

В.Д. Шищук, А.М. Терехов, С.О. Крива
 Медичний інститут Сумського державного університету

Наслідки лікування переломів діафізу плечової кістки

У статті розглянуто наслідки лікування переломів діафізу плечової кістки спице-стрижневими апаратами. Проаналізовано супровідну медичну документацію пацієнтів, описано основні методи оперативного лікування.

Ключові слова: перелом плечової кістки, оперативне лікування, кісткова аутопластика, несправжні суглоби.

Вступ

Переломи діафізу плечової кістки та його ускладнення займають чільне місце серед травм опорно-рухової системи, становлячи 5–30% (Хвисюк Н.И. і соавт., 2002; Страфун С.С. та співавт., 2003; Гайко Г.В. та співавт., 2006; Ганул В.Р. і соавт., 2011; Попсуйшапка А.К., Литвишко В.А., 2014). Інвалідність серед пацієнтів становить 37% усіх травм, тому вибір методів лікування та зменшення ускладнень після нього є важливою і актуальною проблемою ортопедії та травматології.

Враховуючи обмежені можливості та значні ускладнення (до 30%) після консервативного лікування діафізарних переломів плечової кістки, більшість лікарів-ортопедів рекомендують використовувати методи зовнішньої фіксації (спице-стрижневі апарати), які дають можливість ранньої функції у суміжних суглобах (ліктьовому, плечовому) та зменшують період лікування у стаціонарі (Шищук В.Д. і соавт., 1991; Melkebeek J.V., 1994).

Мета статті — на основі аналізу клінічного матеріалу оцінити методики лікування пацієнтів із діафізарними переломами.

Об'єкт і методи дослідження

Клінічним матеріалом для дослідження були історії хвороб 27 пацієнтів із переломами діафізу плечової кістки, які перебували на лікуванні в період 2010–2015 рр. в Сумському ортопедо-травматологічному центрі Міської клінічної лікарні № 1. Вік пацієнтів становив 29–60 років. Серед постраждалих переважали чоловіки — 18 осіб (66,7%).

Відновне хірургічне лікування проведено 11 (40,7%) пацієнтам із наслідками діафізарних переломів плечової кістки. Усі вони — найбільш працездатного віку, що свідчить про необхідність і актуальність реабілітації осіб, які отримали інвалідність.

Серед хворих переважали постраждалі з несправжніми суглобами діафіза плечової кістки — 13 (48,1%) осіб. У 13 (48,1%) пацієнтів був незрощений перелом, у 3 (11,1%) — дефект ділянки діафіза плечової кістки внаслідок вогнепального ураження. У 8 (29,6%) хворих діагностували

тяжкі наслідки пошкодження плечової кістки, які виникли після відкритих переломів, і у 14 (51,8%) — після закритих. У 9 (33,3%) пацієнтів у середній третині, у 1 (3,7%) — в нижній третині плеча та у 2 (7,4%) — у проксимальному відділі плечової кістки локалізувалися несправжні суглоби.

При лікуванні незрощених переломів або несправжніх суглобів діафіза плечової кістки застосовували різні оперативні методики, які строго диференціювали з урахуванням особливостей кожного випадку.

Результати та їх обговорення

У 13 (48,1%) пацієнтів проведено закритий позавогнищевий дистракційно-компресійний остеосинтез плечової кістки спице-стрижневим апаратом. Показаннями до застосування цього методу були: відсутність ознак зрощення, гіпертрофічні несправжні суглоби плечової кістки, що супроводжуються кутовими деформаціями, зміщенням уламків. За допомогою методу позавогнищєвого остеосинтезу вдавалося повільно й атравматично усунути кутові деформації, вправити відламки, здійснити дозовану компресію та фіксацію відламків до повної консолідації.

Для 11 (40,7%) хворих із несправжніми суглобами застосована кісткова аутопластика. У деяких пацієнтів її поєднували з декоративною. Кісткову аутопластику застосовували при довго існуючих помилкових суглобах із вираженим склерозом решт уламків, атрофічних несправжніх суглобах, крайових дефектах плечової кістки. У випадках, коли незрощення супроводжувалося значним зміщенням уламків, кутовими деформаціями, кістковий аутопластиці передувала дистракційний остеосинтез за допомогою спице-стрижневого апарату. Це дозволяло зіставити відламки і нормалізувати вісь плечової кістки. Тільки за цих умов здійснювали кісткову пластику.

