

ВИДЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОСТНЫХ СТРУКТУР ПРИ ПЕРЕДНЕМ НИЖНЕМ ВЫВИХЕ ГОЛОВКИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Вывих головки плечевой кости является тяжелой высокоэнергетической травмой. В результате воздействия травмирующего фактора головка плечевой кости смещается кпереди от суставной поверхности лопатки и тесно взаимодействует с передним краем гленоида лопатки, что приводит к повреждению головки плечевой кости (импрессионный перелом, повреждение Хилл–Сакса) и повреждению переднего отдела гленоида лопатки (по типу отрывного перелома или резорбции костной ткани).

Повреждение по типу Хилл–Сакса

Повреждение Хилл–Сакса является импрессионным переломом задне-латерального отдела головки плечевой кости, который происходит при переднем вывихе головки плечевой кости в 40–90% случаев и может достигать 100% при рецидивирующей нестабильности [16, 48]. Повреждение было описано в 1940 г. Hill H.A. и Sachs M.D. [27] (рис. 2).

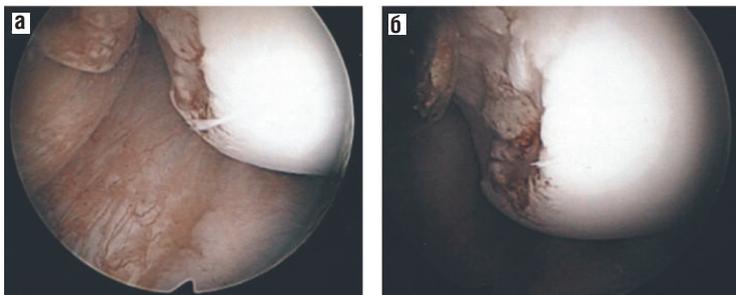


Рис. 2. Артроскопическая картина повреждения Хилл–Сакса головки плечевой кости

Описан также реверсивный тип повреждения Хилл–Сакса, что встречается при заднем вывихе головки плечевой кости [44]. Импрессия развивается вследствие жесткого контакта относительно мягкой губчатой кости головки плечевой кости с плотной кортикальной костью переднего отдела гленоида лопатки во время вывиха головки плечевой кости из суставной впадины лопатки [11] (рис. 3).

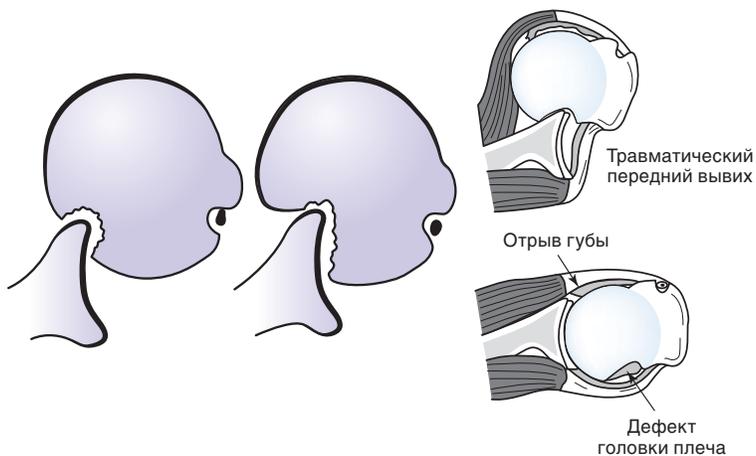


Рис. 3. Схематичное изображение механизма формирования повреждения Хилл–Сакса

Выделяют вовлекающий и невовлекающий тип повреждения Хилл–Сакса. При вовлекающем типе повреждения борозда импрессии головки параллельна краю гленоида лопатки при отведении (90°) и наружной ротации руки (до 135°), что приводит к их конгруэнтному взаимодействию. При невовлекающем типе повреждения борозда на головке плечевой кости при отведении и наружной ротации руки не параллельна краю гленоида, что исключает возможность такого взаимодействия (рис. 4). Вовлекающий механизм менее благоприятен и способствует развитию рецидивирующей нестабильности [46].

