

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХОВ В ПЛЕЧЕВОМ СУСТАВЕ

Р.А. Зулкарнеев, Р.Р. Зулкарнеев

*Кафедра травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных ситуаций
(зав. — проф. Р.А. Зулкарнеев) Казанского государственного медицинского университета*

Несоответствие суставных поверхностей, слабость большой по вместимости сумки плечевого сустава, отсутствие в нем связок, повышенная нагрузка в быту и во время работы, вызывающая ранние дегенеративно-дистрофические сдвиги в окружающих тканях, — вот причины, которые определяют тот факт, что до 50% всех вывихов приходится на плечевой сустав [1, 17] и до 7—10% всех переломов — на плечевую кость, причем в 70% случаев страдает ее проксимальный отдел. Последнее объясняется пожилым и старческим возрастом пострадавших, среди которых явления остеопороза не так уж редки.

Среди классификаций, принятых в практике, следует остановиться на классификации Ниира [17]. В ней к группе А относят переломы головки плечевой кости с 2—4 фрагментами, но без их значительного смещения, а к группе В — со смещением и выпадением отломков из полости сустава. Если переломы группы А еще можно лечить консервативно, то при повреждениях группы В возникают показания к оперативному вмешательству. Оперативное пособие должно быть щадящим, основанным на биологически оправданных приемах. Во избежание инфекции и остеолитического процесса следует широко скелетировать отломки, лишая их кровоснабжения со стороны надкостницы. Для соединения отломков применяются спицы, проволочный чрескостный шов, винты, пластинки. К сожалению, отдаленные результаты как после консервативного, так и оперативного лечения оказываются не столь благоприятными, особенно при оскольчатых переломах-вывихах [11, 14, 15, 20]: это некрозы, деформирующий артроз, тугоподвижность, боли как в покое, так и при движениях. Однако лишь удаление разрушенной головки делает пострадавшего инвалидом. По этой причине показания к этой операции нужно ставить очень осторожно [18].

Бенгнер и соавт. [6] обобщили 30-летний опыт лечения 2125 больных с переломами проксимального отдела плеча. Ими прослежена эволюция взглядов на тактику лечения и отмечено, что показания к оперативному лечению и эндопротезированию

стали ставиться чаще. О своем опыте в этой области сообщают Нэст-Колб и соавт. [16]. Кёнер и соавт. [12] с 1970 по 1980 г. наблюдали 167 больных после оперативного лечения, предпринятого по поводу перелома-вывихов в плечевом суставе. У 83 из них было произведено вправление вывиха и отломков с последующим остеосинтезом пластинкой, у 21 — для соединения фрагментов кости применялись шурупы, у 25 — спицы и у 8 — проволочный шов. Лишь у 4 больных отломки были удалены, и у 23 лиц было выполнено однополюсное эндопротезирование. Гнойные осложнения со стороны костной ткани отмечены у 7,2% больных. В 10,2% случаев авторы были вынуждены прибегнуть к повторным операциям: в 3 наблюдениях поводом послужила инфекция, еще в 3 — псевдоартрозы, в 6 — некроз кости, в одном — миграция шурупов и в одном — расшатывание протеза.

Результаты лечения были подведены через 43,2 месяца. Они оказались следующими: отличные — у 26, хорошие — у 26, удовлетворительные — у 45, неудовлетворительные — у 70. Фиксация пластинкой не оправдала себя у 29 (34,9%) из 83 больных, однополюсные протезы — у 20 (87%) из 23 больных. Такие итоги внесли некоторый диссонанс в ту ободряющую перспективу, которая открывалась после применения эндопротезов при переломах верхней трети плеча [9, 19, 21, 23].

Некоторые авторы [8, 10] считают, что эндопротезирование лучше выполнять у больных в возрасте от 50 до 60 лет, так как имеющийся у них остеопороз заранее обрекает любой остеосинтез на неудачу из-за последующего рассасывания кости. Лишь в особых случаях протезирование можно применить у молодых пациентов [10]. Более решительно высказались Т.А. Ревенко и соавт. [5]: “При разрушении более половины суставной поверхности головки плечевой кости показано протезирование ее проксимального конца”. Невольно возникает вопрос: может быть описанные неудачи объясняются использованием однополюсного протеза? В частности, Леонард и соавт. [13] сообщают о более успешном применении в этих случаях тотального эндопротеза плечевого сустава. Ниир и соавт.

[17] с 1974 по 1986 г. у 60 больных с переломо-вывихами в плечевом суставе выполнили 61 операцию эндопротезирования. Ими использовался протез Ниира, который предусматривает восстановление большого бугорка плечевой кости для прикрепления сухожильно-мышечного аппарата. Авторы считают, что лучше всего оперировать на 9-й день после травмы. Ими прослежены результаты на сроках от 18 месяцев до 12 лет: хорошими они оказались у 51 пациента, удовлетворительными — у 9 и лишь у одного операция была неудачной. Этот опыт перекликается с нашими данными [2, 3]. Случай несрастания и лизиса плечевой кости побудили Троттера и соавт. [24] признать необходимость пересадки аутокости, прочной фиксации и применения дополнительно костного цемента.

