



УКРАЇНА

(19) UA (11) 78134 (13) C2
(51) МПК (2006)
A61F 5/01

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЗАКРИТИХ ПЕРЕЛОМОВИВИХІВ ПЛЕЧА

1

2

(21) а200505928

(22) 16.06.2005

(24) 15.02.2007

(46) 15.02.2007, Бюл. № 2, 2007 р.

(72) Галієнко Борис Іванович, Галієнко Арсен Борисович, Костюк Володимир Григорович

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПІРОГОВА, МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №2 М. ВІННИЦЯ

(56) Гостинцев В.К. Руководство к практическим занятиям по общей хирургии. - М.: Медицина, 1978. - С.192, с.196-200.

SU 1156670 A1, 23.05.1985

SU 300178 A1, 07.04.1971

(57) 1. Спосіб лікування закритих переломовивихів плеча, який включає укладання хворого на ліжко, 15-20 хвилинне скелетне витягнення з вагами у 5кг, пальпаторний контроль головки плеча з боку пахової западини з одночасним надавлюванням головки плеча у напрямку суглобової поверхні лопатки у момент ротаційних рухів кінцівкою, макси-

мальне приведення плеча до грудної клітки та його іммобілізацію, який **відрізняється** тим, що хворого укладають на спину на функціональне ліжко з балканською рамою, ушкодженій кінцівці надають вертикальне положення, через ліктьовий відросток проводять спицю Кіршнера і накладають витягнення з вагами вверх через блок, розміщений на балканській рамі, потім одномоментно здійснюють вправлення голівки за умови її розташування на краю суглобової западини лопатки та тракцію по осі плеча з силою, рівноцінною знятим вагам, далі згинають кінцівку, притискають її до тулуба, і утримуючи у такому положенні, садять хворого, після чого видаляють скобу зі спицею Кіршнера.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що за необхідності ваги поступово збільшують до 8-10кг, здійснюють 15-20 хвилинне витягнення, знову збільшують ваги до 12-15кг і проводять витягнення протягом 15-20 хвилин.

Винахід стосується медицини, зокрема, травматології та ортопедії і може бути використаний для лікування закритих переломовивихів плеча.

Відомий спосіб лікування закритих переломовивихів плеча шляхом постійного скелетного витягнення за допомогою апарата, запропонованого Н.П. Новаченко та Ф.Е. Ельяшберг [1]. Скелетну тягу накладають за ліктьовий відросток через блок з вагами у 3-4кг, хворого кладуть на ліжко, плечу надають вертикальне положення, на бокових петлях чіпляють ваги у 1-2кг. Спочатку, за необхідності, ваги збільшують до 6-8кг протягом 2 днів. Цей спосіб вправлення має ряд суттєвих недоліків. Досягти вправлення скелетним витягненням без ручної допомоги досить складно; вправлення та лікування пропонується виконувати не знімаючи скелетного витягнення, досягнуте після вправлення положення утримати важко, весь період лікування (1-2 місяці) хворий знаходиться у ліжку, тривале скелетне витягнення особливо погано переноситься хворими похилого віку та дає ряд ускладнень: пролежани, застійну пневмонію, ускладнює леге-

нево-серцеву недостатність.

Відомий спосіб одномоментного вправлення переломовивиху плеча з використанням утримуючого положення верхньої кінцівки після вправлення [2], взятий нами за прототип, містить наступне: після промедикації та місцевого знеболювання на кінцівку накладають шкіряно-паралонову манжету, хворого кладуть на ушкодженій бік на стіл таким чином, щоб ямка ушкодженої кінцівки була розташована між столами, під голову кладуть подушку, як це роблять при вправленні вивиху плеча за Ю.Ю.Джанелідзе. Спочатку до манжетки підвішують ваги у 5кг і руку хворого плавно виводять у положення відвісу. Після 20-ти хвилинного витягнення при невеликих ротаційних рухах руки і одночасному надавлюванні на головку зі сторони пахової западини у напрямку суглобової поверхні лопатки виконують вправлення та утримування репованих уламків і головки у порожнині суглоба. Під час вправлення головку плеча пальпаторно контролюють зі сторони пахової западини. Для попередження рецидиву вивиху та зміщення улам-

