

**Харківський науково-дослідний інститут ортопедії та
травматології ім. проф. М.І. Ситенка**

ІВАНІВ ОЛЕГ ГНАТОВИЧ

УДК:616.71 7.41/.44-001.5-08

**ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ
ПРОКСИМАЛЬНОГО КІНЦЯ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ**

14.01.21 - травматологія та ортопедія

**Автореферат
дисертації на здобуття наукового
ступеня кандидата медичних наук**

Харків - 1998

Дисертацією є рукопис

Робота виконана у Харківському інституті удосконалення лікарів, Харківському науково-дослідному інституті ортопедії та травматології ім. проф. М.І.Ситенка, Червоноградській центральній міській лікарні Львівської області.

Науковий керівник: доктор медичних наук, доцент
ПОПСУЙШАПКА Олексій Корнілієвич,
Харківський інститут удосконалення лікарів,
професор кафедри травматології та ортопедії

Офіційні опоненти: доктор медичних наук,
БЕЦ Григорій Вікторович,
завідувач травматологічним відділом
клінічної міської лікарні №18 м. Харкова

доктор медичних наук, професор
БІТЧУК Денис Дмитрович,
Харківський медичний університет,
завідувач кафедри травматології, ортопедії та ВПХ

Провідна установа - Український науково-дослідний інститут
травматології та ортопедії МОЗ України, м. Київ

Захист дисертації відбудеться “__” _____ 1998 р. о _____ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д64.607.01 при Харківському науково-дослідному інституті ортопедії та травматології ім. проф. М.І.Ситенка (310024, м. Харків, вул. Пушкінська, 80).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці ХНДІОТ ім. проф. М.І. Ситенка (310024, М.Харків, вул. Пушкінська, 80).

Автореферат розісланий “__” _____ 1998 р.

Вчений секретар спеціалізованої
вченої ради, доктор медичних наук

В.О.Радченко

Актуальність роботи. Переломи проксимального кінця плечової кістки становлять від 4-5% (R.L.Leyshon, 1984) до 6,6% (В.С. Попикин, 1965) від усіх переломів і є одними з найбільш частих уражень опорно-рухового апарата. Вони зустрічаються у будь-якому віці, проте їх частота драматично зростає у літніх осіб (J..Horak, 1975;

W.Lentz, 1980). Людям віком понад 50 років належить від 69% до 82% усіх переломів проксимального кінця плечової кістки, до 79-85% з них становлять жінки (V. Bengner, 1987; S.H.Rose, 1982). Усе це пов'язане зі значним постарінням населення, домінуванням серед літніх людей осіб жіночої статі та вираженим віковим остеопорозом (В.В.Поворознюк й др., 1995; J.L. Kelsey, 1992; K.Kaneda, 1994; T.Miura, 1994).

Іншим фактором високої частоти цих переломів серед літніх людей є поганий загальний стан здоров'я, який через ослаблення зору і зниження м'язової координації різко збільшує ймовірність падінь, крім того, з віком також знижується стабільність плечового суглоба (В.Г.Вайнштейн, 1983; V. Calnisi, 1991).

Усілякий перелом, а тим більше той, який перебігає із ускладненнями, становить собою проблему для потерпілої людини, вирішення котрої пов'язане з матеріальними і моральними збитками. Саме одинокі та літні люди опиняються у найважчому становищі, а недостатній матеріальний рівень вітчизняної медицини ще більше загострює проблему лікування переломів.

У зв'язку з цим виникає необхідність у розробці, удосконаленні простих, економічно вигідних, високоефективних методів лікування, які легко переносяться хворими, знижують частоту ускладнень і оптимізують лікувальний процес.

Часто не виправдане, хірургічне лікування із застосуванням різних способів остеосинтеза лише посилює дегенеративно-дистрофічні зміни у літніх хворих і призводить до мізерної функції у плечовому суглобі та вираженого больового синдрому.

М.В.Волков (1993) підкреслює, що в останні роки удосконалюється функціональний напрямок: відновлення рухів у суглобах, попередження атрофії м'язів, досягнення їх хорошого кровопостачання і здорова іннервація забезпечується розвитком саме активних методів.

