

1. Скобелкин О. К., Брехов Е. И., Давыдов В. Н. и др. Хирургия, 1978, 8, с. 151.  
 2. Плетнев С. Д. Лазеры в клинической медицине. М., 1981. 3. Александров М. Т., Прохончуков А. А. В кн.: Лазеры в клинической медицине. М., 1981. 4. Александров М. Т., Федоров А. С., Баграгов Р. И. и др. В кн.: Лазеры в медицине (обзоры по электронной технике). М., 1987, с. 50.

УДК 616.717—001.6

В. Ф. Прозоровский, А. Д. Геворкян

### КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ПРИВЫЧНЫМ ВЫВИХОМ ПЛЕЧА

Среди различных видов нестабильности на уровне плечевого сустава одно из первых мест занимает привычный вывих плеча. Причину этого вида нестабильности многие авторы связывают с травматическим вывихом плеча (2—60%) [1, 2, 12]. При этом чаще всего имеют место тяжелые внутрисуставные повреждения: разрывы хрящевого валика [8, 9, 11] или капсулы сустава [4, 5], повреждение связок, переломы суставного края лопатки, компрессионные переломы головки плечевой кости [7, 10]. Большинство отечественных авторов придерживаются теории нарушения мышечного равновесия в области плечевого сустава как главной причины вывиха плеча [3, 5, 6].

Наше сообщение основано на изучении клинической картины 117 больных с привычным вывихом плеча. Из них передние вывихи были выявлены у 112 и лишь у 5 имела место клиника заднего вывиха. Подавляющее число больных были мужчины в возрасте от 20 до 50 лет. У 7 пострадавших имели место двусторонние вывихи. Давность заболевания у больных составила от года до 15 лет, сроки между первым и повторным вывихами—от 3 дней до 2 лет. У подавляющего большинства этот срок колебался от 6 месяцев до года.

В анамнезе все больные указывали на прямую связь заболевания с перенесенной травмой—травматическим вывихом. При этом отмечено, что вправление вывиха у 15 больных производилось на месте происшествия, у 6 вывих был вправлен через сутки и более с момента травмы. Иммобилизация после вправления осуществлялась повязкой Дезо в течение 5 дней у 18 больных, 2 недель—у 32, 4 недель—у 52, и у 13 пострадавших иммобилизация проводилась в течение 5—6 недель. У этих больных вывих сопровождался переломом большого бугорка плечевой кости. Только у 2 больных иммобилизация после вправления не проводилась.

Если первые рецидивы вывиха наступали при наличии насильственного момента, то в последующем вывих происходил при неосторожном движении конечности в сторону, отведении или разгибании, иногда вывих наступал во время сна. Самовправление вывиха было зафиксировано у 27 пострадавших. Боли, наличие хруста в суставе, особенно при ротационных движениях, были отмечены у 37

больных. Атрофия мышц плечевого пояса на стороне вывиха была обнаружена у 57 больных. Выявлено снижение силы мышц плечевого пояса и всей конечности как результат ограничения функции. Были установлены характерные клинические симптомы для привычного вывиха плеча: Вайнштейна—32, Бабича—19, Голяховского—9, Степанова—5. Клиническая симптоматика находилась в прямой зависимости от числа вывихов и давности заболевания.

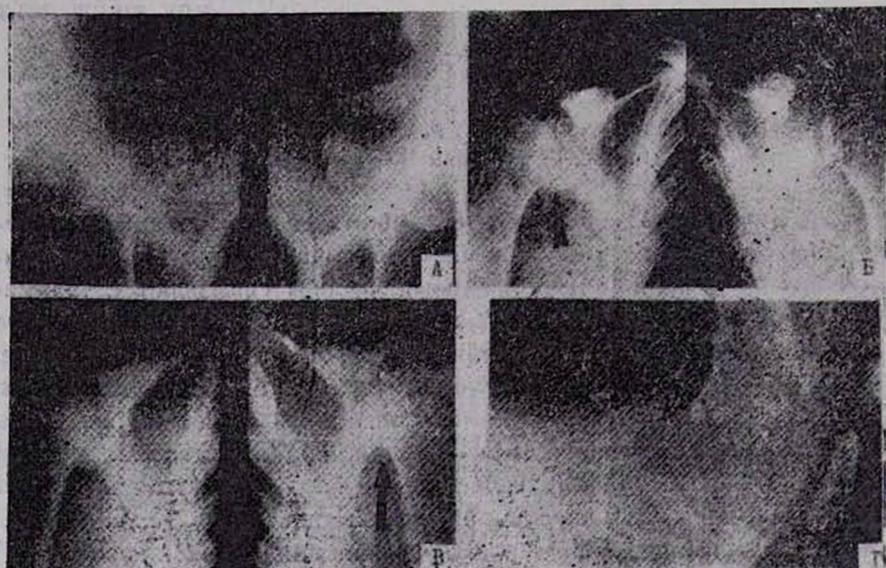


Рис. А. Компрессионный перелом заднебоковой части головки правой плечевой кости. Б. Отрывной перелом передненижнего края суставной впадины лопатки. В. Сглаженность передненижнего края суставной впадины лопатки слева. Г. Отрывной перелом задней части головки левой плечевой кости.

При рентгенологическом обследовании плечевых суставов в обычных проекциях (переднезадняя и аксилярно) каких-либо характерных признаков для привычного вывиха плеча не выявлено. У 16 больных произведено рентгенологическое обследование обоих плечевых суставов в пяти проекциях по разработанной нами методике, что дало возможность обнаружить следующие изменения: компрессионный перелом заднебоковой части головки плеча (повреждение Хилла—Саха, 9 больных, рис. А), отрывной перелом передненижнего края суставной впадины лопатки (4 больных, рис. Б), перелом задней части плечевой кости (1 больной, рис. Г).

