

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Уральский научно-исследовательский
институт травматологии и ортопедии им. В.Д.Чаклина Министерства
здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

ОШИБКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОВЫВХАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Мамаев В.И., Гюльназарова С.В.

Екатеринбург, 2011г.

АКТУАЛЬНОСТЬ

ПЕРЕЛОМЫ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧА

- составляют от 6,6% до 9,3% от всех переломов костей скелета,
- из них 15% - переломы со смещением отломков,
- в 50% случаев приводят к выраженному нарушению функции верхней конечности.

АКТУАЛЬНОСТЬ

- В последние годы отмечен рост переломов проксимального отдела плечевой кости, которые вследствие допущенных тактических и технических ошибок заканчиваются неудовлетворительными исходами и приводят больных к инвалидности (Сысенко Ю.М., 1987; Ненашев Д.В., 2002; Сухин Ю.В., 2004).
- Пациенты нередко направляются и обращаются за помощью в поздние сроки, когда восстановление функции конечности оказывается проблематичным не только из-за несращения отломков и застарелых вывихов головки плеча, но и вследствие тяжелой ретракции мышц, "замороженного плеча" и травматической плексопатии.

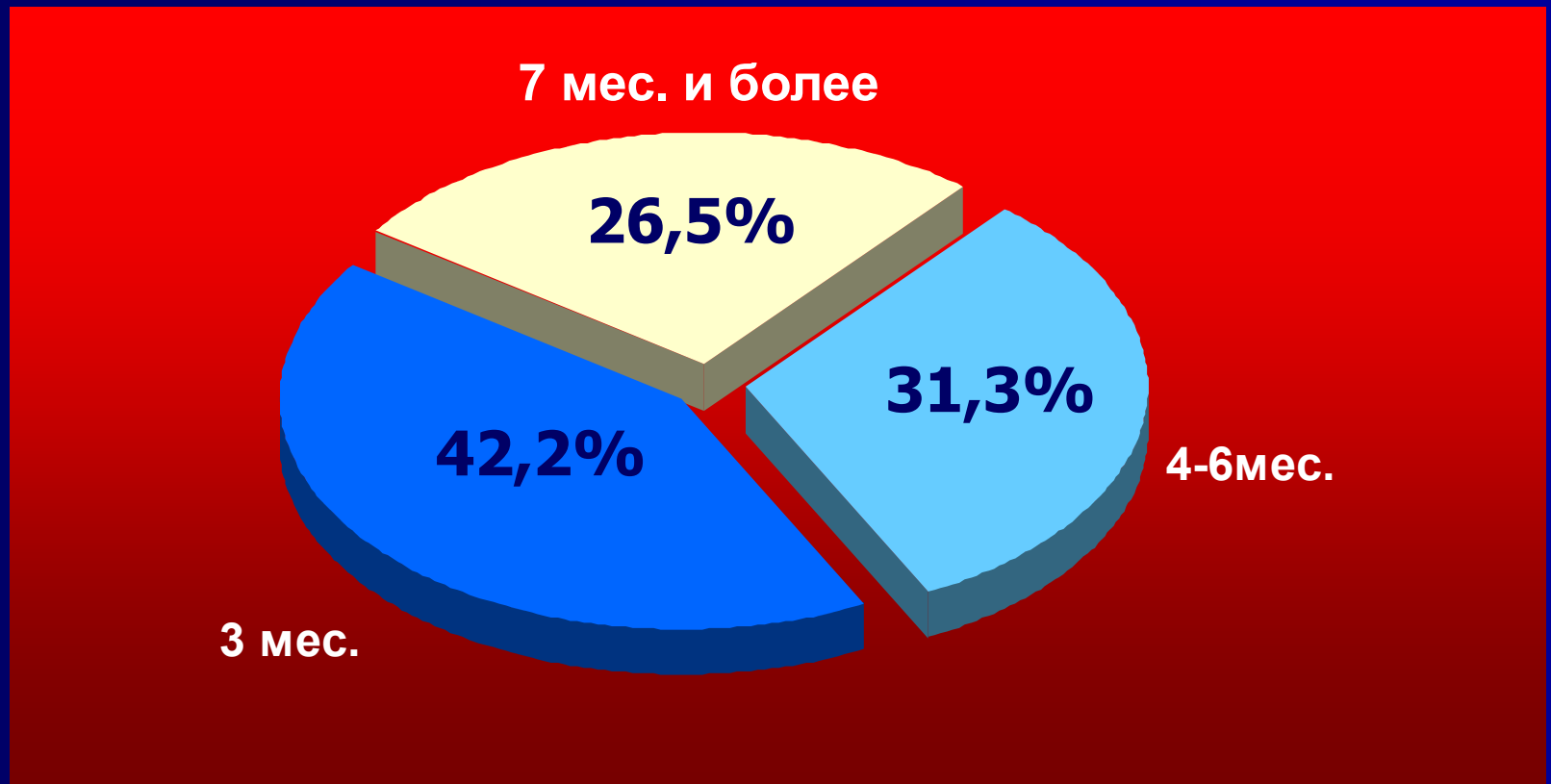
Цель работы:

изучить ошибки диагностики и лечения
больных с переломами вывихами
проксимального отдела плечевой кости.

