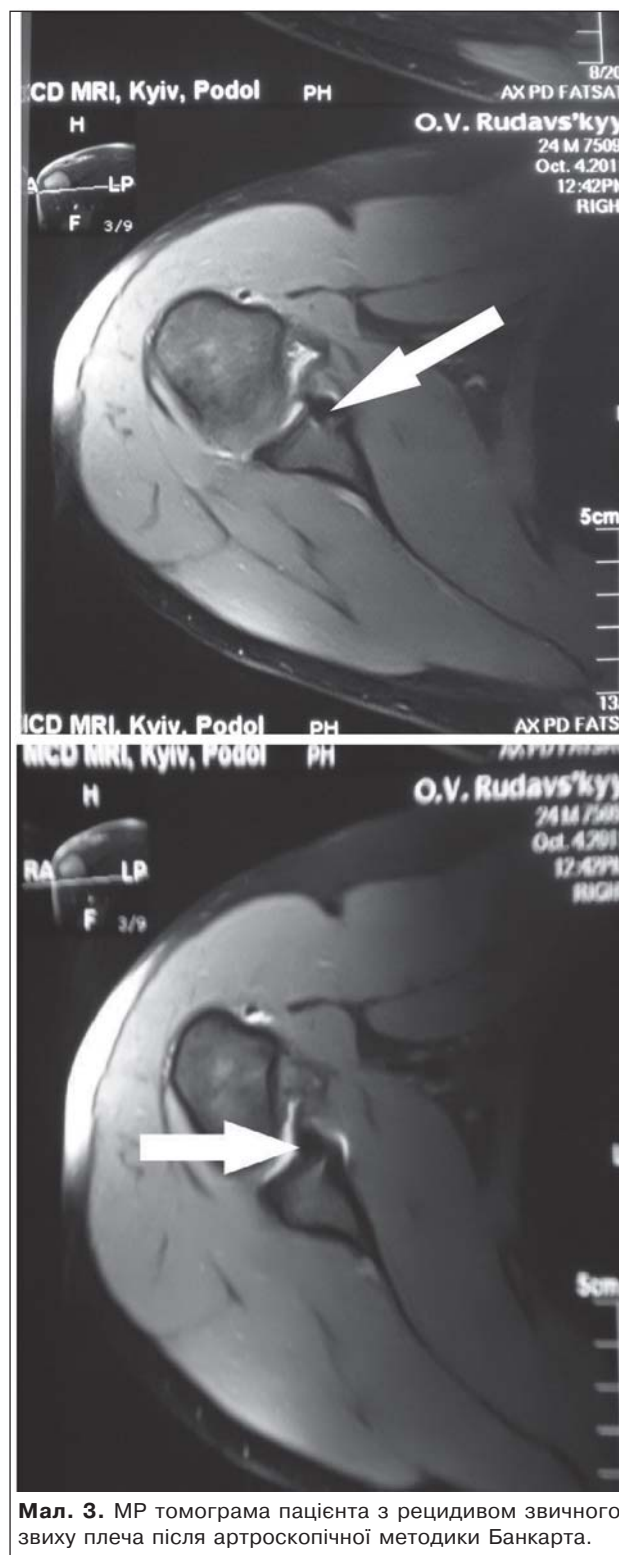
з вкороченням обмеження зовнішньої ротації досягало 30°. Внутрішня ротація була обмеженою в 8 пацієнтів, що становить 30,8% всіх випадків. 13 пацієнтів (50%) повністю змогли повернутися до активного способу життя.

Аналіз випадків рецидивів звичного звиху плеча після артроскопічної стабілізації плечового суглоба за методикою Банкарта виявив неадекватне передопераційне обстеження у даних пацієнтів. Жодному з вказаних пацієнтів не проводилося МРТ або КТ плечового суглоба. Це підтверджує той факт, що характер та ступінь пошкодження анатомічних структур плечового суглоба повинен визначати метод оперативного лікування.

На малюнку 3 зображено томограми пацієнта з звичним звихом плеча після неефективної артроскопічної стабілізації плечового суглоба по Банкарту. На МРТ видно дефект суглобового відростку лопатки, що перевищує 20% всієї площі суглобового відростку лопатки та фіксатори, що було встановлено під час артроскопії.

У всіх пацієнтів з рецидивом реалізованої нестабільності плечового суглоба розмір дефекту суглобового відростку лопатки перевищував 1/5 від його площі. Даний дефект згідно наших спостережень, останніх патоморфологічних та біомеханічних досліджень можна вважати «критичним».

Патологія суглобового відростку лопатки присутня у більшості пацієнтів із реалізованою нестабільністю плечового суглоба, особливо при значній кількості звихів. Але не завжди дефект суглобового відростку лопатки є провідним морфологічним субстратом нестабільності плечового суглоба. Було проведено невелику кількість патоморфологічних досліджень для виявлення «критичного» дефекту суглобового відростку лопатки. Значний кістковий дефект суглобового відростку лопатки обмежує ефективність артроскопічного лікування посттравматичної реалізованої нестабільності плечового суглоба. Встановлено, що дефект суглобового відростку лопатки є причиною нестабільності при рухах середньої амплітуди, коли м'якотканинні структури плечового суглоба є розслабленими та не виконують функцію динамічного стабілізатора. Тому при проведенні патоморфологічних обстежень з метою визначення «критичного рівня» дефекту суглобового відростку лопатки видалялися всі м'якотканинні структури плечового суглоба. «Критичний розмір» дефекту, при якому артроскопічна операція Банкарта є неефективною, вивчався Itoe [4] та в середньому становив 6,8 мм або 21% площі суглобового відростку лопатки. Інші дослідження вказують на варіювання даного дефекту від 20 до 30%. При дефектах вказаних розмірів спостерігається звих або підзвих голівки плечової кістки при



Мал. 3. МР томограма пацієнта з рецидивом звичного звиху плеча після артроскопічної методики Банкарта.

