

суглоба з лікувальною метою, вдалось досягнути доброго результату лікування у 18 хворих (86%) та задовільних результатів лікування у 3 пацієнтів (14%).

Висновки

В основі успішної діагностичної або лікувальної артроскопії кистьового суглоба лежить адекватний підбір хворих, що ґрунтується на скурпульозному клінічному обстеженні та променевої діагностиці (УЗД, МРТ, рентген). Все це дозволяє вибрати групу пацієнтів в яких саме артроскопічне втручання може принести найбільший ефект. Артроскопія, що виконується згідно чітких показань, дозволяє досягнути позитивних результатів лікування хворих з патологією кистьового суглоба.

Література

1. Голубев И. О. Карпальная нестабильность / И. О. Голубев // Избранные вопросы пластической хирургии. – 2001. – Т. 1, № 8. – 51 с.
2. Gallego S. Arthroscopic resection of dorsal wrist Ganglia : 114 cases with minimum follow-up of 2 years / S. Gallego, C. Mathoulin // Arthroscopy. – 2010. – Vol. 26, № 12. – P. 1675-1682.
3. Geissler W. Wrist arthroscopy / W. Geissler. – Berlin : Springer, 2005. – 201 p.
4. Kovachevich R. Arthroscopic and open repair of the TFCC / R. Kovachevich, B. T. Elhassan // Hand Clin. – 2010. – Vol. 26, № 4. – P. 485-494.
5. Slutsky D. J. Principles and practice of wrist surgery / D. J. Slutsky. – Philadelphia : Saunders Elsevier, 2010. – 719 p.

УДК 616.717.4-089.843

Ю. В. Сухин, Ю. Ю. Павличко

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИКСАТОРА ОРИГИНАЛЬНОЙ КОНСТРУКЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МНОГОФРАГМЕНТАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ НА УРОВНЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ

Одесский национальный медицинский университет

Реферат. Ю. В. Сухин, Ю. Ю. Павличко **ЛЕЧЕНИЕ МНОГОФРАГМЕНТАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ НА УРОВНЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ФИКСАТОРОМ ОРИГИНАЛЬНОЙ КОНСТРУКЦИИ.** В данной статье описывается разработанный на кафедре травматологии и ортопедии фиксатор оригинальной конструкции, методика его использования и клинический результат. Данный фиксатор позволяет проводить фиксацию костных отломков проксимального отдела плечевой кости с учетом особенности кровоснабжения, малоинвазивно и стабильно, что позволяет больному приступить к ранней разработке движений в плече.

Ключевые слова: многофрагментарный перелом, проксимальный отдел плечевой кости, хирургическая шейка, фиксатор

Реферат. Ю. В. Сухин, Ю. Ю. Павличко **ЛІКУВАННЯ БАГАТОФРАГМЕНТАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ НА РІВНІ ХІРУРГІЧНОЇ ШИЙКИ ФИКСАТОРОМ ОРИГІНАЛЬНОЇ КОНСТРУКЦІЇ.** В даній статті описується розроблений на кафедрі травматології та ортопедії фіксатор оригінальної конструкції, методика його використання та клінічний результат. Даний фіксатор дозволяє проводити фіксацію кісткових відламків

проксимального відділу плечової кістки з урахуванням особливостей кровопостачання, малоінвазивно та стабільно що дозволяє хворому приступити до ранньої розробки рухів у плечі.

Ключові слова: Багатофрагментарній перелом, проксимальний відділ плечової кістки, хірургічна шійка, фіксатор

Summary. Y. V. Sukhin, Y. Y. Pavlychko **TREATMENT OF MULTIFRAGMENTARY FRACTURES OF THE PROXIMAL PART OF HUMERAL BONE AT THE LEVEL OF SURGICAL NECK WITH THE FIXATIVE OF ORIGINAL CONSTRUCTION.** In the article presented the construction of an original fixative designed at the department of traumatology is presented. The fixative allows to joint bone fragments of the proximal part of humeral bone with minimal invasion but firmly and takes into account the peculiarities of circulation. It allows to start physical exercises earlier than usual.

Key words: multifragmentary fracture, proximal part of humeral bone, fixative.