Виды повреждений проксимального отдела плечевой кости (n=40)

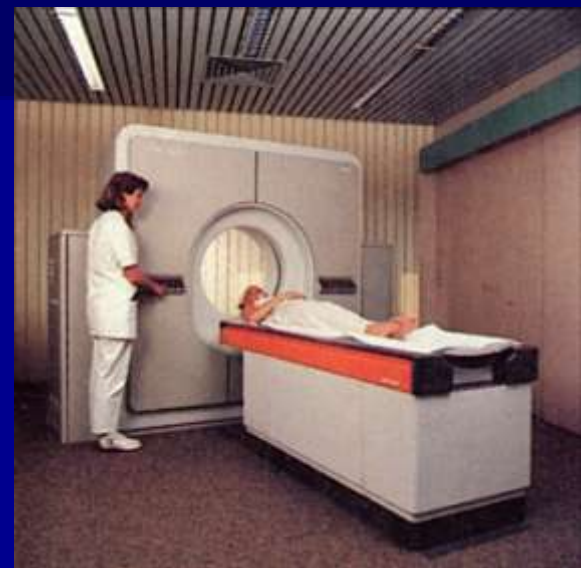


Сроки поступления больных с повреждениями проксимального отдела плечевой кости (n=40)

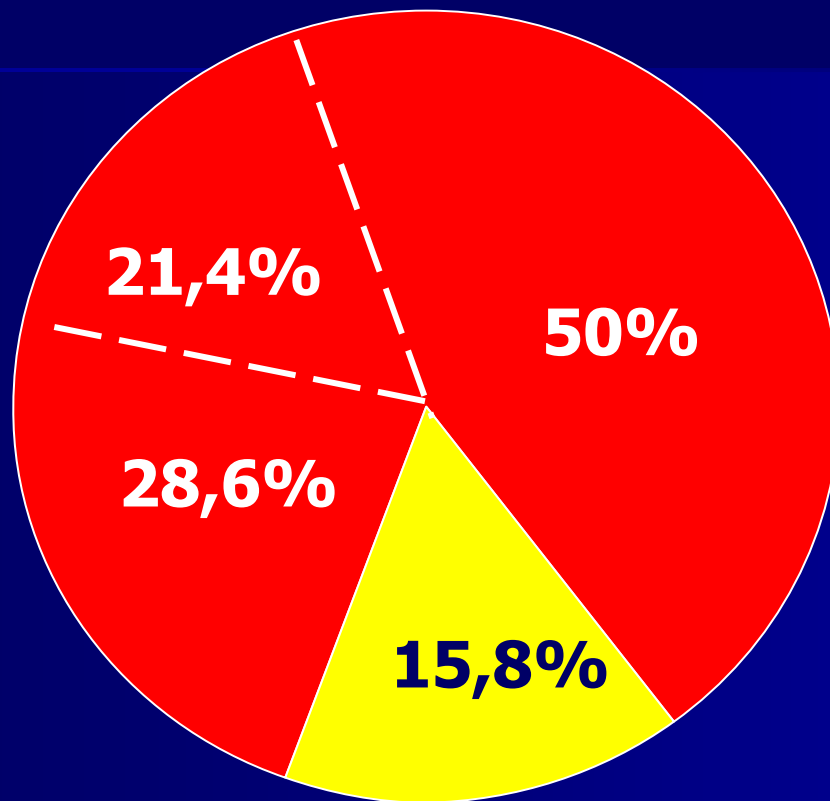


МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- Клинический
- Рентгенологический
- Сонография
- Магниторезонансная томография
- Компьютерная томография
- Рентгеновская денситометрия
- Электронеиомиография