Зазвичай відламки не виділяли і міжвідламкову тканину не відсікали, щоб запобігти додатковому пошкодженню окістя і погіршенню репаративної регенерації. У всіх випадках для пластики використовували корково-губчастий трансплантат,

узятий із проксимального відділу великоомілкової кістки, крило поздовжньої кістки (8–10 см).

Кістковий аутотрансплантат укладали у сформований паз або на оновлену поверхню плечової кістки таким чином, щоб перекрити місце помилкового суглоба. Трансплантат фіксували накістковими пластинами. На кінцівку після операції у 19 (70,4%) випадків накладали спице-стрижневий апарат, у 8 (29,6%) — функціональну гіпсову пов'язку. Це зумовлено тим, що 20 (74,1%) пацієнтів, яким виконували оперативні втручання, мали виражені контрактури у ліктьовому і плечовому суглобах. У зв'язку з цим передопераційна підготовка була спрямована на відновлення рухливості в суглобах верхньої кінцівки, а також поліпшення кровообігу. З цією метою широко застосовували лікувальну фізкультуру для поліпшення функції суглобів, масаж м'язів надпліччя, передпліччя, кисті, ізометричну гімнастику. Широко використовували гомотерапію. Крім того, використання спице-стрижневого апарату дає стабільну фіксацію уламків та дозволяє в післяопераційний період рано розпочати розроблення рухів у суглобах верхньої кінцівки і до закінчення лікування значно зменшити контрактури в ліктьовому та плечовому суглобах.

Усунення тугорухливості або контрактур у суглобах верхньої кінцівки має не менш важливе значення, ніж досягнення консолідації уламків, оскільки значна кількість пацієнтів не зможуть виконувати колишню роботу і на період більш раціонального працевлаштування, згідно з положенням про лікарсько-трудова експертизу, їм призначають III групу інвалідності.

Висновки

Переломи плечової кістки — складна і тяжка патологія, яка зумовлює порушення функцій кінцівки і є основною причиною інвалідності. Відновне хірургічне лікування дозволяє відновити анатомічну цілісність пошкодженої кістки, функцію кінцівки та працездатність пацієнта. Вищевикладене дає можливість зробити висновок про переваги застосування спице-стрижневого апарату під час хірургічного лікування переломів плечової кістки, що дає

можливість ранньої реабілітації та зниження інвалідності.

Список використаної літератури

- Гайко Г.В., Калашніков А.В., Боєр В.А. та ін. (2006) Діафізарні переломи в структурі травм опіоно-рухової системи у населення України. Вісн. ортопед., травматол. та протезир., 1: 84–87.
- Ганул В.Р., Шишук В.Д., Биденко А.Г., Бабич В.А. (2011) Диагностика и лечение чрезмыщелковых и надмыщелковых переломов плечевой кости. Вісн. Сумськ. держ. ун-ту, серія «Медицина», 1: 129–141.
- Попсуйшапка А.К., Литвишко В.А. (2014) Проблемные вопросы теории лечения диафизарных переломов. Междунар. мед. журн., 20(3): 76–80.
- Страфун С.С., Курінний І.М., Безуглий А.А., Долгополов О.В. (2003) Стан та структура інвалідності у хворих з наслідками травми верхньої кінцівки. Літопис травматол. ортопед., 3(4): 95–99.
- Хвасюк Н.И., Король А.Е., Дергачев В.В. (2002) Чрескостный остеосинтез внутри- и околосуставных переломов бедренной и плечевой кости. Ортопед., травматол. и протезир., 2: 108–109.

- Шишук В.Д., Рынденко В.Г., Бэц Г.В. (1991) Клинические особенности применения стержневых аппаратов наружной фиксации при диафизарных переломах костей плеча. Ортопед., травматол. и протезир., 6: 16–19.
- Melkebeek J.V. (1994) Use of the Ilizarov system in the treatment of long bone shaft fractures. Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol., LX (Suppl. 2): 141–142.

Последствия лечения переломов диафиза плечевой кости

В.Д. Шишук, А.М. Терехов, С.А. Крива

Резюме. В статье рассмотрены последствия лечения переломов диафиза плечевой кости спице-стержневыми аппаратами. Проанализирована сопроводительная медицинская документация пациентов, описаны основные методы оперативного лечения.

Ключевые слова: перелом плечевой кости, оперативное лечение, костная аутопластика, ложные суставы.

Implications of the treatment of fractures of diaphysis of the humerus

V.D. Shishuk, A.M. Terekhov, S.O. Kriva

Summary. The implications of the treatment of fractures of diaphysis of the humerus with the spoke-rod apparatus were considered in the article. The accompanying medical records of patients were analyzed and the main methods of surgical treatment were described.