При лікуванні переломів проксимального кінця плечової кістки використовуються найрізноманітніші пов'язки, шини і пристосування. Проте, далеко не всі з них можуть використовуватись у літніх хворих і вважатись сучасним засобом фіксації.

За нашими переконаннями, вимогам лікування переломів проксимального кінця плечової кістки у літніх людей найбільше відповідають підвішуючі пов'язки, які здатні як достатньо надійно фіксувати ушкоджену кінцівку, так і забезпечити її раціональний руховий режим. Не отримала належного розвитку методика поетапного розширення рухового режиму при різних типах пошкоджень з перших днів після травми при використанні підвішуючих пов'язок.

А.А.Корж (1989) з оптимізмом припускає, що уточнення показань до функціонального консервативного лікування переломів і його широке поширення утримають першість консервативних методів лікування переломів серед інших методів (62-64%) і у майбутньому.

Мета дослідження. Розробка методики функціонального консервативного лікування переломів проксимального кінця плечової кістки при різних типах пошкоджень з використанням фіксуючих пов'язок.

Для реалізації наміченої мети були поставлені наступні завдання:

1. Вивчити стан проблеми лікування переломів проксимального кінця плечової кістки, визначити тенденції її вирішення та обґрунтувати перспективність дослідження в обраному напрямку.

2. Провести рентгенометричний аналіз переломів проксимального кінця плечової кістки з кутовим зміщенням і вивчити вплив цього зміщення на функціональні результати.

3. Розробити конструкції, типорозміри функціональних пов'язок для лікування переломів верхньої третини плеча і розробити систему консервативного лікування цих переломів.

4. Оцінити доцільність функціонального консервативного лікування 3- і 4-фрагментних переломів проксимального кінця плечової кістки у хворих літнього віку.

5. Вивчити результати функціонального лікування переломів хірургічної шийки плеча зі зміщенням.

6. Оцінити результати лікування переломовивихів плеча.

Наукова новизна одержаних результатів. Одержано нові знання щодо характеру зміщень при переломах проксимального кінця плечової кістки, на основі цього розроблено новий підхід у способі фіксації верхньої кінцівки, в результаті чого, дістав подальший розвиток функціональний напрям лікування переломів плеча. На основі антропометричних досліджень запропоновано набір типорозмірів фіксуючих пов'язок для функціонального лікування переломів проксимального кінця пле-

чової кістки. Запропоновано систему оцінки ймовірності виникнення інтенсивного больового синдрому і нейротрофічних порушень верхньої кінцівки у ранній післятравматичний період.

Практичне значення одержаних результатів. Запропонована удосконалена методика лікування дозволяє провести негайну фіксацію плечового суглоба при гострій травмі, полегшити переносимість хворими лікувального процесу, зменшити тривалість реабілітації та часу відновлення звичної активності потерпілих. Застосування м'яких пов'язок дозволяє ширше рекомендувати їх при лікуванні хворих з переломами проксимального кінця плечової кістки. На основі розробленого стандартизованого рентгенометричного аналізу характеру зміщень ми можемо прогнозувати результати лікування і окремі ускладнення. Вироблено технологію функціонального лікування при використанні підвішуючих пов'язок.

Положення, що виносяться на захист.

1. Особливості зміщення уламків при різних типах пошкоджень проксимального кінця плечової кістки.
2. Методика функціонального лікування переломів проксимального кінця плечової кістки.

Апробація роботи. Основні положення дисертації були представлені на засіданні наукового товариства ортопедів-травматологів Львівської області (м. Львів, 1995), на 6 з'їзді травматологів-ортопедів Республіки Білорусь (м. Вітебськ, 1996), науково-практичній конференції, присвяченій 25-річчю Львівської міської лікарні швидкої медичної допомоги (м. Львів, 1997), на Республіканській конференції, присвяченій 90-річчю з дня заснування ХНДІОТ (м. Харків, 1997), на засіданні Вченої ради ХНДІОТ (м. Харків, 1997).

