

ЛЕЧЕНИЕ НА ПРЕДНА РАМЕННА НЕСТАБИЛНОСТ СЪС СЪПЪТСТВАЩА КОСТНА ЗАГУБА

Св. Добрилов, М. Загорев, К. Михов

Key words: *Recurrent shoulder dislocation; anterior instability; Bony Bankart; Latarjet technique*

Предната раменна нестабилност е състояние, което засяга млади пациенти и особено спортисти практикуващи контактни и over-head спортове. Най-честата причина за нестабилност е травматичната предна раменна дислокация, рецидивите след такава и съпътстващата костна загуба. Раменната става е най-често луксираната - 11.2 на 100 хил., като предната е над 87% от всички типове.

Целенасоченото търсене и оценка на костните дефекти след травматична раменна лусация е изключително важно при лечението на предната нестабилност особено при млади пациенти.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

За периода 2010-2012 в Отделението по Ортопедия и Травматология към Университетска болница "Св. Марина" бяха оперирани 12 пациенти - всички мъже. Средната възраст е 24г.; 4 от тях са професионални спортисти, а общо 8 са с висока физическа активност (фитнес, плуване, контактни спортове). Съотношението ляво:дясно рамо е 3:9, като над $\frac{3}{4}$ от пациентите са имали поне две травматични лусации до момента на прегледа.

Клиничния преглед включва серия от тестове, най-общото между които е стремежа да се предизвика нестабилност или сублусация в гленохумералната става. Най-използваните са:

Отделение по Ортопедия и Травматология - УМБАЛ "Св. Марина" - Варна

Background: *Anterior shoulder instability is condition which has very high percent among young sportsmen, especially over-head athletes and contact sports. It is a result from primary traumatic anterior dislocation which has coexisting bone loss. Instability, as complication, has significant importance for active and professional sportsmen. Bony defect of anterior glenoid rim (Bony Bankart) is the primary cause for anterior instability.*

Material and methods: *Since 2010 in the Department of Orthopedics and Traumatology (UMHAT St. Marina) has been operated 12 patients - 4 of them are professionals and total 8 are with high physical activity (fitness, swimming, athletics). 75% of them had at least two traumatic recurrent anterior dislocations. Standart X-rays, CT (contrast CT) and MRI/with contrast are used for evaluating bone loss. In combination ISIS score is used for operating decision. Latarjet technique (coracoid transfer) has been used for treatment of anterior instability.*

Results: *All patients had smooth post-operative period and no inflammations were noticed. More than 80% of patients had at least 90 degrees of active abduction 6 weeks post operation. Two of professional players returned to competitive sports on schedule (18-th week). No recurrent instability has been detected-negative Apprehension test.*

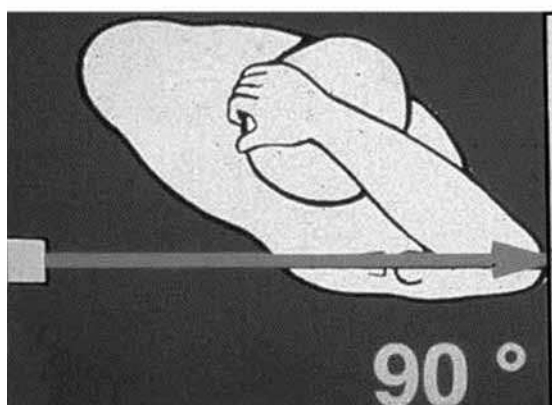
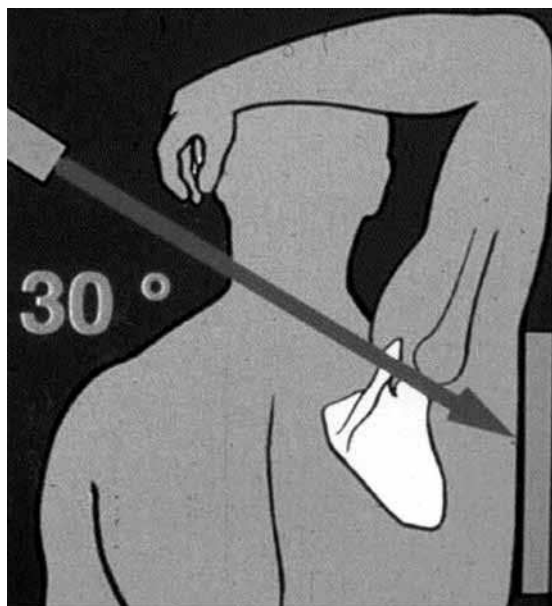
Discussion: *Latarjet operation (coracoid transfer) is method of choice for treatment young athletes with recurrent dislocations with coexisting bone loss. This method is reliable and has two main advantages: enlarges contact surface of glenoid and forms dynamic stabilization when upper limb is at unstable position-abduction and external rotation.*