Key words: fracture of the humerus, surgical treatment, bone autoplasty, false joints.

Адреса для листування:

Шишук Володимир Дмитрович
40007, Суми, вул. Римського-Корсакова, 2
Сумський державний університет,
медичний інститут,
кафедра ортопедії і травматології
E-mail: trauma@med.sumdu.edu.ua

Одержано 18.10.2016

Реферативна інформація

Эффект плацебо работает, даже когда пациент знает, что принимает плацебо



Даже если пациент знает, что получает плацебо (метод Open-label placebo), прием плацебо дополнительно к стандартной терапии помогает облегчить хроническую боль и улучшает уровень повседневной активности.

Таковы результаты небольшого исследования, проведенного американскими учеными. Участниками исследования стали 83 пациента с хронической (продолжительностью ≥ 3 мес) болью в нижней части спины. Тех, кто был вынужден в течение последних 6 мес применять опиоидные анальгетики, исключали из исследования. Основная группа получала стандартную терапию и в течение 3 нед дополнительно — плацебо, причем от больных не скрывали, что это именно плацебо, не содержащее никаких активных в отношении хронической боли веществ. В контрольную группу вошли пациенты с аналогичной патологией, получавшие стандартную терапию.

В качестве плацебо использовали капсулы, заполненные инертной микрокристаллической целлюлозой, которые надо было принимать дважды в сутки. Для стандартной терапии применяли нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), в том числе и содержащие парацетамол.

Для оценки испытываемой боли использовали три шкалы опросника (для максимальной, минимальной и обычной боли), а также учитывали ограничения в повседневной активности, связанные с хронической болью (адаптированный опросник Роланда — Морриса для пациентов с болью в спине).

По истечении 3 нед в группе лиц, получавших «открытое» плацебо, отмечено более существенное снижение уровня боли по сравнению с начальным уровнем, чем в контрольной группе (28% против 5% соответственно; $p < 0,001$). При этом уровни максимальной и обычной боли снизились на 30%. Таким образом, уровень эффективности плацебо приблизился к значимому в плане определения клинической эффективности (30%), а по отдельным категориям достиг его.

Заслуживает внимания тот факт, что в контрольной группе уровень минимальной боли, наоборот, повысился за 3 нед стандартной терапии (таблица).

Таблица Изменения уровня хронической боли за 3 нед при применении «открытого» плацебо

| Оцениваемый критерий | Изменения в группе плацебо, % | Изменения в группе стандартной терапии, % | p |
|------------------------|-------------------------------|---|--------|
| Максимальная боль | 30 | 16 | 0,04 |
| Обычная боль | 30 | 9 | 0,02 |
| Минимальная боль | 16 | 25 | 0,008 |
| Ограничение активности | 29 | 0,02 | <0,001 |

Для дополнительного контроля использован метод перекрестного исследования, то есть по истечении 3 нед пациентам контрольной группы также дополнительно назначали «открытое» плацебо на следующие 3 нед. Примечательно, что и в таких условиях выявленная закономерность сохранялась ($p < 0,001$ для всех оцениваемых критериев).

Результаты данного исследования затрагивают не только тему эффективности «открытого» плацебо, но также и эффективности стандартной терапии при хронической боли с применением НПВП. Ранее уже продемонстрирована низкая эффективность препаратов парацетамола в отношении боли при остеоартрите.

Один из авторов исследования Ирвинг Кирш (Irving Kirsch) из Медицинского центра Бет-Израэль (Beth Israel Deaconess Medical Center) при Гарвардской медицинской школе (Harvard Medical School), Бостон, США, пояснил, что метод «открытого» плацебо может быть применен в частности для пациентов, не способных достичь облегчения с помощью стандартной терапии, и позволяет не нарушать канонов медицинской этики (как в случае применения «закрытого» плацебо у лиц, не дававших на то согласия). Помимо того, метод «открытого» плацебо можно задействовать в рамках выжидательной тактики перед назначением мощных опиоидных анальгетиков.

Brauser D. (2016) Taking a Placebo, Even Knowingly, May Decrease Chronic Lower Back Pain. Medscape, Oct. 28 (www.medscape.com/viewarticle/871092).

Carvalho C., Caetano J.M., Cunha L. et al. (2016) Open-label placebo treatment in chronic low back pain: a randomized controlled trial. Pain, Oct. 13 [Epub. ahead of print].

Алина Жигунова