Особистий внесок автора. Автором проведено підбір й підготовку матеріалів для дисертаційної роботи, аналіз результатів лікування хворих з переломами й переломовивихами проксимального кінця плечової кістки, виконано рентгенометричні дослідження та аналіз отриманих даних. Автор удосконалив функціональні пов'язки для верхньої кінцівки, розробив їх типорозміри. Всі хворі спостерігались і лікувались автором особисто.

За темою дисертації опубліковано 7 друкованих праць.

Обсяг й структура дисертації. Дисертація складається із вступу, 6 розділів, заключення, висновків, списку використаної літератури і додатків. Робота містить 199 сторінок машинописного тексту, 58 рисунків на 23 сторінках, 11 таблиць, додаток на 20 сторінках. Список літератури на 21 сторінці, складається із 185 джерел, з них 109 - на іноземних мовах.

Зміст роботи. За період 1993-1997 рр. нами проведено функціональне лікування 196 хворих із закритими переломами та переломовивихами проксимального кінця плечової кістки, що звернулись за медичною допомогою у Червоноградську ЦМЛІ Львівської області та ХНДІОТ. Віддалені результати (від 6 місяців до двох років) простежені у 176 хворих. Усі хворі лікувались та спостерігались автором особисто.

Середній вік хворих становив 61,5 років. Наймолодшому хворому було 26 років, найстарша хвора мала 96 років. Особам, віком понад 50 років належало більше 80% від усіх переломів. Жінки становили переважну більшість - 108 хворих (61,3%).

Усі переломи були розподілені і згруповані згідно класифікаційної системи С.С. Neer (1970). Вона базується на наявності чи відсутності зміщення одного або більше великих анатомічних фрагментів проксимального кінця плеча: головки плеча, великого горбка, малого горбка та тіла плеча. Уламок вважається зміщеним, якщо він має відхилення понад 1 см від анатомічного, або кутове зміщення більше, ніж на 45°.

Нами спостерігались переломи 4-х груп з 6 (згідно Neer). До першої групи увійшли переломи без зміщення або з незначним зміщенням - незалежно від кількості ліній зламу і їх локалізації (96 хворих - 55%). Переломів анатомічної шийки плеча зі зміщенням у нашій групі не було. 24% (42 хворих) становили двофрагментні переломи хірургічної шийки (переломи зі зміщенням). Окрему групу склали переломи зі зміщенням великого горбка (2-, 3-, 4-фрагментні переломи - 16 хворих (9%)). Двоє хворих з 4-фрагментними переломами (де наявне зміщення малого горбка) ми для зручності віднесли до попередньої групи, що допускається системою Neer. 24 хворих мали переломовивихи плеча (12%).

6 хворих працездатного віку було прооперовано: троє з приводу переломовивихів плеча, один з приводу двофрагментного перелому хірургічної шийки, двоє з приводу двофрагментних переломів великого горбка.

До контрольної групи увійшло 26 хворих. Вони також лікувались консервативно, але за традиційними методиками: іммобілізацією задньою гіпсовою шиною, відвідною торакобрахіальною шиною та скелетним витяганням, з подальшою реабілітацією.

При поступленні хворих проводились 2 обов'язкові взаємоперпендикулярні проекції рентгенограм - передньозадню і бокову лопаткову. Рентгенографія проводиться у положенні руки, приведеної до тулуба та зігнутої у ліктьовому суглобі. У передньо-задній проекції кут між центральним променем та сагітальною площиною становить 20-30°. Центральний промінь при цьому співпадає з віссю проксимального відділу плеча. У боковій лопатковій проекції рентгенівська трубка встановлюється горизонтально на рівні проксимального кінця плеча позаду тулуба з напрямком центрального променя ззаду наперед і латеральне до верхньої третини вертикально опущеного плеча вздовж площини лопатки.

Центральний промінь є паралельним до площини лопатки і утворює з фронтальною площиною тіла кут у 20-30°

Подібна методика не вимагає виконання додаткових рухів ураженою рукою, а відтак не посилює больовий синдром і не травмує ділянку плечового суглоба. Отримане початкове і незмінне положення уламків стає вихідним орієнтиром для подальшої репозиції. Вказані проекції дозволяють стандартизувати рентгенометричні орієнтири і зменшити непевність у питанні рентгендіагностики переломів та переломовивихів цієї ділянки.

