

Выводы. Таким образом, переломы проксимального отдела плечевой кости относятся к сложным повреждениям опорно-двигательного аппарата, лечение которых у детей представляет значительные трудности вследствие анатомо-биомеханических и адаптационных особенностей этого сегмента верхней конечности. При лабораторных обследованиях пациентов выявлены нервно-мышечные дисфункции параметров произвольной и вызванной биоэлектрической активности мышц верхней конечности преимущественно в проксимальном сегменте в результате травмы, болевого синдрома. Интегральным критерием дисфункции мышц является разница (в процентах) амплитуды суммарной биоэлектрической активности мышц интактной и травмированной конечности и снижение амплитуды вызванных моторных ответов мышц при стимуляции периферических нервов. Выявленные первичные мышечные дисфункции непосредственно после перелома в дальнейшем могут вызвать вторичные нарушения моторной активности, стабильности суставов и сегментов верхней конечности, что в сочетании с клиническими данными является объективным обоснованием для расширения послеоперационной реабилитации пациентов с применением неврологических и физиотерапевтических средств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ функциональных результатов внутреннего остеосинтеза при переломах проксимального отдела плечевой кости / Е. Ш. Ломтатидзе, В. Е. Ломтатидзе, С. В. Поцелуйко, Е. А. Торопов // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2003. – № 3. – С. 62–66.
2. Гюльназарова, С. В. Осложнения при эндопротезировании плечевого сустава у пациентов с застарелыми переломами и переломо-вывихами проксимального отдела плечевой кости / С. В. Гюльназарова, В. И. Мамаев, Т. В. Зубарева // Гений ортопедии. – 2016. – № 1. – С. 48–51.
3. Гуркин, Б. Е. Обоснование тактики лечения больных с переломами проксимального отдела плечевой кости (клиническое и анатомическое исследования) : автореф. дис.... канд. мед. наук : 14.01.15 / Гуркин Борис Евгеньевич ; Рос. ун-т Дружбы народов. – Москва, 2016. – 24 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Белецкий А.А.¹, Герасименко А.М.², Третьяк С.И.¹, Деменцов А.Б.¹

¹6-я городская клиническая больница города Минска

*²Республиканский научно-практический центр травматологии
и ортопедии, Минск, Беларусь*

Введение. Данные травмы относятся к тяжелым и сложным для лечения повреждениям опорно-двигательного аппарата составляют около 5% среди всех переломов верхней конечности и 15-25% от всех травм плечевой кости [1]. При этом метод открытой репозиции с остеосинтезом спицами при лечении

переломов проксимального отдела плечевой кости у детей создаёт опасность грозных осложнений в послеоперационном периоде [2, с. 110; 3].

Цель. Улучшить результаты лечения переломов проксимального отдела плечевой кости у детей путем совершенствования способов диагностики, хирургического и этапного восстановительного лечения.

Методы исследования. За период с 2014 по 2025 г. в ДТОО УЗ «6-я городская клиническая больница» пролечено 73 пациента с переломами проксимального отдела плечевой кости со смещением отломков. Мальчиков – 40 (54,79%), девочек – 33 (45,21%). Причиной травм были: падения при занятии спортом (24 пациента – 32,9%); падение с велосипеда (17 пациентов – 23,3%), ДТП (12 пациента – 16,4%); падение с высоты (20 пациентов – 27,4%). Остеоэпифизеолизы – 97,5%; эпифизеолизы – 2,5%.

Результаты и их обсуждение. Прооперировано по разработанному способу 40 пациентов. В 29 (72,5%) случаях достигнута анатомическая репозиция отломков, в 11 (27,5%) в связи с наличием интерпозиции мягких тканей между отломками выполнялась открытая репозиция. Выписка – через 5-7 дней. Иммобилизация – 3-5 недель. Случаев замедлений консолидации и не сращений не наблюдалось.