відведенні та зовнішній ротації верхньої кінцівки. При відсутності корекції «критичного» дефекту суглобового відростку лопатки рівень виникнення релюксацій після артроскопічної операції Банкарта коливається від 56% до 67%.

У вітчизняній та іноземній літературі практично відсутні дані про ефективність операції Латарже при поєднанні дефекту суглобового відростку лопатки та пошкодження Hill-Sachs значних розмірів.

У своїй статті Wellman [6] з співавторами порівнювали ефективність операції Латарже та кісткової пластики з використанням трансплантатів різної локалізації при реалізованій нестабільності плечового суглоба, обумовленій наявністю «критичного дефекту» суглобового відростку лопатки. Встановлено, що будучи неанатомічним варіантом стабілізації плечового суглоба, операція Латарже має кращі функціональні результати та показники стабільності в порівнянні з кістковою пластикою.

Висновки

1. Операція Латарже є раціональним способом стабілізації плечового суглоба при реалізованій нестабільності, яка обумовлена дефектом суглобового відростку лопатки з позитивним результатом у 89% випадків;
2. Причиною рецидивів звичного звиху плеча після артроскопічної та відкритої методики Банкарта в наших пацієнтів було неповноцінне передопераційне обстеження та невиявлення дефекту суглобового відростку лопатки;
3. Обмеження зовнішньої ротації верхньої кінцівки в плечовому суглобі після виконання операції Латарже становить в середньому $22^{\circ} \pm 7,1^{\circ}$;
4. Ефективність операції Латарже при поєднанні дефекту суглобового відростку лопатки та пошкодження Hill-Sachs значних розмірів потребує подальшого біомеханічного та клінічного вивчення.

Література

1. K. Freedman, A.P. Smith, A.A. Romeo, B.J. Cole, B.R. Bach. Open Bankart repair versus arthroscopic repair with transglenoid sutures or bioabsorbable tacks for recurrent anterior instability of the shoulder: a meta-analysis/ Am J Sports Med 2004 32: 1520
2. Chen AL, Hunt SA, Hawkins RJ, Zuckerman JD. Management of bone loss associated with recurrent anterior glenohumeral instability. Am J Sports Med 2005; 33: 912-925.
3. Lafosse L, Lejeune E, Bouchard A, Kakuda C, Gobezie R, Kochhar T. The arthroscopic Latarjet procedure for

the treatment of anterior shoulder instability. Arthroscopy 2007; 23: 1242.e1-1242.e5

4. Itoi E, Lee SB, Berglund LG, Berge LL, An Kn. The effect of a glenoid defect on anteroinferior stability of the shoulder after Bankart repair: a cadaveric study. J Bone Joint Surg Am. 2000;82:35-46.
5. Latarjet M. Treatment of recurrent dislocation of the shoulder [in French]. Lyon Chir. 1954;49:994-997.
6. M. Wellman, W. Petersen, T. Zantop, M. Herbort, P. Kobbe, M. Raschke, C. Hurschler. Open shoulder repair of osseous glenoid defects: biomechanical effectiveness of Latarjet procedure versus a contoured structural bone graft. Am J Sport Med 2009;39:87-94.
7. Constant, C.R, Murley A.H.: A clinical method of functional assessment of the shoulder. Clin. Orthop., 214: 160-164, 1987.
8. И.П. Чабаненко. Возрастные аспекты поврежденных стабилизирующих структур при травматической нестабильности плечевого сустава. //Травма.- 2008.- Т.9, №4.-С.434-436
9. M. Yoneda, K. Hayashida, S. Wakitani, S. Nakagawa, S. Fukushima. Bankart procedure augmented by coracoid transfer for contact athletes with traumatic anterior shoulder instability. Am J Sport Med 1999; 27:21-26.

Страфун С.С., Сергиенко Р.О., Гомонай И.В.

Эффективность операции Латарже при привычном вывихе плеча

Патология суставного отростка лопатки является основной причиной неудовлетворительных результатов лечения пациентов с привычным вывихом плеча при использовании артроскопической методики стабилизации сустава по Банкарту. На основе анализа литературы, проведенного обследования и лечения 26 больных с привычным вывихом плеча выучена эффективность операции Латарже при реализованной нестабильности плечевого сустава.

Ключевые слова: привычный вывих, суставной отросток лопатки, критический дефект, операция Латарже

S. Strafun, R. Sergienko, I. Homonay

The effectiveness of Latarzhe procedure at recurrent instability of the shoulder

Pathology of the glenoid is a major cause of poor results in patients with recurrent dislocation of the shoulder using arthroscopic techniques for joint stabilization Bankarta. Based on the literature review, survey and treatment of 26 patients with recurrent dislocation of the shoulder learned the effectiveness of Latarzhe procedure at recurrent instability of the shoulder.

Keywords: habitual dislocation, articular process scapula, a critical defect, surgery Latarzhe