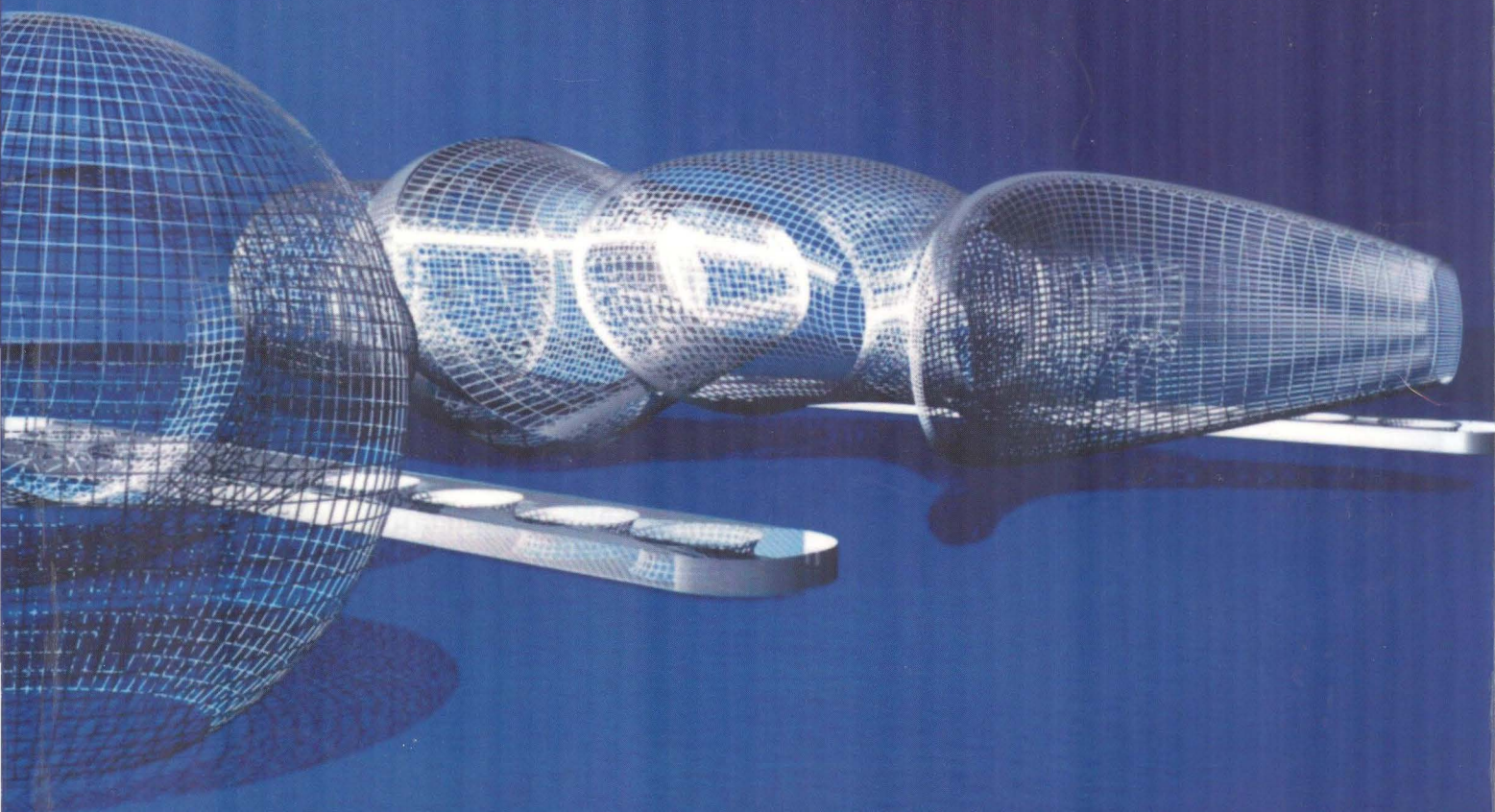


ISSN 1684-9280

Травматология ЖӘНЕ Ортопедия

Специальный выпуск



2/2005

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ПЕРЕЛОМОВ БОЛЬШОГО БУГОРКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Н.Б. ОРЛОВСКИЙ

Казахская государственная медицинская академия, Астана

Иық сүйегінің үлкен төмпешігінің ескірген сынықтарын оперативті емдеу нәтижелері көрсеткендей, жақсы нәтижелерге тек бірнеше арнайы шараларды іске асыру, міндетті түрде иықтың айландырғыш манжетасын қалпына келтіру арқылы қол жеткізуге болады.

Жарақат сәтінен уақыт неғұрлым ұзақ болса, соғұрлым ем нәтижесі нашар болады.

Results of treatment of old fractures of greater tubercul indicates that good results possible to perform specific manipulation with (manget,s) this depend upon duration of trauma.

Long duration hane not good results.