На 300 парах рентгензнімків з неущкодженими кістковими структурами (забої плечових суглобів) нами попередньо встановлено величину нормального шийководіафізарного кута (ШДК) у $135\pm 3^\circ$ і величину кута ретроторсії плеча (КРТ) у $30\pm 2^\circ$ (на бокових лопаткових знімках). У нашій групі хворих при переломах хірургічної шийки плеча з кутовим зміщенням у фронтальній площині приблизно в однаковій мірі зустрічалось зміщення як у напрямку збільшення, так і в напрямку зменшення ШДК (у відношенні 7 до 9 переломів з 1 та 3 групи). Але у сагітальній площині ми спостерігали деформацію, що полягала у збільшенні кута між осями шийки та діафіза, тобто на бокових лопаткових знімках збільшувався кут нахилу осі шийки плеча (у всіх 25 випадках переломів з кутовим зміщенням). У випадках кутового зміщення, на бокових знімках не завжди було зміщення на прямих знімках, але у всіх випадках кутового зміщення у фронтальній площині спостерігалось типове зміщення у сагітальній площині.

У 6 хворих 3 групи з повним відокремленням головки від тіла у всіх випадках діафіз плеча зміщувався медіально і допереду. Функціональний підвивих плеча донизу зустрічався як при переломах зі зміщенням (2-, 3-, 4-фрагментних), так і при переломах з незначним зміщенням.

Для лікування уражень, що вивчались, ми використовували м'яку підвішуючу пов'язку, яка складається з гамака, підвішуючого та обмежувального ременів і 4-х регуляторів. Без окремого, повністю з'ємного обмежувального ремня, пов'язка перетворюється у власне підвішуючу пов'язку, яка допускає рухи у плечовому суглобі.

В процесі лікування ми користувались 2 видами пов'язок (з гамаком трапецієвидної та язикоподібної форм). На основі антропометричних досліджень 70 осіб різного віку, статі та конституції ми розробили 3 типорозміри пов'язок (великий, малий і середній), що придатні для фіксації верхньої кінцівки у переважної більшості хворих.

Пов'язки, що використовувались нами, дозволяли проводити рухи кистю, у променезап'ястковому та ліктьовому суглобах з перших днів після травми, тим самим, дозволяючи хворим обслуговувати себе самостійно, не здійснюючи при цьому передчасних болючих рухів у плечовому суглобі. Ранні рухи у плечовому суглобі розпочинали з тимчасового звільнення обмежувального ремня і здійснення пасивних хитальних рухів до відчуття болю при нахилі тулуба допереду. До повного зняття пов'язки практикували активні вправи з допомогою, що були важливим кроком у м'язовому "перенавчанні" і попереджали черезмірне напруження параартикулярної мускулатури плечового суглоба.

За 2-3 дні до зняття пов'язки обмежувальний ремінь знімався зовсім. Умовою зняття пов'язки було виведення травмованої кінцівки з напруженого стану. В подальшому використовувався широкий комплекс активних і пасивних вправ з переходом до силових.

Запропонована нами пов'язка незрівнянно легка від гіпсової, зручніша при носінні та під час сну. При правильній підгонці пов'язки хворі відзначають більш досконалу фіксацію плечового суглоба, ніж у гіпсовій шині. Ми постійно можемо контролювати стан шкірних

покривів, без зняття пов'язки виявляти момент клінічного зрощення перелому. Пов'язка дозволяє здійснювати рухи у всіх суглобах верхньої кінцівки і, у відповідні моменти, включати зону перелому в несення опорно-рухової функції.

Середній термін фіксації верхньої кінцівки у хворих з незначним зміщенням уламків (1 група) становив 11,4 дні. Практикувалась, якомога, більш ранні активні рухи у плечовому суглобі. Але тільки істотне послаблення болю дозволяло нам зняти пов'язку і проводити подальше відновне лікування.

У 6 випадках кутового зміщення понад 55° і у 6 випадках переломів з повним відокремленням головки від тіла плеча (хворі третьої групи)

проводили закрити репозицію під загальним або провідниковим знеболюванням.