(13) C2

(11) 78134

(19) UA

ків кінцівці надають утримуюче положення, для чого плече та передпліччя максимально притискають до грудної клітки. Для збереження утримуючого положення кінцівки, її фіксують задньою гіпсовою шиною з опорою на здорове надпліччя або накладають пов'язку Дезо, укріплену гіпсовим бинтом. Таким чином утримуюче положення верхньої кінцівки є профілактикою рецидиву вивиху та зміщення уламків. Заштовхування голівки у порожнину плечового суглоба виконують одночасно з наданням верхній кінцівці утримуючого положення у той момент, коли хворого садовлять. Однак відомий спосіб має ряд недоліків: манжетне витягіння за допомогою ватів порушує кровообіг. Чим довше триває витягіння і причеплено більші ваги, тим більше виникає порушень кровообігу. Для виконання такого вправлення необхідні високий стіл і тумбочка або інше пристосування, оскільки ваги не повинні торкатися полу. Досить складним моментом є заштовхування голівки у порожнину суглоба у момент приведення руки до тулуба, адже однією рукою необхідно утримувати головку у порожнині суглоба і репонований перелом, а другою, захопивши ліктьовий суглоб, зігнути кінцівку і, зберігаючи витягіння по осі плеча, замість знятих вагів привести плече до тулуба. При цьому лікар знаходиться у незручному для роботи положенні, пахвова западина недостатньо доступна для огляду. Саме вправлення співпадає із зміною положення хворого (у момент вправлення хворого необхідно садовити), оскільки ніжка стола перешкоджає приведенню руки до тулуба. До того ж при застосуванні цього способу не можна використовувати ваги більше 8кг. Крім того маніпуляція потребує високої професійної підготовки лікаря.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу лікування закритих переломовивихів плеча, в якому за рахунок виконання певної послідовності дій забезпечується профілактика ускладнень, зручність виконання маніпуляції та рентгенконтролю, зменшується тривалість лікування та затрати на нього, значно легше переноситься хворим.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі лікування закритих переломовивихів плеча, який включає укладку хворого на ліжко, 15-20 хвилинне скелетне витягіння з вагами у 5кг, пальаторний контроль голівки плеча зі сторони пахової западини з одночасним надавлюванням голівки плеча у напрямку суглобової поверхні лопатки у момент ротаційних рухів кінцівкою, максимальне приведення плеча до грудної клітки та його іммобілізацію, згідно з винаходом, хворого кладуть на спину на функціональне ліжко з балканською рамою, ушкодженій кінцівці надають вертикальне положення, через ліктьовий відросток проводять спицю Кіршнера і накладають витягіння з вагами вгору через блок, розміщений на балканській рамі, потім одночасно здійснюють вправлення голівки за умови її розташування на краю суглобової западини лопатки та тракцію по осі плеча з силою, рівноцінною знятим вагам, далі згинають кінцівку, притискають її до тулуба, і утримуючи у такому положенні, садовлять хворого, після чого видаляють скобу зі спицею Кіршнера.

За необхідності ваги поступово збільшують до 8-10кг, здійснюють 15-20 хвилинне витягіння, знову збільшують ваги до 12-15кг і здійснюють витягіння протягом 15-20 хвилин.

Застосування функціонального ліжка з балканською рамою при виконанні маніпуляцій дозволяє за необхідності безперешкодно перевозити хворого в палату чи операційну. Проведення спиці Кіршнера через ліктьовий відросток та надання ушкодженій кінцівці вертикального положення необхідне для здійснення витягіння за допомогою вагів. Добрі результати та швидке вправлення голівки забезпечуються за умови її розташування на краю суглобової западини лопатки та виконання тракції по осі плеча з силою, рівноцінною знятим вагам. Утримання голівки у вправленому стані забезпечується не лише притисненням зігнутої кінцівки до тулуба, а й фіксацією ушкодженої кінцівки за допомогою гіпсовою пов'язки, для чого хворого садовлять і видаляють скобу зі спицею Кіршнера.

Спосіб пояснюється ілюстративно. На Фіг.1 представлено утримуюче положення верхньої кінцівки у момент вправлення переломовивиху у лежачому положенні. На Фіг.2 представлено положення кінцівки після вправлення переломовивиху і накладання гіпсової пов'язки.