Введение. Лечение больных с переломами проксимального отдела плечевой кости представляет одну из актуальных проблем современной ортопедии и травматологии. Повреждения проксимального отдела плечевой кости в структуре переломов плечевой кости составляет около 60% [1].

С возрастом частота возрастает и для лиц старше 65 лет эти переломы находятся по частоте на третьем месте после переломов проксимального отдела бедренной и дистального отдела лучевой костей [2, 3].

Результаты лечения переломов проксимального отдела плечевой кости на сегодняшний день требуют усовершенствований. Так по данным различных авторов до 50,7% случаев исходы лечения являются неудовлетворительными, а у больных старше 60 лет плохие результаты наблюдаются до 80% [4].

Переломы проксимального отдела плечевой кости отличаются многообразием, которое определяется вариантами прохождения линии перелома и смещением костных отломков. Перелом может состоять из различного количества костных отломков в зависимости от характера перелома.

Повреждения проксимального отдела плеча вызывают различные виды циркуляторных расстройств, а при хирургическом лечении происходит дополнительная травма, которая усугубляет кровоснабжение головки плеча, что в свою очередь может осложниться асептическим некрозом головки плеча.

Из этого следует, что металлоостеосинтез с одной стороны требует анатомического сопоставления костных отломков и стабильной фиксации, а с другой стороны имеется большая необходимость минимального повреждения мягких и костной тканей в связи с анатомическими особенностями данной области.

Цель работы: улучшить результаты лечения многофрагментарных переломов проксимального отдела плечевой кости путем применения фиксатора оригинальной конструкции.

Материал и методы. В связи с особенностями кровоснабжения проксимального отдела плечевой кости, остеосинтез при его повреждениях, во избежание такого осложнения, как асептический некроз головки плеча, должен быть малоинвазивным и стабильным.

На кафедре травматологии и ортопедии ОНМедУ разработан фиксатор оригинальной конструкции для остеосинтеза многофрагментарных переломов проксимального отдела плечевой кости с учетом особенностей кровоснабжения данной области. (Рис 1, 2, 3, 4, 5).

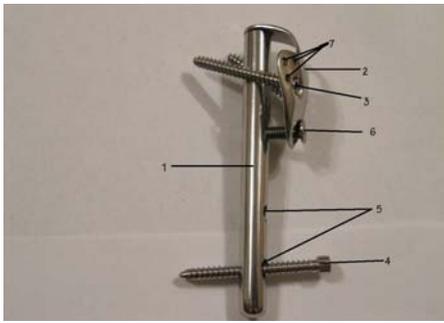


Рис. 1



Рис. 2

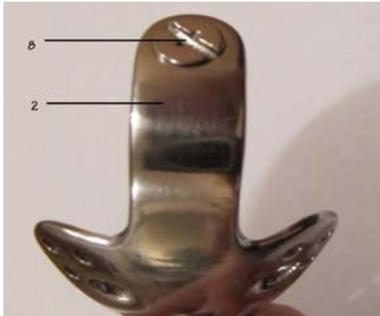


Рис. 3

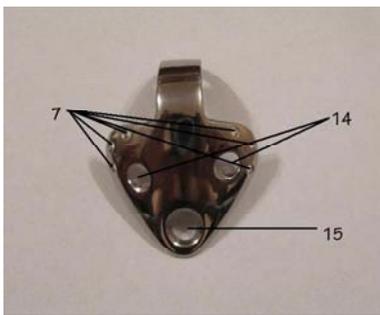


Рис. 4

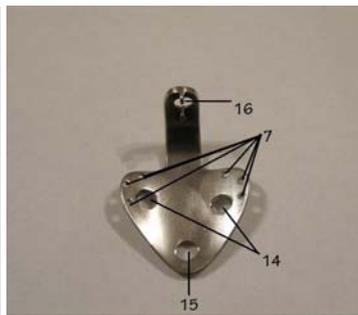


Рис. 5

В основу фиксатора поставлен интрамедуллярный стержень и компрессирующая пластина которая фиксируется в проксимальной части стержня.