Оперативное лечение больных с застарелыми переломами большого бугорка плечевой кости мало освещено в литературе. Результатом смещения бугорка со временем становится синдром «замороженного плеча», «импиджмент-синдром» с развитием стойкой контрактуры и постоянных болей. По данным ряда авторов [1,2,3], смещение бугорка при его переломе на 1см и более всегда приводит к разрыву элементов вращающей манжеты плеча, следовательно, является показанием для оперативного вмешательства. Таким образом, цель оперативной коррекции при переломе большого бугорка плечевой кости - это восстановление вращающей манжеты плеча, что позволяет устранить дискоординированность в работе мышц - антагонистов - наружных и внутреннего ротаторов. Достичь этой цели можно либо путем фиксации бугорка к ложу, либо путем удаления бугорка с обязательной фиксации сухожилий ротаторов к плечевой кости [1,3,4].

В связи с этим при застарелом переломе большого бугорка следует выполнить ряд приемов, которые принципиально отличаются от операции, которая выполняется при свежих переломах.

Для этого необходимо во-первых качественно выделить фрагмент большого бугорка, максимально сохраняя его прикрепление с сухожилиями ротаторов. Далее следует иссечь рубцовую ткань из материнского ложа головки плеча. Следующим этапом следует произвести тенолиз сухожилий ротаторов с целью свободного подведения большого бугорка к материнскому ложу без отведения и наружной ротации плеча. В тех случаях, когда низведение невозможно следует мобилизовать прикрепляющиеся к нему ротаторы, путем послабляющих продольных разрезов с формированием трапецевидного лоскута с основанием, обращенным в сторону мышечной части прикрепляющихся ротаторов, что позволит повысить их мобиль-

ность. После выполнения отмеченных манипуляций бугорок фиксируется к материнскому ложу винтом, проволочной подсухожильной петлей или чрескостным швом.

Проведено 29 операций по поводу застарелых переломов большого бугорка в срок от 1,5 до 6 месяцев после травмы. Из них мужчин было 17, женщин 12. Перелом большого бугорка наступил вследствие вывиха плеча у 11 пациентов, у остальных - после других травм.

Операции выполнены из переднего крючкообразного доступа. Волокна дельтовидной мышцы разводили в стороны. Доступ позволяет ревизировать головку плеча, заднюю поверхность и субакромиальное пространство. После ревизии последовательно были выполнены описанные этапы. Для того чтобы было легче мобилизовать бугорок, мышцы манжеты прошивали полукисетным швом в пределах сухожильной ткани или проводили проволочную петлю. При необходимости этот же шов использовали для трансоссальной фиксации. При утрате связи большого бугорка с ротаторами, в случаях оскольчатого перелома, такие фрагменты удаляли, а сухожилия ротаторов подшивали по месту бывшего перелома. В этих случаях проводилась мобилизация сухожилий в виде трапециевидного лоскута, мобилизующие разрезы ушивали на всем протяжении узловатыми швами. Таким образом восстанавливалась вращающая манжета плеча. Когда выкраивались трапециевидные лоскуты, сухожильные волокна сшивали друг с другом на всём протяжении. Этим восстанавливали целостность вращающей манжеты.

Результаты изучены у 18 пациентов (62,1%) в срок от 1 до 5 лет. Благоприятные результаты получены в 15 случаях (83,3%). Неудовлетворительные результаты имелись в 16,7 % (3 пациента), что на наш взгляд обусловлено дав-

ностью травмы (в одном случае прошло 3 месяца и в 2 случаях - 6 месяцев).

Таким образом, проблема лечения пострадавших с застарелыми переломами большого бугорка возникает при их неудовлетворительном лечении сразу после травмы. Застарелые переломы большого бугорка требуют особого подхода при оперативном вмешательстве, а технически грамотно выполненные этапы позволяют и при застарелых переломах большого бугорка восстановить целостность вращающей манжеты плеча и получить функционально выгодное плечо.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. *Практическая травматология (Европейские стандарты диагностики и лечения)*. - М.: Книга плюс, 2002. - С. 5-29.
2. Момбеков М.К. *Хирургическое лечение проксимального отдела плечевой кости / Мат. 5 науч.-практич. конф. травматологов – ортопедов: Актуальные вопросы травматологии и ортопедии.* - Бишкек, 1999. - С.301-305.
3. Жосан В.И., Хырбу А.И. *Особенности хирургического лечения переломов проксимального конца плечевой кости // 5 съезд травматологов-ортопедов Республик Советской Прибалтики: Тезисы докладов.* - Ч.2. - Рига, 1986. - С.208-211.
4. Гурьев В.Н., Попова Т.П., Абдулхаков Н.Т. *Хирургическое лечение переломов проксимального конца плечевой кости // 5 съезд травматологов-ортопедов Республик Советской Прибалтики: Тезисы докладов.* - Ч.2. - Рига, 1986. - С.157-160.