

лідації, особливо в осіб 18–30-річного віку, оскільки внаслідок інтенсивного кісткоутворення виникає небезпека виникнення труднощів при їх видаленні, особливо, коли

потовщена різьбова частина гвинта входить у вертельну зону. Важливо дотримуватися спеціального реабілітаційного режиму з обмеженням фізичних навантажень на суглоб протягом 5-6 років, виконання контрольних рентгенограм через кожні 6-8 міс. у перші 3 роки та 1 раз у рік до 5-6 років після операції, застосування хондропротекторів різних форм. Хворі є фізично активні, часто схильні порушувати рекомендації, перевантажувати суглоб, що створює умови для розвитку пізніх форм післятравматичних ДДУ.

## ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ГОЛОВКИ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ В УМОВАХ ЦЕНТРУ ТРАВМИ ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ЛІКАРНІ

Павлішен Ю.І., Витвицький В.Б.

*Хмельницька обласна лікарня, м.Хмельницький, Україна*

**Актуальність.** Лікування переломів проксимального кінця головки променевої кістки є однією із найбільш проблемних задач сучасної травматології. Використання різних методик, без урахування характеру і тяжкості пошкодження, зазвичай, приводять до незадовільних результатів лікування.

У формуванні ліктьового суглоба беруть участь три кістки – плечова, ліктьова та променева. Доля аксіального навантаження, яку витримує променево-плечовий суглоб, складає 60%. Видалення пошкодженої головки променевої кістки призводить до перерозподілу навантаження на плечо-ліктьовий суглоб, перенапруження ліктьової колатеральної зв'язки і, у кінцевому результаті, до вальгусної нестабільності і остеоартрозу ліктьового суглоба. Наявність супутнього пошкодження зв'язочного апарату, наприклад, у результаті вивиху, значно збільшує ризик цих ускладнень. Відсутність головки променевої кістки в дорослих при наявності непошкодженої міжкісткової мембрани не призводить до виражених порушень співвідношення довжин ліктьової і променевої кісток, але негативно відбивається на біомеханіці ротаційних рухів. Більшість хворих з видаленою головою променевої кістки відчувають дискомфорт у дистальному променево-ліктьовому суглобі. За останнє десятиліття з'явилися роботи, у яких автори приводять недалекі і віддалені результати заміни видаленої головки променевої кістки моноблочними і біполярними імплантатами.

У теперішній час запропоновані різні методи остеосинтезу проксимального відділу головки променевої кістки. Незважаючи на це, у клінічній практиці найбільш часто застосовується резекція головки променевої кістки, що може викликати ряд ускладнень: вальгусна деформація, кісткові розростання навколо резекції, осифікати, остеоартроз тощо. Через це доцільно за можливістю зберігати головку променевої кістки, використовуючи різні методи остеосинтезу. При цьому дотримуватись основного принципу лікування – відновлення анатомії ліктьового суглоба.

**Мета роботи.** Проаналізувати результати надання первинної допомоги та визначення подальшого методу лікування перелому головки променевої кістки із



застосуванням остеометалосинтезу пластин з кутовою стабільністю, резекцією та видаленням головки променевої кістки та проведенням одномоментної ручної репозиції з накладанням гіпсової іммобілізації.

**Матеріали та методи.** У центр травми Хмельницької обласної лікарні було в 2011-2014рр. доставлено 42 пацієнта з переломами проксимального відділу головки променевої кістки. Вік пацієнтів - 20-59 років, час з моменту травми до надання невідкладної допомоги коливалися від 1 до 6 годин. Кількість жінок – 33,3% (14), чоловіків – 66,7% (28).

Основними скаргами пацієнтів були: больовий синдром при фізичному навантаженні та в спокої, обмеження супінаційних та пронаційних рухів, зниження сили китиці, деформація ліктьового суглоба. У всіх хворих було діагностовано первинну травму, закритий перелом, відсутність супутніх пошкоджень. За класифікацією АО переломи типу А зареєстровані в 9 хворих, тип В - у 12, тип С - у 21 хворого.

Показами до оперативного лікування були: біль у ліктьовому суглобі, обмеження супінаційних та пронаційних рухів, зниження сили китиці, деформуючий артроз ліктьового суглоба.

У період надання допомоги були проведені: рентгенографія, трьохвимірні комп'ютерна томографія з реконструкціями у сагітальній і фронтальній площинах.

9 госпіталізованим хворим проведено закриту одномоментну ручну репозицію відламків з гіпсовою іммобілізацією. 33 хворим проведено оперативне лікування, відкрита репозиція і остеосинтез головки променевої кістки Т-подібними АО пластинами з кутовою стабільністю (LSP) з латерального доступу – 29 пацієнтам (87,9%) і резекція та видалення головки променевої кістки – 4 пацієнтам (12,1%). Операцію виконували під контролем електронно-оптичного перетворювача (ЕОП).

**Результати досліджень.** Функціональні результати оцінювали за шкалою Green and O'Brien через 3-6 місяців та 1 рік. Відмінні та хороші результати отримано у 85% хворих. У групі хворих після закритої одномоментної ручної репозиції та накладання гіпсової іммобілізації отримано такі результати: відмінно – 1 (11,1%), добре – 2 (22,2%), задовільно – 3 (33,3%), незадовільно – 3 (33,4%). У групі хворих, яким виконувалися відкрита репозиція і остеосинтез проксимального відділу головки променевої кістки Т-подібними АО пластинами з латерального доступу, отримано такі результати: відмінно – 18 (62,1%), добре – 7 (24,1%), задовільно – 4 (13,8%). У групі хворих, яким виконувалися резекція та видалення головки променевої кістки із латерального доступу, отримано такі результати: задовільно – 1 (25%), незадовільно – 3 (75%).

**Висновки.** Застосування відкритої репозиції та остеосинтезу при проксимальному переломі головки променевої кістки в порівнянні із закритою одномоментною ручною репозицією і накладанням гіпсової іммобілізації дає міцнішу механічну фіксацію перелому з гарним функціональним результатом. Використання відкритої репозиції і остеосинтезу проксимального відділу головки променевої кістки пластинами (LSP) з кутовою стабільністю із латерального доступу дає більш кращий функціональний прогноз та перебіг реабілітаційного періоду (62,1% і 24,1%) у порівнянні з резекцією та видаленням головки променевої кістки (відсутність відмінних та добрих результатів).