

Одобрен
Объединенной комиссией
По качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «14» декабря 2017 года
Протокол №35

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ СТАБИЛИЗАЦИЯ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1 Код(ы) по МКБ-10:

МКБ -10	
Код	Название
S43.0	Вывих плечевого сустава
T92.3	Последствие вывиха, растяжения и деформации верхней конечности

1.2 Дата разработки протокола: 2017 год.

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

НПВС	-	нестероидные противовоспалительные средства
ПВП	-	привычный вывих плеча
УВЧ	-	ультравысокочастотная терапия
ЭКГ	-	электрокардиограмма

1.4 Пользователи протокола: врачи общей практики, хирурги, травматологи-ортопеды.

1.5 Категория пациентов: взрослые.

1.6 Определение [13]:

Артроскопическая стабилизация плечевого сустава – оперативное вмешательство, направленное на восстановление капсульно-связочных структур плечевого сустава с целью восстановления стабильности сустава и выполняющееся при помощи артроскопических технологий.

1.7 Клиническая классификация вывихов плеча

По этиологии:

- травматический - вследствие острой травмы сустава;
- травматический - врожденная слабость капсулы сустава (без травмы);
- приобретённый - повторяющееся хроническое небольшое травмирование сустава.

По направлению трансляции:

- передний;
- задний;
- мультинаправленный.

По степени:

- степень I: 0-25% движения (минимальная трансляция);
- степень II: 25-50% (при этом чувствуется нахождение головки плечевой кости над краем гленоида);
- степень III: более 50% движения (при этом чувствуется, что головка плечевой кости соскальзывает с края гленоида).

Дифференцирование гуттаперчивости и нестабильности:

- хроническая заблокированная нестабильность;
- однонаправленная нестабильность без гиперподвижности;
- однонаправленная нестабильность с гиперподвижностью;
- мультинаправленная нестабильность без гиперподвижности;
- мультинаправленная нестабильность с мультинаправленной гиперподвижностью;
- одно - или мультинаправленная произвольная нестабильность.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

2.1. Цель проведения процедуры/вмешательства:

- восстановление анатомических структур капсульно-связочного аппарата;
- восстановление стабильности плечевого сустава;
- восстановление объема движений в плечевом суставе.

2.2. Показания к процедуре/ вмешательству:

- нестабильность плечевого сустава;
- повреждения суставной губы (Банкарта, SLAP);
- повреждения хряща (Хилл-Сакса).

2.3 Противопоказания к процедуре/вмешательству:

Абсолютные противопоказания:

- тяжелое состояние пациента;
- декомпенсация хронических заболеваний;
- воспалительные поражения кожи в области вмешательства.

Относительные противопоказания:

- хроническая заблокированная нестабильность;
- нестабильность в сочетании с гиперподвижностью;
- нестабильность, вызванная выраженным дефицитом костной ткани гленоида или головки плечевой кости;
- отказ от следования послеоперационному протоколу.

2.4 Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий

Основные (обязательные) диагностические мероприятия: нет.

Дополнительные диагностические мероприятия:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- магнитно-резонансная томография плечевого сустава (при отсутствии);
- определение группы крови и резус-фактора;
- консультация профильных специалистов при наличии сопутствующей патологии с указанием необходимых дополнительных исследований и схем лечения.

2.5 Требования к проведению процедуры/вмешательства:

Техническое оснащение:

- артроскопическая стойка;
- набор инструментов для артроскопии плечевого сустава;
- установочный набор для расходных материалов;
- устройство для вапоризации сустава, силовой инструмент;
- расходный материал (якорные фиксаторы).

Требование к соблюдению мер безопасности, санитарно-противоэпидемическому режиму: согласно Санитарным правилам «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения», утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 мая 2017 года № 357.

Требования к оснащению: согласно приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 06 июня 2011 года № 352 «Об утверждении Положения о деятельности медицинских организаций, оказывающих травматологическую и ортопедическую помощь».

Требования к подготовке пациента:

- подготовка перед операцией кожных покровов;
- очистительная клизма накануне вечером и утром в день операции;
- препарат для премедикации накануне вечером и утром в день операции.
- периоперационная антибиотикопрофилактика за 10-15 минут внутривенно во время наркоза либо за 40-60 минут до операции внутримышечно, с последующими повторными инъекциями по показаниям, но не более 24-48 часов.

