

А.М. РАХИМБАЕВА, Ж.Г. СУЛЕЙМЕНОВ, Р.Г. ЧАЧИДЗЕ.,  
А.А. ДАВРЕШОВ, М.Н. ДЖАКСЫБАЕВ

Городская Больница скорой неотложной помощи, ГKB №7, г.Алматы

### ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

*Переломы проксимального отдела плеча являются интересной и в то же время сложной проблемой. При лечении этих переломов важно помнить, что имплантат не средство заживления перелома, а средство для фиксации отломков. Предоперационное планирование, опыт и понимание хирургии данного сегмента определяет правильный выбор имплантата и, в конечном итоге, эффект лечения. Переломы проксимального метаэпифиза плечевой кости составляют 4 – 5% всех переломов и 80% переломов плечевой кости. У лиц старше 60 лет они составляют 17% от всех переломов. В статье опубликован случай из практики, вниманию представлена история болезни. Где при оперативном лечении ложного сустава применен блокирующий стержень ChM. Послеоперационный период протекал без осложнений. Послеоперационная рана зажила per grima. Через 2 месяца, при контрольном осмотре имеются признаки неравномерной костной мозоли, боли отсутствуют, функция верхней конечности удовлетворительная: отведение 85°, умеренное снижение мышечного тонуса.*

**Ключевые слова:** остеосинтез, ложный сустав, пластина и блокирующий стержень

Травма во всех ее проявлениях является предметом изучения врачами многих специальностей: врачи-травматологи, нейрохирурги, общие хирурги, специалисты по лучевой диагностике (рентген, КТ, МРТ) и другие. Основными задачами клинициста в случаях травм являются:

- установления наличия травмы и ее медицинских характеристик, т.е. установление диагноза;
- выбор и осуществление наиболее рационального метода лечения, с тем чтобы от травмы осталось как можно меньше последствий для пострадавшего;
- реабилитация пострадавшего;
- анализ травматизма;
- разработка методов профилактики травматизма.

При выборе метода лечения травмы нельзя противопоставлять методы консервативного (репозиция, гипсовая повязка, скелетное вытяжение и др.) и оперативного лечения. Оперативное лечение переломов или остеосинтез не конкурирует, а дополняет методы консервативного лечения. В настоящее время оперативное лечение некоторых видов переломов является наиболее рациональным методом лечения для достижения наилучшей и ранней реабилитации больного, максимального восстановления функции поврежденного сегмента, а кроме того снижает риск развития разного рода осложнений травматической болезни при политравме и сочетанной травме.

При оперативном лечении переломов данной локализации частота осложнений достигает 48% (Сергеев С.В 2011год), что связано с отсутствием биомеханически обоснованных методов оперативного лечения в зависимости от характера повреждения и качества костной ткани и отсутствием унифицированной послеоперационной программы реабилитации больных. Актуальность проблемы не вызывает сомнений – данные переломы часто приводят к тяжелой инвалидности, что в свою очередь вынуждает использовать вспомогательные средства для жизнеобеспечения и реабилитации больных.

В городской клинической больнице скорой неотложной помощи в отделении травматологии находилась пациентка Х., 1951 года рождения с диагнозом: Ложный сустав в/3 правой плечевой кости. Пациентка неоднократно оперирована по поводу перелома проксимального отдела правой плечевой кости. Первая операция произведена в июле 2011 года – Открытый остеосинтез правой плечевой кости накладной пластиной. В ноябре 2011 года пациентка поступает повторно на стационарное лечение в плановом порядке уже с несросшимся переломом и сформированным ложным суставом, с дефектом костной ткани. Имелась патологическая подвижность в зоне перелома, отведение 30°, резкое снижение мышечного тонуса, беспокоили боли при активных и пассивных движениях. Проведена предоперационная подготовка, планирование. На рентген снимках лизис кости вокруг дистальных винтов с их миграцией, костномозговой канал закрыт в проксимальном и дистальном направлениях с неравномерной зоной склероза концов плечевой кости, имелись признаки остеопороза плечевой кости: снижение плотности костной ткани, истончение кортикального слоя, расширение костномозгового канала и пр. 12.11.11 выполнена операция - Удаление пластины, декорткация, рассверливание костномозгового канала, антероградный остеосинтез правой плечевой кости реконструктивным блокирующим стержнем ChM, с аутотрансплантацией костной ткани взятой с крыла подвздошной кости. Послеоперационный период протекал без осложнений. Послеоперационная рана зажила per grima. Через 2 месяца, при контрольном осмотре имеются признаки неравномерной костной мозоли, боли отсутствуют, функция верхней конечности удовлетворительная: отведение 85°, умеренное снижение мышечного тонуса