Из числа наблюдаемых нами больных у 50 выполнены оперативные вмешательства, сопряженные с артротомией плечевого сустава. При этом нами были обнаружены различные повреждения, характер и количество которых представлены в таблице.

По нашим наблюдениям клиника заболевания находилась в прямой зависимости от тяжести повреждений, обнаруженных в плечевых суставах у больных с привычным вывихом плеча. Мы считаем, что в патогенезе данного заболевания главную роль играют внутрисустав-

Вид повреждений	Число	%
Увеличение объема сустава и уменьшение толщины капсулы	18	36
Разрывы капсулы сустава по передней и передненижней поверхности	6	12
Отрыв капсулы от шейки лопатки	16	32
Увеличение объема передненижнего синуса капсулы сустава	18	36
Рубцовые изменения капсулы, спайки	8	16
Повреждение хрящевого валика		
а/отрыв хрящевого валика от передненижнего края суставной впадины лопатки	42	84
б/отрыв хрящевого валика типа «ручки лейки	13	
в/отрыв хрящевого валика от передневерхнего края	7	
г/поперечные разрывы	3	
д/частичная или полная эрозия хрящевого валика	16	
Краевое разрушение покровного хряща суставной впадины лопатки	16	32
Свободные тела в суставе костно-хрящевого характера	4	8
Неправильно сросшийся перелом передне-нижнего края впадины лопатки	8	16
Отрывной перелом заднебоковой части головки плечевой кости	1	2

ные повреждения, возникающие во время первого травматического вывиха. Лечение привычного вывиха плеча должно быть направлено на восстановление анатомических структур в плечевом суставе.

Украинский ИУВ

Поступила 19/XII 1989 г.

Վ. Ֆ. Պրոզորովսկի, Ա. Ջ. Գևորգյան

ՈՒՍԱՀՈՒԻ ՍՈՎՈՐՈՒՅԹԱՑԻՆ ՀՈՒԱԽԱՆՏՈՎ ՀԻՎԱԵՆՆԵՐԻ ԿԻՆԻԿԱԿԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

Ամփոփված են ուսահողի սովորույթային հողախախտով 117 հիվանդների կլինիկական համալիր հետազոտության ու բուժման տվյալները, որոնցից 50-ի մոտ կատարվել է արթրոտոմիա: Պարզաբանված է, որ հիվանդության կլինիկական ընթացքը պայմանավորված է առաջնային հողախախտի ժամանակ առաջացած ներհողային անատոմիական կառուցվածքների վնասվածության աստիճանով:

Վիրահատական բուժման հիմնական սկզբունքն է վնասված հողի ձևաբանական կառուցվածքների վերականգնումը:

V. F. Prozorovski, A. J. Gevorkian

### The Clinical Characteristics of Patients with Habitual Dislocation of the Arm

The authors have established that the clinical picture of the disease directly depends on the gravity of intraarticular affections, appeared during the first traumatic dislocation.

The anatomical reduction of these structures must be the main principle of the surgical treatment of patients with habitual dislocation.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бабич Б. К. Ортопед. и травматол., 1931, 4, с. 29. 2. Вайнштейн В. Г. Вестн. хир., 1946, 66, 2, с. 57. 3. Гиммельфарб А. Л., Янковская А. Н. ОТП, 1970, 5, с. 61. 4. Крупко И. Л. ОТП, 1959, 6, с. 32. 5. Розенштейн Б. С. Автореф. дис. канд. Свердловск, 1964. 6. Штутин А. Я. В кн.: Актуальные вопросы ортопедии и травматологии. Киев, 1970, с. 266. 7. Adams J. C. Brit. J. Radiol., 1950, 23, 151. 8. Bankart A. C. B. Brit. Med. J., 1923, 2, 1132. 9. Bankart A. C. B. Brit. J. Surg., 1938, 26, 23. 10. Hill H. A., Sachs M. D. Radiol., 1940, 35, 690. 11. Perthes G. Deutsche Zeitschr. Chir., 1906, 85, 199. 12. Rowe C. R. J. Bone Joint Surg., 1956, 38—A, 957.

УДК 617.58—007.21—053.2:550.348.436

С. Г. Карапетян, А. Б. Геворгян, А. С. Тумян, Э. А. Аюпян, Ж. Н. Нерсесян

### ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТРАВМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ МАССОВОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОСЛЕ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЯ

В травматологическое отделение IV детской клинической больницы в период с 7 по 17.12.88 г. в результате землетрясения поступило 308 детей с травмами конечностей разных видов и локализаций (табл. 1).

Таблица 1

Распределение травм по виду и локализации

Вид травмы	Локализация						
	плечо	предпл.	бедро	голень	стопа	кисть	ключица
Ушиб	3	—	31	3	4	2	—
Раны	2	5	10	2	6	—	—
Закрытый перелом	9	14	42	18	—	—	4
Открытый перелом СДС	3	1	13	6	—	—	—
а. легкой степени	18	6	18	49	—	—	—
б. средней " "	12	2	37	29	6	3	—
в. тяжелой " "	—	—	—	23	6	—	—
Ампутация сегмента конечности	—	2	3	2	—	—	—
Газовая гангрена	—	—	—	1	—	—	—

Из табл. 1 видно, что на 308 больных, находившихся на стационарном лечении, приходилось 395 видов травм разной локализации, из коих наибольшую группу составили поражения нижних конечностей (310), а по виду травмы—СДС разных степеней (209). В 63 случаях переломы костей нижних конечностей сочетались с краш-синдромом, который усугублял общее состояние больных, картину костных изменений перелома и значительно удлинял время консолидации отломков трубчатых костей. В подавляющем большинстве больные поступали в шины Крамера и других подручных средствах временной иммобилизации.