Ибрагимов С.Ю.,
Мурадов У.К.,
Шопулотов И. Б.

К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ ШПРЕНГЕЛЯ

Самаркандский государственный медицинский институт
Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии

Актуальность. Врожденное высокое стояние лопатки (болезнь Шпренгеля) представляет собой сложное сочетание аномалий развития плечевого пояса, позвоночника и грудной клетки, основными клиническими проявлениями которого являются высокое стояние лопатки, ограничение отведения плеча и выраженный косметический дефект.

Болезнь Шпренгеля встречается редко и среди детей с врожденными пороками развития скелета составляет 0,2-1% [1,2,3,5,6,8,12,14].

Предложено множество классификаций данного заболевания. Причем одни авторы берут за основу анатомические, другие - функциональные изменения плечевого пояса.

Классификация, предложенная В.Л. Андриановым (1964) является более удачной в этом отношении. Она учитывает как косметические, так и функциональные изменения. Все формы врожденного высокого стояния лопатки автор делит на мышечные и костные. К первой группе относятся варианты заболевания без добавочной (аномальной) омовертебральной кости. При этом в зависимости от тяжести нарушений функции плечевого пояса различают легкую, среднюю и тяжелую степени деформации. Ко второй группе принадлежат только костные формы патологии, при этом все больные данной формой деформации относятся к тяжелой степени заболевания.

Наличие омовертебральных костей отмечают у 25-30% больных с врожденным высоким стоянием лопатки [1,2,3,6,7,13,15].

Общепринятым способом лечения средней и тяжелой степени является оперативный метод лечения [4,6,9,10,11].

К настоящему моменту описано более 30 методик оперативного лечения и их различных модификаций [6], которые можно условно разделить на следующие группы: операции низведения наружной части лопаточной кости; частичная и субтотальная резекция лопаточной кости; операции низведения лопатки без вмешательств на костной основе [1,2]. Но суть всех операций состоит в низведении лопатки и фиксации ее в правильном положении.

Цель исследования. Изучая отдаленные результаты оперативного лечения детей с врожденным высоким стоянием лопатки, дать оценку эффективности их применения и усовершенствовать существующие методы оперативного лечения.

Материалы и методы. Изучены результаты хирургического лечения 21 больных детей с врожденным высоким стоянием лопатки средней и тяжелой степени патологии, оперированных в возрасте от 4 до 13 лет в отделении детской ортопедии Самаркандской областной больницы ортопедии и травматологии в период с 1986 по 2013 гг. Среди детей было 12 девочек (57,1%) и 9 мальчиков (42,9%). Наши наблюдения совпадают с данными литературы о преимущественном поражении лиц женского пола. По возрасту больные распределились следующим образом: 4-6 лет - 9 больных (42,9%), 7-9 лет - 8 (38,1%), 10-13 лет - 4 (19%). По тяжести: у 15 (71,4%) отмечалась средняя, а у 6 (28,6%) - тяжелая степени патологии.

До операции всем больным проводилось общее клиническое и рентгенологические методы исследования.

У всех больных наблюдались в различной степени отставание в росте как продольного, так и поперечного размеров лопатки. При средней степени тяжести деформации лопатка расположена выше обычного уровня на 2-5 см, деформирована, мышечная гипотрофия более выражена, плечо несколько ротировано внутрь, отведение руки до 120-130°.

При тяжелой степени деформации плечевой сустав вместе с лопаткой поднят вверх и смещен кпереди. Лопатка уменьшена в размерах и расположена выше здоровой более чем на 5 см, до 10 см. Мышцы сильно гипотрофи- рованы, отведение не превышает 120-90°.

У 5 больных патология сочеталась с добавочной омовертебральной костью, у одного больного наблюдалась болезнь Клиппеля- Фейля, у других 5 больных также имелись в различной степени деформации ребер, сколиоз.

На обзорных рентгенограммах у 5 больных была определена омовертебральная кость. По форме она была треугольной и трапециевидной. У всех больных наблюдалась односторонняя патология. Все больные были оперированы. У одного больного с тяжелой степенью высокого стояния лопатки, наличием сопутствующих врожденных пороков развития ребер и синдромом Клиппеля-Фейля нами проведена операция Кенига, у 14 больных выполнена операция Терновского В.Д.

Отрицательным моментом операции Терновского является жесткая фиксация лопатки при помощи шелковой нити к ребру, которая не является физиологической, так как ограничивает биомеханическую подвижность лопатки при отведении плеча.

Поэтому остальным 6 больным выполнена модифицированная нами (рац. предложение) операция Терновского - наложение «блокирующего шва».

