

ISSN 1684-9280

Травматология
ЖӘНЕ
Ортопедия

РЕЗУЛЬТАТЫ И НЕРЕШЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ДИАФИЗА ПЛЕЧА

А.М.ЖАНАСПАЕВ, Б.Л.СУЛТАНГЕРЕЕВ, А.Б.СУЛТАНГЕРЕЕВ, Г.А.ЖАНАСПАЕВА

Семипалатинская государственная медицинская академия,
Западно-Казахстанская государственная медицинская академия им. М.Оспанова, Актобе

Иық сүйегінің диафиз сынығы бар 114 науқастардың еміне сараптама жасалған. Цито шинасында 50 науқасқа қаңқадан тарту жасалған, 31 науқасқа Coldwell бойынша гипсті таңғыш, 29 науқаста экстра-интрамедуллярлы остеосинтез жасалған. Қабыну асқынулары көбіне экстрамедуллярлы остеосинтезде орын алған. Сүйектің өзегінің диаметрінің әртүрлі болуы тұрақты остеосинтезді қамтамасыз етпейді. Сондықтан иықтың диафизі сынығында блоктаушы остеосинтезді еңгізу қазіргі таңда өте қажет шаралардың бірі.

The results of treatment of 114 patients with shoulder bone fractures were compared. The skeleton extraction with drawing off CITO tyre were employed in 50 cases, plaster bandage according to Coldwell - in 31 cases and extramedullary and intramedullary osteosynthesis - in 29 cases. Suppurative inflammation and false articulations were observed more often during extramedullary osteosynthesis in comparison with intramedullary osteosynthesis. This means is more safe however the permanent fixation of bone parts couldn't be reach because of differences in the size of diameters of intramedullary canals. For this reason it is necessary to inculcate block osteosynthesis in treatment of diaphyseal fracture of upper arm bone.

Переломы плечевой кости составляют до 18% среди всех переломов скелета [1, 2]. В настоящее время остеосинтез используется при лечении переломов плеча почти в 67,9% случаях. Накостный остеосинтез по технологии АО включает в себя использование пластин и винтов, адаптированных к рельефу кости и характеру перелома. При переломах длинной трубчатой кости синтез устойчив к растяжению и скручиванию и менее устойчив к изгибающим усилиям. Поэтому для увеличения стабильности скрепления отломков необходимо удлинение пластин либо приходится сочетать с внешней иммобилизацией гипсовой повязкой, возможны рефрактуры в местах установки винтов, особенно у пожилых лиц [3, 4].

Внутрикостный остеосинтез менее травматичен, чем наkostный, более устойчив к изгибающим нагрузкам, однако значительно уступает последнему на растяжение и скручивание. Для повышения стабильности внутрикостного остеосинтеза, в настоящее время используются обвивное шинирование проволокой, блокирующие винты, аппараты внешней фиксации, скобы с термомеханической памятью [2, 5].

Чрескостный остеосинтез в связи с его сложностью и нефункциональностью в основном применяется при открытых переломах II-III степени и фрактурах, осложненных остеомиелитом [6, 7].

Целью настоящей работы явилась оценка исходов, эффективность используемых в клиниках методов лечения перелома диафиза плеча, определение пути их улучшения.

В данном исследовании представлены результаты лечения 114 больных с переломом диафиза плеча в клиниках кафедр травматологии и ортопедии Семи-палатинской и Западно-Казахстанской медицинских академий с 1999 по 2003

годы. Лиц мужского пола было 60,4%, женского - 39,6%. Возраст пациентов колебался от 17 до 77 лет, в т.ч. до 30 лет было 26,4%, от 30 до 60 лет - 53,8%, старше 60 лет 19,8%.

По видам лечебной помощи больные распределены на следующие группы:

1. Скелетное вытяжение на отводящей шине ЦИТО проведено 50 больным.

2. Вишачей гипсовой повязкой (Coldwell) вытяжение осуществлено 31 пациенту.

3. Накостный остеосинтез произведен 13 больным.

4. Внутрикостный остеосинтез применен при лечении 16 пациентов.

5. Чрескостный остеосинтез произведен 4 больным.