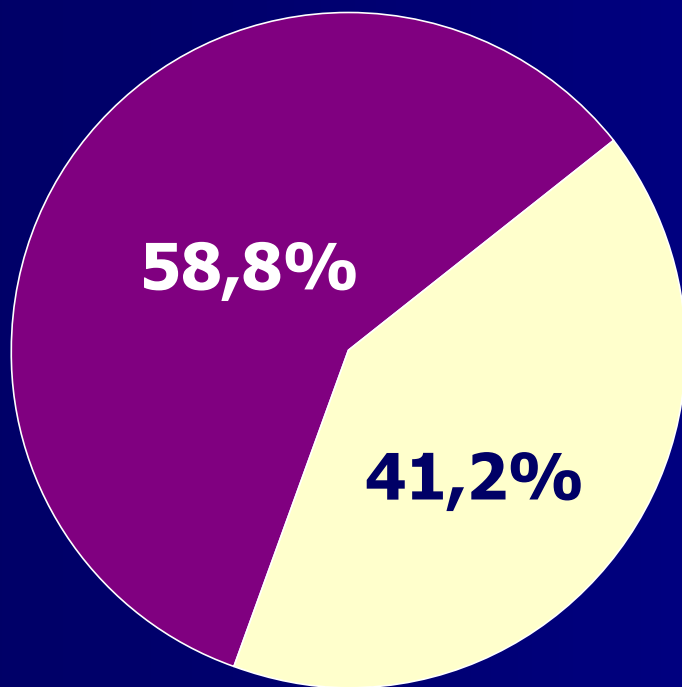


Посттравматические плексопатии у больных с повреждениями проксимального отдела плечевой кости



- 84,2% – наличие плексопатии из них: 50 % – C₄ - C₆
28,6% – C₄- Th₁
21,4% – C₅ - C₇
- 15,8% – отсутствие плексопатии

Комплексный регионарный болевой синдром у больных с повреждением проксимального отдела плечевой кости



■ Наличие болевого синдрома

■ Отсутствие болевого синдрома

Сопутствующие повреждения проксимального отдела плечевой кости

Повреждения сухожилия надостной мышцы

4

Дефект сухожилия длинной головки бицепса

3

Спаяние сухожилия длинной головки бицепса с отломками головки плеча

7

Причины позднего поступления больных с повреждениями проксимального отдела плечевой кости

Тактические ошибки (консервативная тактика при показаниях к хирургическому лечению)

17

Организационные ошибки
(позднее направление)

14

Диагностические ошибки
(несвоевременный диагноз)

6

Технические ошибки
(дефекты остеосинтеза)

3

КЛАССИФИКАЦИЯ ОШИБОК ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧА

- организационные,
- диагностические,
- тактические,
- технические,
- личностные.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОШИБКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧА

- Организационные ошибки встречаются при:
 - низкой квалификации врачебного персонала,
 - недостаточного оснащения оборудованием,
 - отсутствии специалистов,
 - позднем направлении в специализированный стационар,
 - позднем обращении больных за помощью,
 - необоснованно длительных курсов консервативного лечения и отсутствии положительной динамики при этом.

Пациент Ш., 1941 г.р., 4,5 года после травмы.

Диагноз: псевдоартроз проксимального метафиза правой плечевой кости. Застарелый подклювовидный вывих головки правого плеча. Асептический некроз головки правого плеча.

Не диагностирован вывих плеча из-за отсутствия аксиальной проекции сустава, позднее направление в специализированный стационар



Пациентка К., 1938 г.р., 1,5 года после травмы.

Диагноз: псевдартроз проксимального эпиметафиза, неправильно сросшийся перелом головки правого плеча.

Отказ от закрытой ручной репозиции, фиксация 1,5 мес. шиной Волковича, длительное консервативное лечение контрактуры сустава



Пациентка М., 1949 г.р., 6 лет после травмы.

Диагноз: псевдоартроз хирургической шейки правой плечевой кости
– исход перелома и остеосинтеза пластиной

Позднее направление в специализированный стационар (через 6 лет после травмы)



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧА

- Диагностические ошибки встречаются при:
 - ошибочном диагнозе,
 - неполном диагнозе (гиподиагностике),
 - несвоевременном диагнозе (11,8%),
 - неполноценном рентгенологическом исследовании,
 - отсутствие неврологического исследования

Пациентка С., 1960 г.р., 7 месяцев после травмы.

Диагноз: застарелый задний вывих головки правого плеча (недиагностированный) . Неправильно сросшиеся переломы головки и проксимального отдела правой плечевой кости. Посттравматическая плексопатия плечевого сплетения.