Conclusions: *Evaluating young patients with recurrent shoulder dislocations is an important task for orthopedic surgeon. Latarjet operation is a method of choice for such patients, it is reliable and satisfactory for both patient and surgeon.*

1. Apprehension test
2. Anterior/Posterior drawer test
3. O'Brien test
4. Hyperabduction test
5. Sulcus sign test
6. Test for hyperlaxity.



Сн 1. Екстремна външна ротация в резултат на сублуксация на раменната глава



Сн. 2. Позиция на пациента при Бернажо проекция

Предоперативните образни методи включват стандартни рентгенографии на раменна става (фас/профил), аксиална проекция и Бернажо-проекция (сн.2). Компютър томограф както и с контраст и ЯМР (с/без контраст) (сн.3).

Целта на всички образни изследвания е доказване наличието на костен дефект и преценката на неговата големина и местоположение. Към диагностичния алгоритъм добавяме и т.нар. ISIS (Instability Severity Index Score) (4). Той включва:

1. Възраст под 20г. - 2т.
2. Професионален спорт - 2т.
3. Контактни и over-head спортове - 1т.
4. Хиперлакситет - 1т.
5. Хил-Сакс дефект - 2т.
6. Костен Банкарт - 2т.

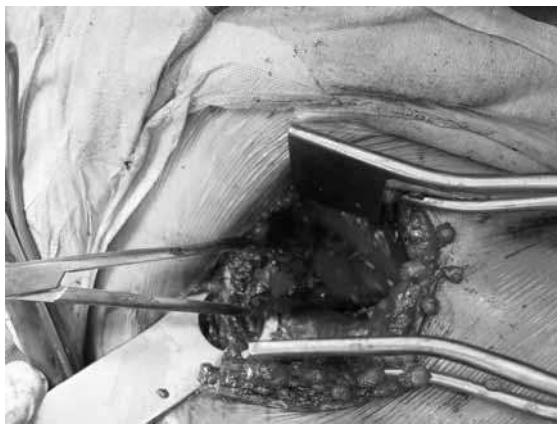
При сбор под 6 точки вариантите са рехабилитация или реконструкция по метода на Банкарт (открит или артро-



Сн. 3. Хил-Сакс дефект на раменната глава

скопски). При сбор от/над 6 точки-операция на Латарже (коракоиден трансфер). Редно е да се посочи че при остри състояния и ISIS под 6 златен стандарт е Банкарт реконструкцията, а когато нестабилността е с давност то метод на избор е Латарже. При наличие само на Хил-Сак лезия варианта на избор е артроскопската стабилизация.

Оперативната техника при стабилизация по Латарже включва няколко важни момента. Локализацията и протекцията на нервус мускулокутанеус, който минава в близост до коракоида (сн. 4).



Сн. 4. Остеотомиран коракоиден израстък с прилежащите му мускулни инсерции

Щателното абразио на гленоида, до появата на спонгиозна кост или кървене. Това е от особена важност за срастването на графта към гленоида и за успеха на операцията. Пропускането или negliжирането на този момент е рисковано за несрастването на графта и последващи усложнения. Позицията на графта трябва да бъде алинирана с повърхността на гленоида като не се допуска латерализация. Фиксирането му става посредством два канюлирани 4мм. спонгиозни винта (сн. 5).

Пациента се имобилизира с митела и започва рехабилитационния протокол още на следващия ден.