Методика проведения операции [2,10]:

Артроскопическая стабилизация плечевого сустава

- первым этапом выполняется диагностическая артроскопия сустава, устанавливается характер поражения капсульных структур, сопутствующие проблемы хряща, сухожилий мышц, связок. Оперативное вмешательство выполняется через специальные канюли (расходный материал), которые позволяют беспрепятственно вводить инструмент в полость сустава через достаточно большой массив мягких тканей, а также позволяют производить менеджмент нитей;
- после установления повреждения губы гленоида, выполняется ее рефиксация к гленоиду при помощи якорных фиксаторов (расходный материал). Цель рефиксации

губы гленоида – восстановление нижней плече-лопаточной связки, которая является первичным стабилизатором головки плечевой кости, затем последовательно следуя снизу вверх, «с юга на север», восстанавливает губу гленоида и среднюю плече-лопаточную связку. Для прошивания губы гленоида используется специальный пенетратор, оснащенный проволоочной петлей – лассо (расходный материал). Данный инструмент выполняется в двух вариантах с различным изгибом для правого и левого плечевого суставов. В среднем для восстановления используется 3 якорных фиксатора (расходный материал);

- в некоторых случаях, когда повреждение распространяется вверх и затрагивает губу в области прикрепления длинной головки бицепса, так называемый SLAP-синдром, дополнительно на эту область губы гленоида также накладывается один-два шва и губа рефиксируется при помощи 1-2 якорных фиксаторов (расходный материал);
- в случаях, когда имеется импрессия головки плечевой кости вследствие эпизодов вывиха (повреждение Хилла-Сакса) дополнительно выполняется процедура ремплиссаж, заключающаяся в фиксации сухожилия подкостной мышцы в области импрессии головки плечевой кости. Для этого после удаления склерозированной ткани в области импрессии вводится два якорных фиксатора (расходный материал), подкостная мышца в этой области фиксируется к головке плечевой кости. Данная процедура позволяет вывести зону импрессии с контактом с передним краем гленоида, а также ограничить наружную ротацию головки плечевой кости.

2.6 Индикаторы эффективности процедуры:

- 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.

3. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

3.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Раймагамбетов Ерик Канатович – кандидат медицинских наук, заведующий отделением ортопедии №5 РГП на ПХВ «Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии».
- 2) Корганбекова Гульжанат Сансызбаевна – кандидат медицинских наук, врач ординатор ортопедии №5 РГП на ПХВ «Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии».
- 3) Рымбаев Дархан Рымханович – врач ординатор отделения взрослой ортопедии КГП «Областной центр травматологии и ортопедии им. профессора Х.Ж. Макажанова».
- 4) Ахметжанова Гульмира Окимбековна – клинический фармаколог РГП на ПХВ «Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии».

3.2 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

3.3 Рецензент: Абдуразаков Арман Уразбаевич – доктор медицинских наук, доцент кафедры травматологии и ортопедии РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова».

3.4 Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 года и/или при появлении новых методов диагностики/ лечения с более высоким уровнем доказательности.

3.5 Список использованной литературы:

- 1) Травматология и ортопедия. Корнилова Н.В. –СПб.: Гиппократ, 2001 -408 с.
- 2) Травматология и ортопедия: Руководства для врачей/под ред. Н.В. Корнилова: в 4 томах.- СПб.: Гиппократ, 2004 –Т.1.
- 3) Arciero RA, Parrino A, Bernhardson AS, Diaz-Doran V, Obopilwe E, Cote MP, Golijanin P, Mazzocca AD, Provencher MT. The Effect of a Combined Glenoid and Hill-Sachs Defect on Glenohumeral Stability: A Biomechanical Cadaveric Study Using 3-Dimensional Modeling of 142 Patients. Am J Sports Med. 2015 Mar 20.
- 4) Brand JC, Westerberg P. Arthroscopic repair of chronic bony bankart lesion using a low anterior portal. Arthrosc Tech. 2012 Nov 9;1(2):e219-23.
- 5) Nakagawa S, Mizuno N, Hiramatsu K, Tachibana Y, Mae T. Absorption of the bone fragment in shoulders with bony Bankart lesions caused by recurrent anterior dislocations or subluxations: when does it occur? Am J Sports Med. 2013 Jun;41(6):1380-
- 6) Porcellini G, Paladini P, Campi F, Paganelli M. Long-term outcome of acute versus chronic bony Bankart lesions managed arthroscopically. Am J Sports Med. 2007 Dec;35(12):2067-72.
- 7) Kevin D Plancher, Stephanie CP. Arthroscopic Bankarts Repair with Suture Anchors: Tips for Success. Oper Tech Sports Med. 2013; 21:192-200.
- 8) Amit Mishra, Pulak Sharma, Deepak Chaudhary. Analysis of the functional results of arthroscopic Bankart repair in posttraumatic recurrent anterior dislocations of shoulder. Indian J Orthop. 2012; 46(6):668-674.
- 9) Bowater RJ, Stirling SA, Lilford RJ. Is antibiotic prophylaxis in surgery a generally effective intervention. Testing a generic hypothesis over a set of meta-analyses // Ann Surg. 2009 Apr;249(4):551-6.
- 10) Артроскопическая хирургия плечевого сустава. Практическое руководство. Стивен С, Буркхард Ян К., Изд.Панфилова, 2015г., 544 стр.