Середній термін фіксації при переломах хірургічної шийки зі зміщенням становив 25 днів і був тривалішим при переломах з повним відокремленням фрагментів та розтрощених переломах. Час зняття пов'язки визначався після визначення моменту клінічного зрощення.

Найважче проходило лікування у 4 групі (зі зміщенням великого горбка - 2-, 3- і 4-фрагментні переломи). Фіксація тривала до 6 тижнів. Невелику клиновидну подушку використовували лише при розтрощених переломах хірургічної шийки і переломах великого горбка зі зміщенням. Процесу одужання заважав інтенсивний біль у плечовому суглобі та наполегливе обмеження рухів, що в окремих випадках подовжувало термін лікування до 9-10 місяців.

Після репозиції переломовивихів плеча за тракційною методикою до 3-х тижнів з дня травми проводилась строга фіксація плечового суглоба, що не допускала зняття обмежувального ременя.

Результати лікування оцінювались за числовим пропорційним методом Меєг за 100-бальною шкалою. Добрий та задовільний результат у нашій групі досягли 82% хворих, 18% мали незадовільний результат. Але результати істотно відрізнялись по групах.

Лише 5 хворих 1 групи отримали незадовільний результат (5%). Недостатня співучасть у лікувальному процесі, обумовлена різними причинами, призвела до тугорухливості плечового суглоба.

Три чверті хворих з переломами хірургічної шийки зі зміщенням мали добрий і задовільний результат. Погіршення результатів (до незадовільного і поганого) у 3 групі було зумовлене, переважно, наявністю болю (9 з 10 хворих). Біль був незначним, слабким або помірним, терпимим і не викликав серйозних порушень в активності хворих, не перешкодив сну, але його наявність знижувала загальну оцінку на 5-20 балів.

Точність вправлення у 3 групі не мала істотного впливу на результати лікування, зважаючи на хорошу здатність даної анатомічної ділянки до ремоделювання. Обмеженню відведення плеча сприяла лише варусна деформація плеча понад 45°.

При використанні підвішуючої пов'язки у трьох хворих з переломами хірургічної шийки з кутовим зміщенням ми спостерігали повне виправлення кутового зміщення у сагітальній площині

При переломах хірургічної шийки плеча з повним відокремленням головки від тіла після репозиції у всіх випадках на контрольних знімках відзначалось часткове вторинне зміщення уламків. У всіх випадках функ-

ціонального підввику головки плеча донизу в процесі зрощення підввику самостійно усувався без жодної корекції з нашого боку.

Загальна оцінка результатів у 4 групі була найнижчою серед всіх типів переломів (56% незадовільних і поганих результатів). Середній термін лікування у 4 групі хворих становив 5,5 місяців і був більшим у хворих із 3-і 4-фрагментними переломами. Процесу видужання заважав інтенсивний біль у плечовому суглобі (найбільш інтенсивний серед всіх груп хворих) та наполегливе обмеження рухів.

При 3- і 4-фрагментних переломах амплітуда і сила рухів продовжувала покращуватись і після 6 місяців з дня травми, включно до 10-12 місяців.

Після 3-фрагментного перелому в одного пацієнта, який страждав епілепсією, наступило незрощення в ділянці хірургічної шийки внаслідок, очевидно, інтерпозиції м'яких тканин, але хворий був вдоволений своїм станом і відмовився від оперативного лікування. Ретракція великого горбка у підакроміальний простір у 4-х хворих 4 групи дозволяла відводити плече до 90° і в половині випадків не викликала жодних больових відчуттів.

Переломовивихи, за винятком двох 4-фрагментних, були однорідними, передні з відривом великого горбка. Результати лікування у цій групі схожі з 3 групою, але терміни відновлення більш швидкі (за винятком багатофрагментних переломовивихів).

Найбільш істотний вплив на терміни відновлення, крім характеру перелому, мала підвищена емоційність та пригніченість загального стану (це стосується хворих усіх груп). У всіх групах остеохондроз шийного відділу хребта, цукровий діабет, обмінно-дистрофічний поліартрит і т. ін. сповільнювали реабілітацію хворих.

