

УДК 617.3 : 617.5-089 : 617.57 : 617-089.844 : 617-7

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ЛІКТЬОВОГО ВІДРОСТКА

Жук П.М.¹ Філоненко Є.А.² Гребенюк Д.І.¹

1. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

2. Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

У статті представлено аналіз результатів лікування хворих з переломами ліктьового відростка, які оцінені за шкалою Mayo Elbow Performance Score. Представлена система для блокованого інтрамедулярного остеосинтезу переломів ліктьового відростка.

Ключові слова: переломи ліктьового відростка, остеометалосинтез, лікування, контрактура.

Вступ

Переломи ліктьового відростка є актуальною проблемою сучасної травматології. Підшкірне розташування ліктьового відростка створює передумови для його частого травмування. Ізольовані переломи становлять близько 10 % переломів ліктьового суглоба й зустрічаються з частотою 1,08 на 10 тис. населення в рік, зазначені переломи становлять 7 % від усіх переломів, 38 % є ізольованими, решта – у складі політравми. Основною віковою групою травмованих є люди молодого та середнього віку. У переважній більшості випадків механізмом травми є падіння з висоти менше 2 м, безпосередній удар у ділянку ліктьового відростка та форсоване розгинання передпліччя. Вибір методу лікування переломів ліктьового відростка залежить від типу перелому. Незміщені переломи можна лікувати консервативно, але для профілактики контрактури більшість лікарів застосовують хірургічне лікування та ранній початок реабілітації [1]. Незважаючи на велику кількість сучасних методик лікування переломів ліктьового відростка, кількість незадовільних результатів залишається високою і становить 18,5–45,6 % за даними різних авторів. Указані особливості та частота випадків, зазначеного виду травми, обумовлює актуальність вивчення результатів ліку-

вання переломів ліктьового відростка та їх удосконалення для поліпшення результатів лікування [1-4].

Об'єкти, контингенти, методи дослідження

Проаналізовано результати лікування 58 пацієнтів Міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги, які з 2003 по 2013 р. перебували на стаціонарному лікуванні в травматологічному відділенні. Травму в побуті отримали 57 (98 %) пацієнтів і у 1 (2 %) пацієнта – виробнича травма. У 27 (47 %) випадках травма отримана під час заняття спортом, у 8 (14 %) – травма в ДТП.

Ізольовані переломи зареєстровані у 23 (39 %) пацієнтів, у травмованих з політравмою переломи ліктьового відростка були у 35 (61 %).

За класифікацією АО переломи ліктьового відростка розподілено на 3 групи – А, В і С [4]. Тип А – у 3 (5 %) пацієнтів, тип В – у 48 (83 %) і тип С – у 7 (12 %) хворих.

За статтю та віком обстежені пацієнти розподілені таким чином: переломи ліктьового відростка переважно виявлені у чоловіків – 37 (64 %), у жінок – 21 (36 %). Основна кількість травмованих були у віці від 30 до 60 років – 33 (57 %): віком до 30 років – 21 (36 %) пацієнт і понад 60 років – 4 (%).

Серед обстежених пацієнтів виконано:

- остеотомію ліктьового відростка з метою візуалізації дистального метаепіфіза плечової кістки для відкритої репозиції уламків, при переломах останнього – у 2;
- повторну операцію – у 19;
- ресинтез за Вебером – у 1 пацієнта (після активізації на наступний день отримав повторну травму, дислокацію уламків);
- видалення металоконструкції у зв'язку з її міграцією та відчуттям суб'єктивного дискомфорту – у 18 хворих.

При аналізі лікування, обстежених нами пацієнтів, у 4 (7 %) пацієнтів було застосоване консервативне лікування – гіпсова іммобілізація. Серед них у одного хворого при переломі типу А за класифікацією АО досягнуто добрий результат, ще троє хворих з переломами типу В та С відмовились від оперативного лікування. Решта 54 пацієнта (93 %) були прооперовані: за методикою Вебера – 39 (72 %) пацієнтів; виконана відкрита репозиція уламків, металоостеосинтез пластиною, у тому числі пластинами з кутовою стабільністю – у 9 (17 %); фіксація уламків гвинтом із серкляжем – у 6 (11 %).

Результати і їх обговорення

Результати лікування були оцінювалися за шкалою Mayo Elbow Performance Score, яка враховує такі 4 розділи: інтенсивність больового синдрому, обсяг рухів, стабільність і функціональність. У кожному розділі є від 3 до 5 підрозділів, відповідно до яких надаються бали, після підсумку балів оцінюється результат лікування[5].