Нами проведено оперативное лечение 7 больных с многофрагментарными переломами проксимального отдела плечевой кости, находившихся на лечении в ГКБ №11 г. Одессы. Возраст пострадавших составил от 32 до 48 лет. Больные женского пола – 4, мужского – 3.

Согласно классификации по Neer у больных отмечался трехфрагментарный перелом проксимального отдела плечевой кости на уровне хирургической шейки с отрывом большого бугорка – 3, четырехфрагментарный перелом проксимального отдела плечевой кости на уровне хирургической шейки со смещением отломков – 2, двухфрагментарный перелом проксимального отдела плечевой кости на уровне хирургической шейки со смещением отломков – 2.

Больным при поступлении была выполнена иммобилизация повязкой типа Дезо без предварительной попытки одномоментной ручной репозиции. После тщательного клинкорентгенологического обследования в сроки до 3 дней нами выполнена операция открытая репозиция металлоостеосинтез перелома проксимального отдела плечевой кости фиксатором

оригинальной конструкции. Имобилизация верхней конечности в послеоперационном периоде проводилась при помощи косыночной повязки.

Разработку движений начинали на следующий день после операции в положении больного стоя, снимали косыночную повязку и выполняли активные движения в локтевом и лучезапястном суставах. Больным через 3 дня после операции при наклоне туловища вперед, производили качательные движения в плечевом суставе.

С 1 недели под контролем врача-методиста производили пассивное отведение разгибание, сгибание и ротацию в плечевом суставе. Назначали массаж верхней конечности, надплечья, магнитотерапию и УВЧ.

После 3 недель приступали к активным движениям в плечевом суставе во всех плоскостях. Пассивные движения в плечевом суставе в максимальном объеме должны проводиться до полного восстановления функции мышц вращающей манжеты, так как по нашим исследованиям, последние восстанавливаются до года с момента операции.

Результаты и их обсуждение

Больная А, 30 лет находилась на стационарном лечении в ГКБ№11 г. Одессы с диагнозом двухфрагментарный перелом проксимального отдела левой плечевой кости. Больной произведена операция – открытая репозиция синтез проксимального отдела плечевой кости оригинальным фиксатором.



(Рис. 6)



(Рис. 7)

(фотоотпечаток рентгенограммы больной А 30л при поступлении)



(Рис. 8)



(Рис. 9)

(фотоотпечаток рентгенограммы больной А 30л после операции)

Больная приступила к разработке движений в плечевом суставе на 3 день после операции под контролем врача-методиста. Функциональный результат через 3 мес. со дня операции.



(Рис. 10)
отведение



(Рис. 11)
сгибание



(Рис. 12)
внутренняя ротация



(Рис. 13)
наружная ротация



(Рис. 14)
разгибание

Выводы:

1. Лечение переломов проксимального отдела плечевой кости является актуальной проблемой.
2. Хирургическое лечение больных с переломами проксимального отдела плечевой кости должно быть малоинвазивным и стабильным.
3. Разработанный на кафедре травматологии и ортопедии интрамедуллярный фиксатор, позволяет стабильно фиксировать костные отломки при многофрагментарных переломах проксимального отдела плечевой кости на уровне хирургической шейки с учетом особенностей кровоснабжения головки плечевой кости, что позволяет больному приступить к ранней разработке движений.

Литература

1. Геральд Гибель, Герфрид Гибель. Особенности кровоснабжения плечевой кости и их роль в аспекте оперативного лечения переломов плеча. //Травматология и ортопедия России. – 1996. – № 4. – С. 73-77.
2. Lee SH, Dargent-Molina P, BreartG. Risk factors for fractures of the proximal humerus: results from the EPIDOS prospective study. J Bone Miner Res 2002;17:817-25.
3. Nguyen TV, Center JR, Sambrook PN, Eisman JA. Risk factors for proximal humerus, forearm, and wrist fractures in elderly men and women: the Dubbo Osteoporosis Epidemiology Study. Am J Epidemiol 2001;153:587-95.
- 4 Сухин Ю.В. К вопросу лечения переломовывиха проксимального отдела плечевой кости //Mat. congr. V al ortop.-rtaumat. din rep. Moldova.— Chisinau, 2001.— S.52-53.