Рентгенологічний вигляд не відповідав функціональним результатам і був гіршим. Окремі ускладнення (деформація проксимального кінця плеча, остеоартроз, ретракція великого горбка у підакроміальний простір) не призводили до значного обмеження відведення плеча та інтенсивного больового синдрому. Тобто, неправильно зрощені переломи проксимального кінця плечової кістки можуть поєднуватись з хорошим функціональним результатом та відсутністю больового синдрому.

У контрольній групі хворих після зняття гіпсових пов'язок, відвідних шин і скелетного витягання визначалось значне посилення больового синдрому, яке в подальшому значно утруднювало реабілітацію. Крім того, після зняття гіпсових шин спостерігався набряк травмованої кінцівки (чого не було після зняття функціональних пов'язок).

Віддалені результати консервативного лікування в контрольній групі були гіршими (за 100-бальною шкалою), в середньому, на 8 балів, а терміни видужання більш тривалими. У хворих контрольної групи із переломами з незначним зміщенням повне відновлення тривало, в середньому, на 2 тижні довше, ніж в основній групі. А при переломах зі зміщенням у контрольній групі лікування було довшим, в середньому, на 5-6 тижнів.

Порівняльними критеріями в основній та контрольній групах ми визначили: 1 - переносимість лікування; 2 - больовий синдром; 3 - перебіг відновного лікування.

Хворі значно краще переносили лікування з допомогою підвищуючих пов'язок, чим при традиційних методиках (гіпсові шини, відвідні торакобрахіальні шини, скелетне витягання). У контрольній групі важче усувався больовий синдром. Перебіг відновного лікування при використанні підвищуючих пов'язок був більш гладким, контрольованим і прогнозованим з нашого боку.

Хворі, особливо літнього віку, загалом, схвалюють неоперативну методику лікування переломів зі зміщенням. Незважаючи на тривалий термін лікування 3- і 4-фрагментних переломів, при раціональній фіксації верхньої кінцівки, вичерпній реабілітаційній програмі можна добитись задовільних функціональних результатів. Вважаємо, що функціональною вимогою для плечового суглоба у літніх людей є активне відведення понад 60° (хоча, ця величина, загалом, є скромною) у поєднанні з можливістю покласти руку над головою і позаду шиї. Вичерпна реабілітаційна програма майже завжди успішна у досягненні функціонально достатніх рухів при будь-якому типі переломів (включно з 3- і 4-фрагментними переломами).

Розроблена методика функціонального консервативного лікування як самостійний метод немає показань у людей молодого віку при переломах хірургічної шийки плеча зі зміщенням на повний поперечник та при 3- і 4-фрагментних переломах проксимального кінця плечової кістки. Крім того, вважаємо недоцільним її самостійне використання при нестабільних переломах зі зміщенням у хворих, що мають часті епілептичні приступи.

У чому ми вважаємо ефективність запропонованої методики лікування? Вважаємо цю методику бережливою для хворих, зручною, доступною для будь-якої медичної установи. Вона дозволяє поетапно, поступово розширювати руховий режим для ушкодженої верхньої кінцівки, уникаючи при цьому різкого посилення больового синдрому. Розробле-

на методика від першого дня лікування направлена на ослаблення дії дегенеративних процесів у хворих літнього віку. дозволяє отримати задовільні результати у переважної більшості пацієнтів.

Провівши аналіз результатів лікування хворих, ми наступним чином окреслюємо технологію функціонального лікування переломів проксимального кінця плечової кістки при використанні підвішуючих пов'язок:

1. Підвішуюча пов'язка дозволяє з перших днів після травми проводити активні рухи кистю, у променезап'ястковому і ліктьовому суглобах.

2. Рука у пов'язці згинається у ліктьовому суглобі під гострим кутом для розслаблення м'язів і зменшення больового синдрому. Це положення руки вважаємо функціонально вигідним.

3. Хитальні пасивні рухи у плечовому суглобі при нахилі тулуба допереду із тимчасовим звільненням обмежувального ременя передують повному зняттю пов'язки. Проводяться також активні вправи з допомогою, без зняття пов'язки.