Выводы. Закрытая репозиция по разработанному способу под контролем ЭОП с одновременным чрескожным остеосинтезом спицами при переломах проксимального отдела плечевой кости у детей является методом выбора и обладает такими свойствами как малотравматичность и высокоэффективность. Разработанный способ позволяет в 100% случаев достигнуть репозиции отломков (при отсутствии интерпозиции) и способствует сокращению сроков стационарного лечения, является методом профилактики послеоперационных осложнений и инфекций. Дифференцированный подход к выбору метода остеосинтеза при переломах проксимального отдела плеча у детей позволил получить в 98,6% случаев отличный и хороший клинический результат. На основании результатов проведенного лечения при переломах проксимального конца плечевой кости типа II по Salter-Harris показана закрытая репозиция и остеосинтез спицами по типу «диафиксации». При типе I по Salter-Harris – закрытая репозиция и интрамедуллярный остеосинтез спицей через наружный надмыщелок плечевой кости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лоскутов, А. Е. Лечение нестабильных трех- и четырехфрагментарных переломов плечевой кости в проксимальном отделе / А. Е. Лоскутов, В. Н. Томилин, М. Л. Головаха // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2004. – № 1. – С. 132-137.
2. Антипин, С. К. Комплексное лечение переломов проксимального конца плечевой кости у детей : дис... канд. мед. наук : 14.00.22 / Антипин Сергей Константинович ; Моск. обл. науч.-исслед. клин. ин-т. – Москва, 2006. – С. 110-117.
3. Лазарев, А. Ф. Чрескожный остеосинтез проксимального отдела плеча / А. Ф. Лазарев, Э. И. Солод, А. О. Рагозин // Лечение сочетанных травм и заболеваний конечностей : тез. материалов Всерос. юбил. науч.-практ.

конф. посвящ. 70-летию каф. травматол., ортопедии и военно-полевой хирургии РГМУ, Москва, 30 сент.-1 окт. 2003 г. / Рос. гос. мед. ун-т. – Москва, 2003. – С. 194.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ ПОСЛЕ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Бенько А.Н., Рачков Р.А.

*Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь*

Введение. Современная тактика лечения переломов большеберцовой кости основана на применении блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза (БИОС), который зарекомендовал себя как высокоэффективный метод фиксации. Однако, при всей технологичности БИОС, травматологи-ортопеды продолжают сталкиваться с высокой частотой развития хронического болевого синдрома в переднем отделе коленного сустава [1, с. 307]. По разным оценкам, с этой проблемой сталкиваются от 10 до 80% пациентов [2, с. 90]. Мультифакторный генез болевых ощущений делает вопрос профилактики и лечения данного осложнения все еще актуальным для современной травматологии.

Цель. Выявить причины развития хронической боли в коленном суставе, развивающейся после БИОС на основе ретроспективного анализа.

Методы исследования. В исследовании проведен ретроспективный анализ лечения 100 пациентов с закрытыми диафизарными переломами большеберцовой кости (тип АО: 42А–В) со смещением, которым выполнили антероградный БИОС большеберцовой кости с рассверливанием костномозгового канала в период с 01.01.2020 по 31.12.2024 в ОТО № 1 и ОТО № 2 УЗ «Минская областная клиническая больница». Хирургические вмешательства выполнялись квалифицированными специалистами, использовался идентичный дизайн фиксаторов. Все оперативные вмешательства выполнялись через медиальный парapatеллярный доступ. 37% пациентов предъявляли жалобы на боли в коленном суставе. Возраст данных пациентов варьировался от 18 до 65 лет, мужчины/женщины = 67,6%/32,4%. Оценивались данные рентгенографии в стандартных проекциях, компьютерной томографии (КТ) коленного сустава и голени с подавлением артефактов, ультразвуковое исследование (УЗИ) коленного сустава, топограмма нижних конечностей.

Результаты и их обсуждение. В ходе анализа КТ у 22% пациентов проксимальный косой блокирующий винт проходил трансартикулярно, пенетрируя в проксимальный межберцовый сустав, выстояние стержня над уровнем суставной поверхности большеберцовой кости от 3 до 5 мм у 18,9% пациентов, на 1-2 мм у 21,6%. У 5 пациентов в каждой из указанных подгрупп