Техника операции: Положение больного на животе с валиком под верхней половиной грудной клетки. Разрез кожи, огибающий медиальный угол лопатки от середины верхнего края до уровня VII-IX ребер. После рассечения m. trapezius и отсечения от вертебрального края лопатки m. rhomboideus, а от верхнемедиального угла m. levator scapulae подходят к основанию клювовидного отростка. Нужно проявлять большую осторожность, чтобы не повредить лежащие вблизи основания последнего a. и n. suprascapularis. За клювовидный отросток подводят элеватор и с помощью долота или кусачек Листона осуществляют остеотомию последнего. После этого лопатка, если разъединены сращения ее с ребрами или позвоночником, может быть низведена. VII или VIII ребро по linea scapularis отделяют разрезом длиной 0,5-1 см от надкостницы, проводят шелковую нить. Этой шелковой нитью, проведенной через нижний угол лопатки, фиксируют ее в новом месте. Концы

шелковой нити выводят на кожу и завязывают при помощи предварительно подготовленной стерильной пуговицы. Рану послойно зашивают. Конечность фиксируется в положении отведения в заранее приготовленной торакобрахи- альной гипсовой повязке на срок 4-5 недель. После снятия гипсовой повязки назначают физиотерапевтическое и функциональное лечение. Блокирующую шелковую нить легко снимают через 2-2,5 месяца.

Положительный эффект предлагаемого технического решения заключается в следующем: фиксация лопатки является физиологичной, что обеспечивает биомеханическую подвижность лопатки, при этом нет препятствий для ее роста.

Наиболее тяжелым осложнением при хирургическом лечении болезни Шпренгеля являются параличи верхней конечности вследствие сдавления плечевого сплетения [1,2]. У наших больных подобное осложнение не наблюдалось.

Результаты: Отдаленные результаты лечения от 6 месяцев до 26 лет изучены у 19 больных. Из них у 14 результат лечения оценен как хороший: 9 из них были оперированы по методу Терновского. У этих больных получен хороший косметический результат, но в функциональном отношении наблюдалось значительное ограничение отведения плеча в пределах от 30 до 50°. У 5 больных, оперированных по разработанной методике, функциональный и косметический результаты были хорошими. У них ограничение отведения плеча наблюдалось в пределах 10-15°.

У остальных 5 больных результат лечения оценен как удовлетворительный. У них косметический и функциональный результаты были значительно нарушены. Одному из этих больных проведена операция Кенига, а 4 больным с тяжелой степенью патологии была выполнена операция Терновского В.Д.

Выводы

Врожденное высокое стояние лопатки в косметическом и функциональном отношении является тяжелым пороком развития.

Многочисленность предложенных (более 30) оперативных методов лечения врожденного высокого стояния лопатки свидетельствует об отсутствии патогенетически обоснованного оперативного метода лечения.

Предлагаемый нами метод наложения «блокирующего шва» отличается своей простотой, малотравматичностью и сохраняя подвижность лопатки, намного улучшает результаты лечения врожденного высокого стояния лопатки.

Литература

1. Андрианов В.Л. Клиника и хирургическое лечение болезни Шпренгеля у детей. Автореф.дис.канд.мед. наук. М., 1964, 18 стр.
2. Андрианов В.Л. Оперативное лечение болезни Шпренгеля. Ортопедия травматология, 1964, №5, стр. 27-30.
3. Веселовский Ю.А. Болезнь Шпренгеля. Автореф. дис. канд. мед. наук. Ростов-на-Дону, 1973, 19 стр.
4. Мовшович И.А. Операция при высоком стоянии лопатки (болезнь Шпренгеля) Оперативная ортопедия. М,, 1994, 448 стр.
5. Никитин Г.Д. Преодоление второго пластического секрета болезни Шпренгеля. Сборник науч. тр. Пластическая хирургия в травматологии и ортопедии. СПб, 1995, стр. 75-77.
6. Поздеев А.А. Хирургическое лечение детей с врожденным высоким стоянием лопатки. Автореф. дис. канд. мед. наук. П,, 2006.
7. Скопиченко Д.Н. Хирургическое лечение болезни Шпренгеля. Автореф. дис. канд. мед. наук, Киев, 1999,15 стр.
8. Терновский С.Д. Новая модификация операции при врожденном высоком стоянии лопатки у детей. Ортопед, травма- тол., 1959, X»4, стр. 3-6.
9. Чаклин В.Д. Врожденное высокое стояние лопатки (болезнь Шпренгеля). Основы оперативной ортопедии и травматологии. М., 1964, 738 стр.
10. Юмашев Г.С. Врожденное высокое стояние лопатки (деформация Шпренгеля). Травматология и ортопедия. М., 1983, стр. 506-507.
11. Erdogan A. - Scapulotheracic stabilization for winding of the scapula using strips of autogenous fascia lata/ A. Erdogan, M. Mohammad// J.Bone Jt. Surg. - 2000. - Vol. 82-B, №6, p.813-817
12. Greitemann B. Treatment of congenital elevation of the scapula. 10(2-18) year follow-up of 37 cases of sprengel's deformity/ B.Greitemann, J.Rondhuis, A. Karbowski// Acto Orthop. Seand. - 1993. - Vol. 64(3), №6, P.365-368
13. Greville N.P. Congenital high scapula (Sprengel's deformity). N.P.Greville, M.B.Coventry/ZProcelding Staff. Moet. Mayo Chin-1956, № 31, P.465-472
14. Leibovic S. Sprengel deformity. /S. Gcibovic, M. Ehrlich, D. Zaleske // J.Bone Jt.Surg. - 1990, rVol. 72-A, №2, - P. 192-197
15. Woodward J. W. Congenital elevation of the scapula//J.Bone Jt Surg. [AM].1961,Vol.43, P.219-228.