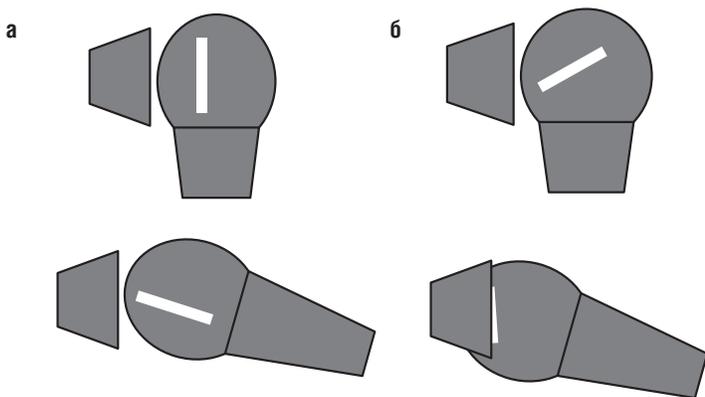


Рис. 4. Невовлекающий (а) и вовлекающий (б) типы повреждения Хилл–Сакса

Дефицит костной ткани гленоида — *bone-loss*

При переднем вывихе головки плечевой кости происходит травматизация переднего отдела гленоида, что может привести к его перелому или резорбции костной ткани — *bone-loss* [20]. При первичном травматическом вывихе головки потеря костной ткани гленоида наблюдается в 22% случаев [48]. При рецидивирующей нестабильности частота формирования дефекта может достигать 90% случаев [36], а в случаях неудачи оперативного лечения дефицит встречается в 89% [46]. Вывих головки плеча может привести или к отрыву части костно-хрящевого отдела гленоида, с возможностью последующей рефиксации, или привести к рассасыванию части суставной поверхности лопатки (*bone-loss*) [47] (рис. 5).

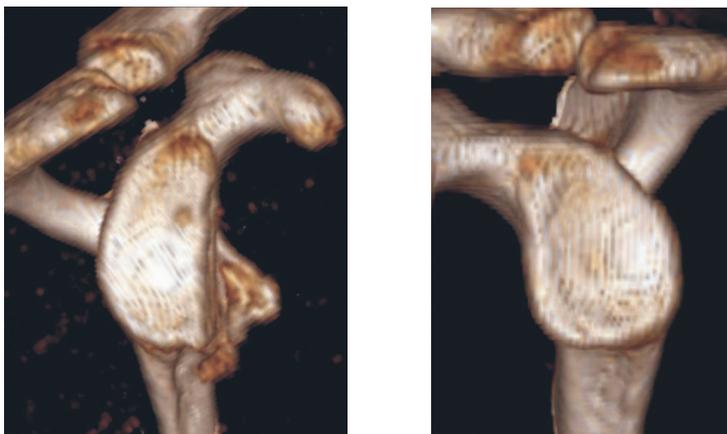


Рис. 5. Сравнительная 3D-КТ реконструкция, демонстрирующая дефицит гленоида лопатки по сравнению со здоровой стороной

Уменьшение переднезаднего расстояния гленоида вызывает уменьшение суставной арки, емкости и глубины суставного отростка лопатки, что снижает устойчивость гленоида к аксиальной нагрузке и увеличивает риск развития передней нестабильности [46].

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРИВЫЧНЫМ ВЫВИХОМ ПЛЕЧА

Анамнез, клинический осмотр

Клиническое обследование каждого пациента включает в себя: тщательный сбор анамнеза путем опроса, пальпация плечевого сустава, определение объема пассивных и активных движений в плечевом суставе (сгибание, отведение, наружная и внутренняя ротация), наличие и степень выраженности болевого синдрома при активных и пассивных движениях, во время занятий спортом и в быту. Осуществляется проведение специфических тестов для определения нестабильности в плечевом суставе: тест предчувствия вывиха (рис. 6), тест устранения предчувствия вывиха (рис. 7), тест переднего «выдвижного ящика»



Рис. 6. Тест предчувствия вывиха при отведении руки 45° и 90°



Рис. 7. Тест устранения предчувствия вывиха

(рис. 8), симптом борозды, тест смещения и нагрузки. Тест предчувствия вывиха определяется в лежачем или сидячем положении пациента в расслабленном состоянии. Тестируемая рука отводится, и производится наружная ротация. В случае появления у пациента дискомфорта, страха вывиха, неуверенности в плечевом суставе — тест считается положительным. При надавливании рукой на передний отдел плечевого сустава ощущение страха вывиха, как правило, исчезает — тогда считается положительным тест устранения предчувствия вывиха.



Рис. 8. Проведение теста переднего «выдвижного ящика» у пациента под наркозом