

ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ КОМБІНОВАНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ БАГАТОФРАГМЕНТАРНИХ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛА ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ

Півень Ю.М.¹, Литвин Ю.П.²

¹ ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава, Україна

² ДЗ «Дніпровська медична академія», Дніпро, Україна

Вступ. Незважаючи на численність досліджень та їх результатів з приводу переломів проксимального відділа плечової кістки, не має конкретної відповіді у виборі оперативного метода лікування. Кожен має як свої переваги так і недоліки.

Мета роботи. Покращення результатів лікування хворих із багатофрагментарними переломами проксимального відділу плечової кістки шляхом розробки системи комплексного лікування, що ґрунтується на відновленні не лише анатомічної цілісності плечової кістки, а і сухожильно-капсульного апарату плечового суглобу із розумінням структури перелому та анатомічних аспектів даного сегменту.

Матеріали та методи. Групу, що досліджувалась, склали 91 пацієнт з переломом проксимального відділа плечової кістки. 49 хворих мали трьохфрагментарний перелом, 13 хворих – трьохфрагментарний перелом з вивихом суглобової поверхні головки плечової кістки, 18 хворих – чотирьохфрагментарний перелом, 11 хворих – чотирьохфрагментарний перелом з вивихом суглобової поверхні головки плечової кістки. Даний тип перелому у всіх пацієнтів супроводжувався ротаційним компонентом більш ніж 45° та діастазом між уламками більш ніж 1 см. Вік пацієнтів від 16 років до 83 років (середній вік 49,5 років). Чоловіків було – 39, жінок – 52. Всі пацієнти оперовані авторським 2-х етапним методом остеосинтеза (патент на корисну модель № 88435, зареєстровано в Державному реєстрі патентів України на корисні моделі 11.03.2014): 1-й етап – відновлення конгруентності суглобових поверхонь; досягнення динамічної стабільності шляхом трансоссальної фіксації уламків та відновлення сухожильно-капсульного апарату плечового суглоба, його реінсерція, ушивання дефектів за використання анкерних фіксаторів (еластична фіксація); 2-й етап накістковий напружений остеосинтез пластиною з гвинтами, що блокуються в ній (жорстка фіксація).

Результати та їх обговорення. Для визначення функції верхньої кінцівки використовували шкалу Constant-Murley. Термін спостереження в період від 1 місяця до 1 року після оперативного втручання. Відмінні та добрі результати отримані у пацієнтів із трьохфрагментарними переломами та переломами-вивихами проксимального відділа плечової кістки. Задовільні результати отримані у пацієнтів із чотирьохфрагментарними переломами. Незадовільні при чотирьохфрагментарному перелома-вивиху. До негативних результатів віднесено: 7 хворих з аваскулярним некрозом головки плечової кістки; 3 пацієнтів із нагноєнням гематоми та виникненням синовіальних нориць в післяопераційному періоді; 1 хворий з міграцією металоконструкції під час епілептичних нападів.

Висновки.

1. Транссоссальний остеосинтез забезпечує щільний контакт між уламками та дає можливість одночасно відновити сухожильно-капсульний апарат плечового суглоба, що є перевагою над іншими методами.

2. Накістковий напружений остеосинтез пластиною з гвинтами, що блокуються в ній, забезпечує жорсткість фіксації відламків.

3. Недоліки комбінованого остеосинтеза виявлені у пацієнтів із чотирьохфрагментарними переломами-вивихами.

4. Проте позитивні результати лікування інших груп хворих дають можливість його застосування як альтернативу ендопротезуванню при багатофрагментарних переломах проксимального відділа плечової кістки.