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

[КАФЕДРА ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ С КУРСОМ ПО](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=dept&id=311)

РЕФЕРАТ

«ПОВРЕЖДЕНИЕ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА»

Выполнила:

ординатор

кафедры травматологии,

 ортопедии и нейрохирургии

с курсом ПО

Панкратьева М.В.

КРАСНОЯРСК, 2019г

***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 b-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.