

ОТКРЫТОЕ ВПРАВЛЕНИЕ СВЕЖИХ ПЕРЕЛОМОВЫВИХОВ ПЛЕЧА

А.Л. ТОЛСТЫХ

*ГБОУ ВПО ВГМА им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, ул. Студенческая, 10, г. Воронеж, Россия, 394036*

**Аннотация.** Закрытое вправление свежих переломовывихов плеча, когда линия перелома проходит по анатомической или хирургической шейке плеча сложнейшая задача для травматологов-ортопедов. В нашей практике в течение последних пяти лет прооперированы одиннадцать пациентов со свежими переломовывихами, когда линия перелома проходила по анатомической или хирургической шейке плеча. Предложена методика атравматичного вправления и остеосинтеза переломовывиха плечевой кости. Особенности методики: доступ с отсечением клювовидного отростка; частичное рассечение сухожилия подлопаточной мышцы; вправление головки плеча при помощи элеватора, шила или спиц с резьбой на конце. Винты проводят непосредственно через линию перелома для надежного стягивания отломков.

Предлагаемая автором методика лишена недостатков наиболее широко используемых в настоящее время доступов при подобных патологиях – нет широко обнажения отломков, дeваскуляризации кости. Следствием предлагаемого нами малоинвазивного вмешательства является быстрая, 2-2,5 месяца в сравнении с традиционными 3-3,5 месяца консолидация отломков. Практически полное восстановление объема движения в суставе и, как следствие социальная и трудовая реабилитация, в сравнении с высокой вероятностью эндопротезирования плечевого сустава, являющегося по данным литературы наиболее вероятным исходом подобных операций.

**Ключевые слова:** переломовывих плечевой кости; атравматичный остеосинтез.

OPEN REPOSITION OF FRESH SHOULDER DISLOCATIONS FRACTURES

A.L.TOLSTICH

*GBOU VPO VGMA of N. N. Burdenko Ministry of Health of Russia,  
Studencheskaya St., 10, Voronezh, Russia, 394036*

**Abstract.** The closed reposition of fresh dislocations fractures of the shoulder, when the line of the fracture runs on anatomical and surgical neck shoulder is the most complicated problem for orthopedic surgeons. In practical author's activity in the last five years, 11 patients with fresh dislocations fractures were operated; in these cases, the line of the fracture passed on anatomical and surgical neck shoulder. The proposed technique is non-invasive reposition and fixation of dislocations fractures. Features of this method are the access with truncation of the coracoid process; partial cutting tendons subscapularis muscle; the reduction of the head arm by means of elevator, pricker or threaded wires at the end. The screws were conducted directly through the line of fracture for reliable tightening of fragments. The author's technique has no flaws in widely used at present approaches for similar pathologies, namely: there is no extensive exposure of bone fragments, devascularization bones. This minimally invasive surgery is a quick (2-2,5 months) in comparison with traditional (3-3,5 months) consolidation of fragments. The author notes, almost full recovery of volume of movement in a joint, as a consequence of social and labor rehabilitation of patients, compared with a high probability of shoulder surgery that is according to the literature the most likely outcome of such operations.

**Key words:** fracture dislocation humeral bone; non-invasive osteosynthesis.

Закрытое вправление свежих переломовывихов плеча, когда линия перелома проходит по анатомической или хирургической шейке плеча можно считать скорее исключением, чем правилом (рис. 1).

На рисунке отчетливо видно дислокацию головки плечевой кости под клювовидным отростком. Линия перелома имеет достаточно большую продолжительность и косое направление через хирургическую шейку. Вправление плеча в таком случае затруднено из-за отсутствия возможности вытяжения по оси, непосредственное давление на головку приведет к повреждению мягких тканей ввиду наличия острых краев отломков кости. В большинстве случаев отдаленные результаты после оперативного вмешательства не уступают ни травматологов ортопедов, ни самих пациентов из-за развития аваскулярных изменений в головке плеча, контрактур, посттравматических артрозов.



Рис. 1. Рентгенограмма пациента С., 24 года с вывихом плечевой кости и переломом по хирургической шейке

С помощью консервативной техники вправления нам удалось вправить только один свежий переломовывих плеча у пациента, поступившего в клинику в течение одного часа после получения травмы. В доступной нам литературе сведений о консервативном лечении таких пациентов не встречено [1, 2, 3].

Основным способом лечения является оперативный. В нашей практике в течение последних пяти лет прооперированы одиннадцать пациентов со свежими переломовывихами, когда линия перелома проходила по анатомической или хирургической шейке плеча, из них четыре женщины и семь мужчин. Возраст пациентов от 23 до 48 лет.

Мы разработали атравматичную методику вправления, суть которой заключается в следующем. Техника операции: разрез на 1-2 см отступая от борозды между грудной и дельтовидной мышцей, что продиктовано опасностью повреждения v. cefelica.

Отсекается клювовидный отросток, частично надсекается подлопаточная мышца и капсула сустава для введения элеватора под суставную поверхность головки плеча. При помощи элеватора, шила или спиц с резьбой на конце головка плеча вправляется.

Манипуляции проводят таким набором инструментов, который позволяет оставить сохранными периостальные ткани. То есть манипуляции носят точечный характер, отломки провизорно фиксируют спицами, винтами и производят интраоперационный рентгеноконтроль (рис. 2).