Не диагностированы вывих плеча и плексопатия плечевого сплетения, не выполнена аксиальная проекция, несвоевременный диагноз и позднее направление в стационар

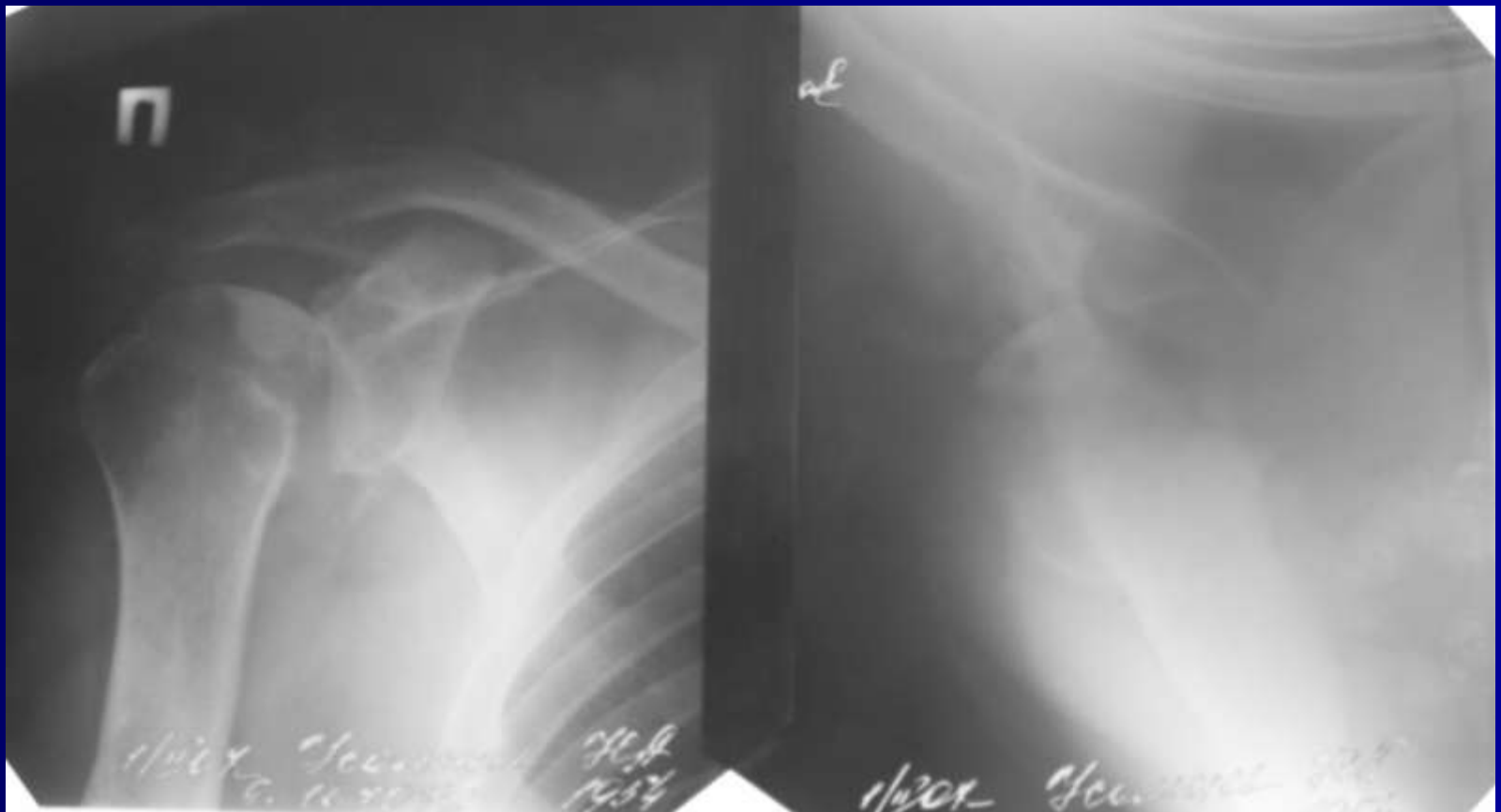


Пациент У., 1954 г.р., 5 месяцев после травмы.

Диагноз: застарелый задний вывих плеча. Неправильно сросшийся импрессионный перелом головки правой плечевой кости.

Неправильно сросшийся перелом суставного отростка лопатки.

Не диагностирован переломовывих плеча из-за отсутствия аксиальной проекции плечевого сустава, ошибочный диагноз (ушиб плечевого сустава)



Пациентка Ш., 1961 г.р., 6 месяцев после травмы.

Диагноз: Псевдоартроз проксимального метафиза левой плечевой кости. Застарелый задний вывих головки левой плечевой кости. Асептический некроз головки левой плечевой кости. Посттравматическая плексопатия

Не диагностирован вывих плеча, необоснованное консервативное лечение остеохондроза ШОП, позднее направление в специализированный стационар



ТАКТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧА

- Тактические ошибки встречаются при:
 - неправильном плане лечения,
 - нарушении основных принципов и методов лечения,
 - нерациональной последовательности вмешательств по поводу перелома-вывихов плеча,
 - недостаточной анестезии или её отсутствии при репозиции,
 - необоснованном отказе от оперативного лечения, что обрекает больных на длительную и стойкую инвалидность.