Философия лечения переломов проксимального метаэпифиза плечевой кости, должна строится на следующих положениях:

- Выбор оперативного метода лечения (если вы решили оперировать данный перелом) должен основываться на дифференциальном подходе, учитывающем как характер перелома, так и качество костной ткани. Оперируют такие переломы приблизительно в 20% случаев.
- Необходимо использовать имплантаты, обеспечивающие стабильную фиксацию и создающие биомеханическое равновесие в системе «кость – имплантат – сегмент».
- Блокируемые стержни позволяют выполнить стабильный остеосинтез метадиафизарных переломов в условиях снижения плотности костной ткани.

- Интрамедуллярный блокирующий остеосинтез ipsilateralных переломов проксимального отдела и диафиза создаёт условия для адекватной фиксации костных отломков, заживления перелома и восстановления функции конечности
- Внутрисуставные переломы (тип С3) являются показанием для первичного эндопротезирования плечевого сустава
- Остеосинтез, выполненный с учётом морфологии перелома, качества кости, биомеханики сегмента и обеспечивающий сохранение местного кровообращения позволяет проводить реабилитацию параллельно с процессом заживления перелома.

**А.М. РАХИМБАЕВА, Ж.Г. СУЛЕЙМЕНОВ, Р.Г. ЧАЧИДЗЕ.,**

**А.А. ДАВРЕШОВ, М.Н. ДЖАКСЫБАЕВ**

**ИЫҚТЫҢ ПРОКСИМАЛЬДЫ БӨЛІМІНІҢ СЫНЫҚТАРЫҢДА ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІНІҢ ӘДІСТЕМЕЛЕРІНДЕ ПЛАСТИНА МА СТЕРЖЕНЬ БЕ – СЫНАМАДАН (ПРАКТИКА) ӨТКЕН ЖАҒДАЙ**

**Түйін:** Иықтың проксимальды бөлімінің сынуы қызық та сонымен бірге күрделі мәселе. Бұл сынықты емдеу кезінде есте тұтатын жайт, имплантат дегеніміз – ол сынықты жазатын нәрсе емес, тек ғана сынықтарды белгілеуші құрал деуге болады. Отаны алдын-ала жоспарлау, тәжірибе мен хирургияның түсіністігінен имплантатты дұрыс таңдайды, әрине соңында емдеу әсері де ескеріледі. Иықтың проксималды метаэпизі сынуы барлық сынықтың 4-5 %-ын және де иық сынуының 80 %-ын құрайды. 60 жастан аскандар барлық сынықтың 17 %-ын құрайды. Остеосинтез – сынықтың морфологиясын, сүйектің сапасын, сегменттің биомеханикасын және қан айналысының сақталуын қамтамасыз ете отырып жасау сынықтың жазылу процесімен, реабилитациямен қатарласа жүретін құбылыс.

**A.M. RAKHIMBAYEVA, J.G. SULEYMENOV, R.G. CHACHIDZE, A.A. DAVRESHOV,**

**M.N. DZHAKSYBAYEV**

**CHOOSING METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF PROXIMAL HUMERUS.  
CASE FROM PRACTICE**

**Resume:** Fracture of proximate part of shoulder is interesting and also difficult problem. During the treatment very important to remember that the implant is not the way of healing the fracture but the way of fixation fragments. Presurgical planning, experience and understanding the surgery of this segment identify the right selection of implant and at last the effect of treatment. Fractures proximate Meta epiphysis of shoulder borne is 4-5 % all fractures and 80 % fractures of shoulder borne. The patients upper 60 compound 17% from all fractures. In the article published the anecdotal case, the medical card is given. Where in the operation of dysarthrosis was used the blocking nail ChM. Post operational period was without complications. The wound healed per prima. And after 2 months in control medical inspection it has irregular signs of osteomyelitis, the pain is absent, the functions of upper extremity is satisfactory: abduction is 85, temperate lowering of muscle tone.

**Keywords:** osteosynthesis, dysarthrosis, plate and blocking nail.