РЕЗУЛТАТИ

Всички пациенти бяха с гладък следоперативен период. При 10 от пациенти-



Сн. 5. Рентгенографски образ на трансфериран към гленоида коракоиден израстък

те активната абдукция на 6-тата седмица бе над 100 градуса. Ограничение от 10 градуса от необходимата (35-40) външна



Сн. 6. Абдукция на 5-та следоперативна седмица-допустим дефицит от 10 градуса

ротация имаше при 3-ма пациента (сн. 6).

Всички от оперираните са с негативен apprehension test. Двама от професионалните състезатели се завърнаха към активен спорт до 18-тата седмица.

ДИСКУСИЯ

След първоначална травматична луксация може да се наблюдава неста-

билност поради увреда на: гленоидния лабрум (Bankar-лезият; SLAP-лезия); капсула и лигаменти (ротаторен маншон,IGHL); кост (Bony Bankart; Hill-Sachs (1)). Честотата на костните дефекти при травматична луксация варира от 8-95% за костния Банкарт (Bony Bankart сн.7) и 25-100% за Хил-Сакс лезията (Hill-Sachs).

Костния Банкарт варира от абразии, през дефект и фрактура, до ампутация - над 45% от повърхността му. Хил-Сакс дефекта е с различна големина, като основно се дели на ангажиращ и неангажиращ.

Корелацията между възрастта на пациента по време на луксацията и нестабилността е значителна. При пациенти под 20г. рецидивите са м/у 45-100%, а нуждата от оперативно лечение е при над 40% от тях. За пациенти между 20 и 30 години тези стойности са съот. 40-70% и операция при 1/3 от случаите. При пациенти над 30г. рецидивите са при едва 15 - 40%, а само 7-15% се нуждаят от оперативно лечение (3). Редно е да се посочат и рецидивите след направена вече артроскопска стабилизация: Privitera et al. (5) - с костна загуба - 87% , а без костна загуба само 6.5%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Костните дефекти (костен Банкарт или Хил-Сакс) са в основата на рецидивиращата раменна луксация и на раменната нестабилност. Алгоритъмът за лечение най-общо е: костен дефект-костна операция. Артроскопската модификация на посочената техника е предизвикателство към което се стремим, но данните за рецидиви ни въздържат от агресивен подход. За момента го използваме само в диагностичен план. Важно предимство на техниката е и запазването на проприорецепцията на мускулите инсерирани към коракоида. Есенциалното на горепосочения метод за предотвратяване на раменната нестабилност, е увеличаването на гленоидната повърхност и динамичната стабилизация при най-неста-

билната позиция на ставата - абдукция и външна ротация

Посочения алгоритъм за диагностика и лечение е лесен и сигурен за прилагане. Насоченото търсене на костни дефекти при млади пациенти е от особена важност за предотвратяване на хронична нестабилност в най-подвижната става. Ранната мобилизация на пациента е важно предимство, а двойния стабилизиращ ефект (динамичен и статичен) дава сигурност и удовлетворение и на пациента и на оператора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bankart ASB .Reccurent or habitual dislocation of the shoulder joint. Br.Med 1132-1134
2. Ehrendorfer S. et al. Mini-invasive open surgery Bankart repair for recurrent traumatic shoulder instability:a single surgeon/single institution experience. EFFORT Journal Vol.3 Num.1 March 2012
3. Lenters TR et al.(2007) Arthroscopic compared with open repairs for recurrent anterior shoulder instability.A systematic review and meta-analysis of the literature. JBJS Am. 89;244-254.
4. Robinson CM et al.(2006) Functional outcome and risk of recurrent instability after primary anterior shoulder dislocation in young patients. JBJS Am.88:2326-36
5. Privitera DM et al.(2012) Minimum 10-year follow-up of arthroscopic intra-articular Bankart repair using bio-absorbable tacks. Am. J Sports Med Jan;40

Адрес за кореспонденция:

д-р С. Добрилов
Отделение по Ортопедия и
Травматология
УМБАЛ "Св. Марина" Варна
бул."Хр. Смирненски" 1