У обстежених пацієнтів отримані такі результати:

- відмінний (понад 90 балів) – у 21 (23 %) пацієнта;
- добрий (75–89 балів) – у 28 (48 %);
- задовільний (60–74 бали) – у 7 (12 %);
- незадовільний (менше 60 балів – у

2 (4 %), у одного з пацієнтів була міграція дротяного серкляжа і повторне зміщення уламків, після чого була виконана повторна репозиція та остеометалосинтез, у іншого – виражена контрактура з больовим синдромом, що значно обмежило функціональність кінцівки.

Проведений нами аналіз показує, що традиційні методи лікування переломів ліктьового відростка дають можливість отримати добрі та відмінні результати в 71 % випадків, отже необхідним є вдосконалення методик лікування для покращення результатів лікування.

Розвиток методів лікування переломів загалом йде в напрямку можливості виконання малоінвазивних втручань, створення міжфрагментарної компресії в зоні перелома, та початку ранньої реабілітації з поверненням до повсякденного життя[6].

Нами розроблена методика остеометалосинтезу переломів ліктьового відростка з використанням блокованого гвинта, патент на корисну модель №73928. Використання зазначеного фіксатора забезпечує стабільний остеосинтез ліктьового відростка з міжфрагментарною компресією та знижує ризик міграції імпланта. Система для остеометалосинтезу складається з канюльованого гвинта з отвором для блокування; навігаційного пристрій, який з'єднується із голівкою гвинта для точного визначення місця формування каналу в кістковій тканині; та гвинта який блокує канюльовану систему.

Робота системи для блокованого інтрамедулярного металоостеосинтезу ліктьового відростка здійснюється наступним чином. Після анатомічної репозиції уламків ліктьового відростка вводиться шпигу Кіршнера діаметром 2 мм через ліктьовий відросток в канал ліктьової кістки. Напрямок та точку введення шпигу визначають відповідно до необхідного положення гвинта. Канюль-

ованим свердлом діаметром 4,5 мм та канюльованим мітчиком діаметром 7 мм по шпиці формується канал для введення гвинта. Вводиться канюльований гвинт діаметром 7 мм необхідної довжини, яка визначається індивідуально, зі створенням міжфрагментарної компресії. За допомогою відповідного навігаційного пристрою система блокується гвинтом діаметром 2,7 мм необхідної довжини для проходження двох кортикальних шарів ліктьової кістки.

Проведені нами дослідження вказують на відповідність розробленого фіксатора вимогам сучасної травматології. Імплант дає можливість малоінвазивного синтезу ліктьового відростка із створенням міжфрагментарної компресії та стабільності уламків. При цьому необхідно провести подальші клінічні та біомеханічні дослідження ефективності розробленої методики лікування для її вдосконалення та покращення результатів лікування травм ліктьового суглобу.

Висновки

Проведений аналіз свідчить, що переломи ліктьового відростка є актуальною проблемою сучасної травматології. Лікування переломів ліктьового відростка потребують анатомічної репозиції уламків, їх стабільної фіксації з міжфрагментарною компресією, ранній початок реабілітації. Класичним є металоостеосинтез за методикою Вебера. Вказана технологія застосовується лікарями найчастіше. Дослідження показують випадки виникнення нестабільності в ділянці перелому, міграції металоконструкції, повторне зміщення уламків, що значно погіршує результати лікування. Розроблена система для блокованого остеометалосинтезу ліктьового відростка дає можливість малоінвазивного синтезу ліктьового відростка із створенням міжфрагментарної компресії та стабільності уламків. При цьому необхідно провести подальші клінічні та біомеханічні дослідження ефективності розробленої методики лікування для її вдосконалення та покращення резуль-

татів лікування травм ліктьового суглобу.

Література

1. Canale T., Beaty J., Daugherty K. [et al.]. 2013, «Campbell's Operative Orthopedics», USA, Philadelphia : Elsevier, Twelfth edition, pp. 2241–2247.
2. Driscoll S., Jupiter J., Cohen M. [et al.]. 2003, «Difficult elbow fractures: pearls and pitfalls», Instr. Course Lect., Vol. 52, pp. 113–134.
3. Chalidis B., Sachinis C., Samoladas E. [et al.]. 2009, «Is tension band wiring technique the “gold standard” for the treatment of olecranon fractures? A long term functional outcome study», J. Orthop. Surg. Res., Vol. 3, pp. 157–162.
4. Бойко И. В. 2006, «Принципы и методы лечения контрактур локтевого сустава», Ортопедия травматология и протезирование, № 1, сс. 140–145.
5. Nimura A., Nakagawa T., Wakabayashi Y. [et al.]. 2010, «Repair of olecranon fractures using fiberwire without metallic implants : report of two cases», J. Orthop. Surg. Res., Vol. 5, P. 73.
6. Allende C., Gutierrez N., Savoy I., Allende T. 2012, «Double tension band osteosynthesis in transverse supracondylar distal humerus fractures and nonunions», International Orthopaedics (SICOT), Vol. 36, pp. 703–708.