В аналогичной ситуации могут оказаться и пациенты с переломами дистального конца плечевой кости, особенно пожилого возраста. Раздробление дистального конца плечевой кости подлжит восстановлению или с помощью эндопротеза, или стабильной фиксации отломков с использованием металлических конструкций и костного цемента [20]. Бриин и соавт. [7] для возмещения травматических дефектов в области локтевого сустава рекомендуют применять массивные аллотрансплантаты. Н.П. Кожин и соавт. [4] получили хорошие результаты при эндопротезировании дефектов в области локтевого сустава. По данным Шифрина и соавт. [22], в литературе известно лишь 20 случаев успешных шееартропластик локтевого сустава. Пациенту в 1965 г. в возрасте 19 лет была выполнена гемиартропластика при многооскольчатом переломе дистального конца плечевой кости. Обследование, проведенное в 1989 г., показало, что сустав стабилен, полностью сгибается, а разгибание достигает угла в 140°. Пронация и супинация составляют от среднего положения 75°. Отсутствие разрушения ножки протеза, хорошая функция, стабильная фиксация протеза, наличие лишь незначительных оссификаций в области локтевой кости — все это через 20 лет позволяет расценивать результат операции как превосходный.

С нашей точки зрения, тактика лечения переломо-вывихов суставных концов плечевой кости во многом еще не разработана, но имеются возможности получения более благоприятных результатов.

1. *Бабич Б.К.* Травматические вывихи и переломы. — Киев, 1968.
2. *Зулкарнеев Р.А.* Экспресс-эндопротезирование с использованием полиуретана SKU-ПФЛ в ортопедии и травматологии. — Метод. рекомен. — Казань, 1982.
3. *Зулкарнеев Р.А.* Экспресс-эндопротезирование с использованием быстродействующих полимеров в медицине. — Казань, 1984.
4. *Кожин Н.П., Геллер И.И., Бабанов А.С., Хоранов Ю.Г.* // Мед.ж. Узбекистана. — 1989. — № 3. — С. 21—23.
5. *Ревенко Т.А., Гурьев В.Н., Шерстерна Н.А.* Атлас операций при травмах опорно-двигательного аппарата. — М., 1987.
6. *Bengner U., Johnell O., Redlund-Johnell I.* // Clin. Orthopaed. — 1988. — Vol. 231. — P. 179—183.
7. *Breen T., Gelberman R.H., Leffert R., Botte M.* // J. Hand Surg. — 1988. — Vol. 13-A — P. 900—907.
8. *Habermeyer P., Schweiborer L.* // Orthop>de. — 1989. — Bd. 18. — S. 200—207.
9. *Huten D., Duparc J.* // Rev. Chir. orthop. Repar. Appar. moteur. — 1986. — Vol. 72. — P. 517—531.
10. *Jaberg H., Jacob R.P.* // Orthop>de. — 1987. — Bd. 16. — S. 320—335.
11. *Kristiansen B., Christensen S.W.* // Acta orthopaed. scand. — 1987. — Vol. 58. — P. 124—127.
12. *Kuner E.H., Siebler G.* // Unfallchirurgie. — 1987. — Bd. 13. — S. 64—70.
13. *Leonhard Th., Demirhan M., Coffo H.* // Z. Orthop. — 1990. — Bd. 128. — S. 195—199.
14. *Meissner A.* // Aktuell Traumatol. — 1987. — Bd. 17. — S. 204—208.
15. *Moczewski K., Kozak J., Klapac B.* // P. Przegl. chir. — 1987. — Т. 59. — С. 956—960.
16. *Nast-Kolb D., Schweiberer L.* // Orthopäde. — 1989. — Bd. 18. — S. 208—213.
17. *Neer Ch. S., McIiven S.J.* // Rev. orthop. Repar. Appar. moteur. — 1988. — Vol. 74, suppl. 11. — P. 31—40.
18. *Nemec P., Skricka T. et al.* // Rozhl. Chir. — 1983. — t. 62. — с. 93—96.
19. *Neumann K., Muhr G., Breiffuss H.* // Unfallchir. — 1988. — Bd. 91, H. 10. — S. 451—458.
20. *Noack W., Kreuzsch-Brinker R., Trpte C.T.* // Z. Orthop>d. — 1987. — Bd. 125. — S. 233—242.
21. *Ross A.C., Wilson J.N., Scales J.T.* // J. Bone Jt. Surg. — 1987. — Vol. 69-B. — P. 656—661.
22. *Shifrin P.G., Jahnsen D.P.* // Clin. Orthopaed. — 1990. — Vol. 254. — P. 128—133.
23. *Tanner M.W., Cofield R.H.* // Clin. Orthopaed. — 1983. — Vol. 179. — P. 116—128.
24. *Trotter D.H., Dobozi W.* // Clin. Orthop. ed. — 1986. — Vol. 204. — P. 162—169.