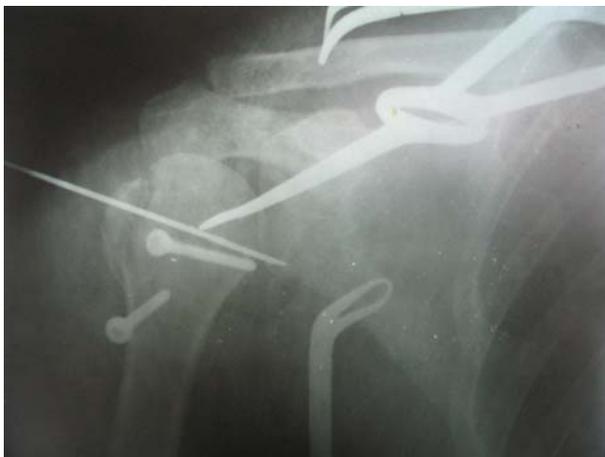


Рис. 2. Интраоперационная рентгенограмма пациента С., 24 года

На рисунке четко видно завершение этапа операции, когда произведено вправление вывиха, фиксация перелома хирургической шейки двумя винтами через линию перелома. Головка спицей фиксирована к лопатке в положении вправления.

При точном вправлении отломков провизорную фиксацию заменяют стабильным малоинвазивным остеосинтезом. Из нашей практики следует, что в подавляющем большинстве случаев линия перелома хирургической шейки при переломо-вывихе плеча имеет косую линию излома, что позволяет проводить винты непосредственно через линию перелома для надежного стягивания отломков.

Частично подсеченное сухожилие подлопаточной мышцы подшивается к месту тенотомии. Далее ход операции традиционный – послойное ушивание раны, асептическая повязка.

Рентгенографическое исследование сразу после операции, выполненное на примере одного из пациентов (больной К., 31 год) подтверждает, что головка плечевой кости трансартикулярно фиксирована к суставному отростку лопатки. Длительность фиксации от 2-х до 4-х дней, что продиктовано риском рецидива вывиха.

Иммобилизация косыночной повязкой сроком на один месяц. Через месяц при контрольном рентгенологическом обследовании пациента К. результаты удовлетворительные. Прослеживаются признаки формирования костной мозоли. Соотношение суставных поверхностей конгруэнтное.

Отсутствие нейро-трофических расстройств отчетливо видно на рисунке (рис. 3).



*Рис. 3.* Вид сформированного послеоперационного рубца больного К., 31 года через месяц после операции

Кожные покровы обычной окраски, отсутствует отек, атрофия мышц. Кожный рубец не более восьми сантиметров.



*Рис. 4.* Функциональный результат больного К., 31 через 2 месяца после операции

Функциональные результаты через два месяца после выполнения оперативного лечения переломовывиха плеча по разработанной нами методике – хорошие (рис. 4). Объем движений в плечевом суставе восстановился практически полностью. Через 71 день после операции пациент выписан на работу, режим работы – без ограничений.

Наблюдение за пациентом в течение четырех лет после операции позволяет констатировать полное восстановление функции оперированного плечевого сустава. Жалобы на боль, отечность, ограничение объема движений пациент не предъявляет.

Таким образом, предлагаемая нами методика лишена недостатков наиболее широко используемых в настоящее время доступов при подобных патологиях – нет широко обнажения отломков, деваскуляризации кости. Следствием предлагаемого нами малоинвазивного вмешательства является быстрая, 2-2,5 месяца в сравнении с традиционными 3-3,5 месяца консолидация отломков. Практически полное восстановление объема движения в суставе и, как следствие социальная и трудовая реабилитация, в сравнении с высокой вероятностью эндопротезирования плечевого сустава, являющегося по данным литературы наиболее вероятным исходом подобных операций.

**Литература**

1. Ваза А.Ю., Клюквин И.Ю., Хватов В.Б., Сластилин В.В. Костно-пластический вариант лечения многооскольчатых переломов плечевой кости (клинический случай) // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2012. № 3. С. 69–71.
2. Толстых А.Л. Особенности восстановления архитектоники кости при многооскольчатых переломах проксимального отдела плеча // Вестник новых медицинских технологий. 2014. №1. С. 73–76.
3. Zyto K. Non-operative treatment of comminuted fractures of the proximal humerus in elderly patients // Injury. 1998. 29(5). P. 349–352.

**References**

1. Vaza AYu, Klyukvin IYu, Khvatov VB, Slastinin VV. Kostno-plasticheskiy variant lecheniya mnogooskol'chatykh perelomov plechevoy kosti (klinicheskiy sluchay). Zhurnal im. N.V. Sklifosovskogo Neotlozh-naya meditsinskaya pomoshch'. 2012;3:69-71. Russian.
2. Tolstykh AL. Osobennosti vosstanovleniya arkhitektoniki kosti pri mnogooskol'chatykh perelo-makh proksimal'nogo otdela plecha. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. 2014;1:73-6. Russian.
3. Zyto K. Non-operative treatment of comminuted fractures of the proximal humerus in elderly patients. Injury. 1998;29(5):349-52.