References

1. Canale T., Beaty J., Daugherty K. [et al.]. 2013, «Campbell's Operative Orthopedics», USA, Philadelphia : Elsevier, Twelfth edition, pp. 2241–2247.
2. Driscoll S., Jupiter J., Cohen M. [et al.]. 2003, «Difficult elbow fractures: pearls and pitfalls», Instr. Course Lect., Vol. 52, pp. 113–134.
3. Chalidis B., Sachinis C., Samoladas E. [et al.]. 2009, «Is tension band wiring technique the “gold standard” for the treatment of olecranon fractures? A long term functional outcome study», J. Orthop. Surg. Res., Vol. 3, pp. 157–162.
4. Bojko I.V. 2006, «Principles and techniques of elbow contracture treatment», Journal of orthopedy, traumatology and replacement, № 1, pp. 140 – 145. (in Russian)
5. Nimura A., Nakagawa T., Wakabayashi Y. [et al.]. 2010, «Repair of olecranon fractures using fiberwire without metallic implants : report of two cases», J. Orthop.

Surg. Res., Vol. 5, P. 73.

6. Allende C., Gutierrez N., Savoy I., Allende T. 2012, «Double tension band osteosynthesis in transverse supracondylar distal humerus fractures and nonunions», International Orthopaedics (SICOT), Vol. 36, pp. 703–708.

Резюме

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛОКТЕВОГО ОТРОСТКА

Жук П.М., Филоненко Е.А.,
Гребенюк Д.И.

В статье представлен анализ результатов лечения больных с переломами локтевого отростка, которые оценены по шкале Mayo Elbow Performance Score. Представлена система для блокированного интрамедулярного остеосинтеза переломов локтевого отростка.

Ключевые слова: переломы локтевого отростка, лечение, металлоостеосинтез, контрактура.

Summary

MODERN TECHNIQUES IN OLECRANON FRACTURE TREATMENT

Zhuk P.M., Filonenko E.A.,
Grebenuk D.I.

Abstract. Treatment results of patients with olecranon fracture, is presented in the article. The results evaluated according to the Mayo Elbow Performance Score. Intramedullary interlocking system for olecranon fractures fixation is presented too.

Key words: fractures of tip of the elbow, olecranon fracture, treatment, metalosteosynthesis, contracture.

Впервые поступила в редакцию 17.04.2015 г.
Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.33-002.2+616.36.361-009:579.835.12

ВЛИЯНИЕ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ТЕСТИРОВАНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕАТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Короленко Р.Н. *, Авраменко А.А. **, Шухтина И.Н. ***

Отделение функциональной диагностики 4-ой горбольницы, г. Николаев*
Кафедра биологии человека и животных биологического факультета
Николаевского Национального Университета им. В.А. Сухомлинского**,
Центр прогрессивной медицины и реабилитации «Rea+Med», г. Николаев**;
Кафедра внутренней медицины №3, Одесский национальный медицинский
университет, E-mail: aaahelic@mksat.net

Было комплексно обследовано 43 больных хроническим неатрофическим гастритом, у которых при УЗИ-диагностике было выявлено дискинезию желчевыводящих путей. У 35-ти (81,4 %) пациентов в полости желудка определялось наличие желчи, вследствие чего на слизистой антрального отдела желудка по большой кривизне отсутствовали все формы НР-инфекции, а по малой кривизне активные формы присутствовали при низкой концентрации. На слизистой тела желудка по малой кривизне отмечалось наличие активных форм НР-инфекции при достоверно ($p < 0,05$) более высокой концентрации, чем по большой кривизне, при этом концентрация неактивных форм НР-инфекции достоверно ($p < 0,05$) была более высокая на слизистой тела желудка по большой кривизне, чем по малой кривизне.

Ключевые слова: хронический неатрофический гастрит, хеликобактерная инфекция, дискинезия желчевыводящих путей.