В процессе скелетного вытяжения полное сопоставление отломков достигнуто в 10-20% наблюдениях, у остальных осталось смещение отломков на кортикальный слой и более. Замедленная консолидация наблюдалась у 7 больных, несросшийся перелом был в одном случае. Недостатком метода является громоздкость, неудобное и ненадежное крепление к грудной клетке, отсутствие приспособлений и приемов, обеспечивающих полную репозицию и предупреждающих вторичное смещение отломков, формирование нестойкой контрактуры суставов, удлиняющих сроки полного выздоровления.

При использовании вытяжения в гипсовой повязке (Coldwell) на клино-видной подушке, полная репозиция достигнута у 16 больных, в основном при винтообразных и оскольчатых переломах с большой протяженностью линии излома кости. В 15 случаях при косых переломах оставалось угловое, либо по ширине смещение отломков. У всех больных наступила консолидация в сроки от 1,5 до 2 мес.

Угнетения репаративной регенерации не отмечено. Нестойкая контрактура суставов в процессе реабилитационного лечения устранена у всех больных. Данный вид консервативного лечения лучше переносится больными всех возрастов, в том числе и пожилыми лицами. Однако он неэффективен при поперечных и косых переломах.

Оперативное лечение применялось нами при неэффективности консервативного метода, повреждении лучевого нерва, открытых переломах. После остеосинтеза накостной пластиной (13) ложный сустав развился у 3 пациентов из-за расшатывания винтов отечественного производства. Им произведено удаление пластин и чрескостный остеосинтез по Илизарову Г.А. Достигнута ликвидация ложного сустава. У 3 больных после операции возникло нагноение раны с последующим развитием остеомиелита, переломы замедленно срослись.

Интрамедуллярный остеосинтез штифтом Богданова, Rush, пучком спиц произведен 16 пациентам. При винтообразных и оскольчатых переломах был применен обвивной проволоочный серкляж. При косых и поперечных переломах [7] остеосинтез производился с рассверливанием костномозгового канала. Однако из-за значительной разницы диаметра костномозгового канала в проксимальном и дистальном отделах достичь стабильного скрепления отломков не удавалось. Ложный сустав развился у 2 больных с сегментарным переломом плеча, причем перелом на одном уровне срастался, на втором консолидация не наступила. В этой группе больных гнойно-воспалительных осложнений не было. Миграция штифта отмечена в 2 случаях без нарушения репаративной регенерации.

Таким образом, при консервативном лечении винтообразных и оскольчатых переломов диафиза плеча с большой протяженностью линии перелома кости лучшие результаты получены при использовании метода Coldwell, чем при скелетном

вытяжении на шине ЦИТО. Метод более эстетичен, чем традиционное скелетное вытяжение. У наших больных после оперативного лечения интрамедуллярный остеосинтез оказался более безопасным, чем накостный. Однако при косых, поперечных и сегментарных переломах метод не обеспечивает стабильного остеосинтеза, даже при рассверливании костномозгового канала. В связи с этим внедрение блокирующегося остеосинтеза диафизарного перелома плеча является неотложной задачей здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каплун В.А. Остеосинтез плечевой кости фиксаторами с памятью формы при изолированных, сочетанных и множественных повреждениях // Автореф... канд. мед. наук. Кемерово, 2000, 22 с.
2. Tytherleigh-Strond B. et all. The epidemiology of humeral shaft fractures//The Journal of Bone and Joint Surgery, 1998, Vol 80-B, № 2, P. 249-253.
3. David Ring B.J., et all. The Functional Outcome of operative treatment of Ununited fractures of the Humeral Diaphyses in Older Patients// The Journal of Bone and Joint Surgery, 1999, Vol. 81-A, №2, P.177-189.
4. Прозоровский В.Ф. Хирургическое лечение поврежденных диафиза плечевой кости // Ортопед. травматол., 1997, №3, С.89-90.
5. Анкин А.Н., Анкин Н.Л. Практическая травматология: европейские стандарты диагностики и лечения // Москва, Книга плюс, 2002, 480 с.
6. Ли Д.И., Баширов Р.С. Руководство по чрескостному компрессионно-дистракционному остеосинтезу // Томск, 2002, 307 с.
7. Шевцов В.И., Швед С.И., Сысенко Ю.М. Лечение больных с переломами плечевой кости и их последствиями методами чрескостного остеосинтеза // Курган, 1995, 224с.