4. Обов'язковою умовою припинення фіксації є виведення травмованої кінцівки з напруженого стану.

5. Амплітуда і частота активних та пасивних вправ дозується за симптомом болю.

6. Рухова реабілітаційна програма вимагає індивідуалізації в залежності від типу перелому, віку, статі, переносимості лікування, психоемоційного стану хворого, вираженості больового синдрому та супутньої патології.

7. Переломи проксимального кінця плечової кістки з незначним зміщенням, незалежно від кількості ліній зламу, становлять собою єдину проблему, оскільки є стабільними. Хворим з подібними ураженнями настійливо рекомендуються якомога більш ранні рухи у плечовому суглобі.

8. Фіксація верхньої кінцівки при переломах хірургічної шийки зі зміщенням припиняється, коли перелом стає стабільним клінічно. Рациональною при цих переломах є фіксація на протязі 3-х тижнів з дня травми.

9. У перші дні після зняття пов'язки не рекомендується підняття руки з упором пальцями об стінку. У хворих з переломами великого горбка вправи на відведення і зовнішню ротацію проводяться з великою обережністю, без насильств і розтягувань.

10. Лікування хворих з 3- і 4-фрагментними переломами вимагає багатомісячної інтенсивної реабілітації.

ВИСНОВКИ.

1. Лікування переломів проксимального кінця плечової кістки є актуальною медико-соціальною проблемою, яка відносно ігнорується в літературі. Більшість різноманітних пов'язок, шин і пристосувань для лікування цих ушкоджень не відповідають сучасним вимогам, особливо у випадках уражень в осіб літнього та старечого віку.

2. Вершина кутового зміщення у проксимальному відділі плеча, незалежно від напрямку кута у фронтальній площині, однотипне направлена допереду і здатна самовиправляється від простого підвішування руки, але тільки у сагітальній площині. Кутова деформація до 40-45°, за умови повноцінного функціонального лікування не призводить до обмеження рухів у плечовому суглобі.

3. Розроблені і використані нами, м'які підвішуючі пов'язки для верхньої кінцівки забезпечують можливість функціонального лікування переломів проксимального кінця плечової кістки з перших днів після травми, дозволяють постійно дозовано навантажувати всі суглоби руки, є надійними і зручними для хворих та рекомендуються для практичного застосування.

4. Вичерпне, але тривале функціональне консервативне лікування 3- і 4-фрагментних переломів проксимального кінця плечової кістки дозволяє добитись у хворих літнього віку, загалом, задовільних результатів, направлених на відновлення їх щоденної активності, хоча рентгенологічне зображення кінцевих результатів є значно гіршим від функціональних.

5. Зміщення уламків до двох третин поперечника у ділянці хірургічної шийки добре ремодельюється при консолідації і не порушує функціональних результатів. При переломах хірургічної шийки плеча зі зміщенням на повний поперечник, після закритої репозиції, рухомість уламків призводить до часткового вторинного зміщення, яке, очевидно, потребує додаткової фіксації у молодих пацієнтів. Функціональні підвивихи плеча донизу не підлягають репозиції, самостійно усуваються і при функціональному лікуванні не погіршують кінцевий результат.

6. Двофрагментні переломовивихи плеча з відривом великого горбка з успіхом лікуються консервативно. Після багатофрагментних переломовивихів в осіб старечого віку за рахунок торакокапулярних рухів можна добитись необхідної здатності до самообслуговування.

СПИСОК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ.