Спосіб виконують таким чином. Після попередньої промедикації хворого кладуть на функціональне ліжко з балканською рамою, проводять новоканінову блокаду переломовивиху і можливого місця проведення спиці Кіршнера, далі ушкодженій кінцівці надають вертикальне положення і накладають витягіння вгору через блок на балканській рамі спочатку вагою 5кг, потім через 15-20 хвилин, за необхідності, збільшують до 8-10кг, спостерігають за хворим зі сторони пахової западини за положенням голівки плеча. За необхідності ваги через такий же проміжок часу збільшують до 12-15кг. Якщо голівка підійшла до краю суглобової западини лопатки, що можна проконтролювати пальпаторно і рентгенологічне, то попередній підготовчий етап завершено і приступають до виконання маніпуляції. Вправлення перелому забезпечують застосуванням скелетного витягіння з великими вагами і рідко потребують ручної допомоги. Вправлення голівки плеча досягають її надавлюванням у напрямку суглобової поверхні лопатки у момент приведення плеча і невеликих ротаційних рухів ним. Для цього другою рукою виконують тракцію по осі плеча, рівноцінно знятим помічником вагам, і плече максимально приводять до грудної клітки. Кінцівку при цьому згинають.

Коли плече приведенне до тулуба і вправлено вивих, хворого садовлять, видаляють скобу зі спицею Кіршнера і накладають задню глибоку гіпсову шину з опорою на здорове надпліччя чи пов'язку Дезо, закріплену гіпсовим бинтом. При необхідності перед видаленням скоби та спиці роблять рентгенологічний контроль. За відсутності лікаря-спеціаліста вправлення може бути тимчасово відкладено при збереженні скелетного витягіння.

Якщо перед вправленням переломовивиху плеча клінічне видно, що голівка не змінює свого положення (не наближається до суглобової западини) - скелетне витягіння продовжують у палаті

на тій же функціональній кроваті для динамічного спостереження з більшими вагами.

Наводимо приклад практичного використання способу. Приклад 1. Хвора М., 51 року. Д-з: скалковий переломовивих правого плеча. Виконано одномоментне вправлення після витяжіння з вагами у 8-10кг за запропонованим вище способом. Після вправлення переломовивиху кінцівки накладена гіпсова пов'язка Дезо. Віддалені результати простежені протягом кількох років. Функція кінцівки відновлена майже повністю (незначне обмеження ротаційних рухів у правому плечовому суглобі).

Приклад 2. Хвора К., 35 років, 16.07.01р. після автоаварії одержала травму правого плечового суглоба - переломовивих правого плеча з парезом верхньої кінцівки. Здійснено скелетне витяжіння, одномоментне вправлення, іммобілізація в утримуючому положенні, відновлювальна терапія. Через 1,5 місяці після вправлення вивиху і репозиції перелому наступила його консолидація, але головка плеча не утримувалася у порожнині плечового суглоба (знаходилася у положенні підвивиху). Продовжено відновне лікування (ЛФК, масаж, вітамінотерапія, прозерин та ін.). Відновлення рухів у правій верхній кінцівці наступило через 9міс. після травми. Головка плеча стала утримуватися у порожнині плечового суглоба.

Запропонований спосіб лікування закритих переломовивихів плеча має такі переваги; більш безпечний і виключає ускладнення, можливі при

застосуванні манжетки; легше переноситься хворим, і тому після вправлення і іммобілізації верхньої кінцівки хворий може бути переведений на амбулаторне лікування; у момент вправлення лікар і хворий знаходяться у більш зручному положенні і вправлення виконується легше, більш доступним є рентгенологічний контроль; за необхідності вправлення може бути відстрочене. Крім того вправлення головки плеча здійснюється у положенні хворого лежачи, а накладання гіпсової пов'язки після вправлення уже у положенні сидячи, таким чином, немає необхідності одночасно вправляти вивих головки, утримуючи перелом, і садовити хворого. Запропонований спосіб більш доступний для травматологів середньої кваліфікації.

Спосіб лікування закритих переломовивихів плеча використаний у 75 хворих з закритими переломовивихами та вивихами головки плечової кістки. У всіх випадках досягнуто повне або майже повне відновлення функції ушкодженої кінцівки.

Джерела інформації:

1. Галиенко Б.И., Кучеренко А.Е. Иммобилизация при лечении переломовывихов плечевой кости // Ортопед, травматол. и протезир. - 1972. - №5. - С.47.

2. Галиенко Б.И. К методике щадящего вправления вывихнутого плеча // Рационализаторские предложения и изобретения в медицине. - К.: Здоров'я, 1974. - С.26-27.



Фіг. 1



Фіг. 2