1. Функциональное лечение переломов проксимального конца плечевой кости // Ортопедия, травматология й протезирование. -1997. -№1. - С. 77-81. - (Соавт. А. К. Попсуйшапка).
2. Функціональні пов'язки для лікування переломів та переломовивихів проксимального кінця плечової кістки // Медицина й ... -1997. - №1. - С. 11-13. - (Співавт. О.К. Попсуйшапка).
3. До питання консервативного лікування переломів проксимального кінця плечової кістки // Ортопедия, травматология й протезирование. -1997. - №3. - С. 101-102.
4. Про зміщення уламків у проксимальному відділі плеча та його вплив на функціональні результати // Ортопедия, травматология й протезирование. -1997. - №4 - С. 57-60.
5. Консервативнеє лечение переломов проксимального конца плечевой кости. - Львов, 1994. -8с.- Укр. - Деп. в ГНТБ України 20.04.94. № - 847-Ук94.
6. Функциональное лечение переломов верхней конечности // В кн. Мат. 6 съезда травматологов-ортопедов Республики Беларусь. -Витебск, 1996. - С. 225-226. (Соавт. А.К. Попсуйшапка, П.М. Воронцов, В.А. Литвишко).
7. Особливості надання невідкладної допомоги хворим із переломами та переломовивихами проксимального кінця плечової кістки // Сучасні аспекти невідкладної медичної допомоги конференції, присвяченої 25-річчю створення Львівської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. -Львів, 1997. - С. 159-160.

АНОТАЦІЯ

Іванів О.Г. Функціональне лікування переломів проксимального кінця плечової кістки. - Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.21 - травматологія та ортопедія. -Харківський науково-дослідний інститут травматології та ортопедії ім. проф. М.І. Ситенка, Харків, 1998.

Дисертація присвячена рентгендіагностиці та функціональному консервативному лікуванню переломів проксимального кінця плечової кістки при використанні підвішуючих пов'язок. Встановлено, що вершина кутового зміщення у проксимальному відділі плеча, незалежно від напрямку кута у фронтальній площині, однотипне направлена допереду і здатна самовиправлятися від простого підвішування руки. Запропоновано набір типорозмірів пов'язок для фіксації верхньої кінцівки. Вироблено технологію лікування переломів проксимального кінця плечової кістки. Обгрунтовано доцільність функціонального лікування переломів зі зміщенням у хворих літнього віку. Запропоновано систему оцінки ймовірності виникнення інтенсивного больового синдрому і нейротрофічних порушень верхньої кінцівки у ранній післятравматичний період.

Ключові слова: рентгендіагностика, функціональне лікування, проксимальний кінець плечової кістки, підвішуюча пов'язка.

АННОТАЦИЯ

Иванив О.И. Функциональное лечение переломов проксимального конца плечевой кости. - Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.21 - травматология и ортопедия. - Харьковский научно-исследовательский институт ортопедии и травматологии им. проф. М.И. Ситенко, Харьков, 1998.

Диссертация посвящена рентгенодиагностике и функциональному консервативному лечению переломов проксимального конца плечевой кости при использовании подвешивающих повязок. Установлено, что вершина углового смещения в проксимальном отделе плеча, независимо от направления угла во фронтальной плоскости, типично направлена кпереди и может самовыправляться от простого подвешивания руки. Предложено набор типоразмеров повязок для фиксации верхней конечности. Выработано технологию лечения переломов проксимального конца плечевой кости. Обосновано целесообразность функционального лечения переломов со смещением у больных пожилого возраста. Предложено систему оценки вероятности возникновения интенсивного болевого синдрома и нейротрофических нарушений верхней конечности в ранний послетравматический период.

Ключевые слова: рентгенодиагностика, функциональное лечение, проксимальный конец плечевой кости, подвешивающая повязка.

SUMMARY

Ivaniv O.G. Functional treatment of fractures of the proximal humerus. - Manuscript.

Thesis for the degree of candidate of medical sciences by speciality 14.01.21 - traumatology and orthopaedics. - The Kharkiv Scientific Research Institute of Orthopaedics and Traumatology named after Prof. M.I. Sytenko, Kharkiv, 1998.

The dissertation is devoted X-ray diagnosing and closed functional treatment of fractures of the proximal humerus with using sling. It is stated that the apex of the angle displaced in proximal humerus has typical direction forward, independently from frontal of its direction and this position may improved after suspending the arm. Typesetting slings were supposed by rest of arm. The technology of treatment of fractures of the proximal humerus was produced. It is proved the usefullness of functional treatment of displaced fractures in the elderly. The system of valuation probability origin intensive pain's syndrom and neurotrophic violation in posttraumatic period was suggest.

Keywords: X-ray diagnosing, functional treatment, proximal humerus, sling.