Пациент Е., 1954 г.р., 5 мес. после травмы.

Диагноз: неправильно сросшийся оскольчатый перелом проксимального эпиметафиза правой плечевой кости, застарелый вывих правой плечевой кости.

Попытка закрытой репозиции и необоснованный отказ от оперативного лечения



Пациентка Д., 1941 г.р., 3,5 мес. после травмы.

Диагноз: несросшийся оскольчатый перелом хирургической шейки левой плечевой кости. Левосторонняя плексопатия C4-C6

Попытка закрытого вправления без анестезии, отказ от фиксации сустава, необоснованный отказ от оперативного лечения



Пациент Б., 1953 г.р., 3,5 мес. после травмы.

Диагноз: застарелый передне-нижний вывих левой плечевой кости.
Неправильно сросшийся перелом большого бугорка левой плечевой кости

Попытка вправления при недостаточной анестезии (местная анестезия), необоснованный отказ от оперативного лечения



ТЕХНИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧА

- Технические ошибки встречаются при:
 - неправильном выборе оперативного доступа,
 - отсутствии техники типичных оперативных приёмов,
 - неудачном подборе фиксаторов,
 - нарушении оперативной техники и сроков иммобилизации,
 - рецидиве вывихов или подвывихов из-за технических погрешностей во время операции.

Пациентка В., 1965 г.р., 5 месяцев после травмы.
Диагноз: псевдоартроз проксимального эпиметафиза левой плечевой кости. Разгибательно-приводящая контрактура левого плечевого сустава.
*Нарушении оперативной техники и сроков иммобилизации,
позднее направление в специализированный стационар*



Пациентка С., 1963г.р., 2,5 года после травмы.

Диагноз: застарелый задний вывих головки правого плеча, неправильно сросшийся перелом хирургической шейки правого плеча после остеосинтеза пластиной, посттравматический ДОА III ст., плексопатия С5-С6 справа, комплексный регионарный болевой синдром.

Рецидив вывиха плеча из-за технических погрешностей во время операции, позднее направление в специализированный стационар



Пациентка С., 1963 г.р. (**после удаления пластины**).

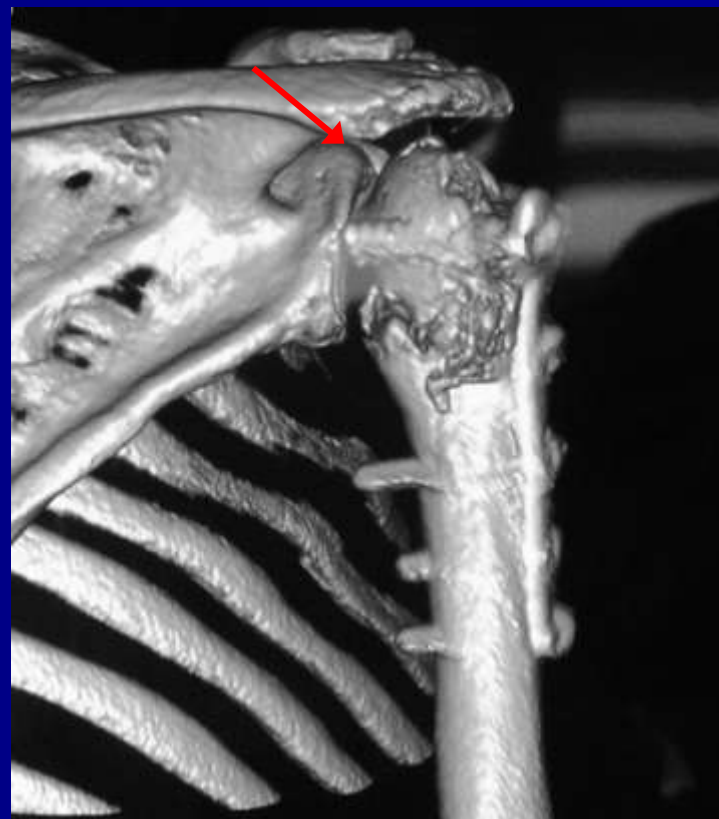
Диагноз: застарелый задний вывих головки правого плеча, неправильно сросшийся перелом хирургической шейки правого плеча, посттравматический ДОА III ст., плексопатия С5-С6 справа, комплексный регионарный болевой синдром



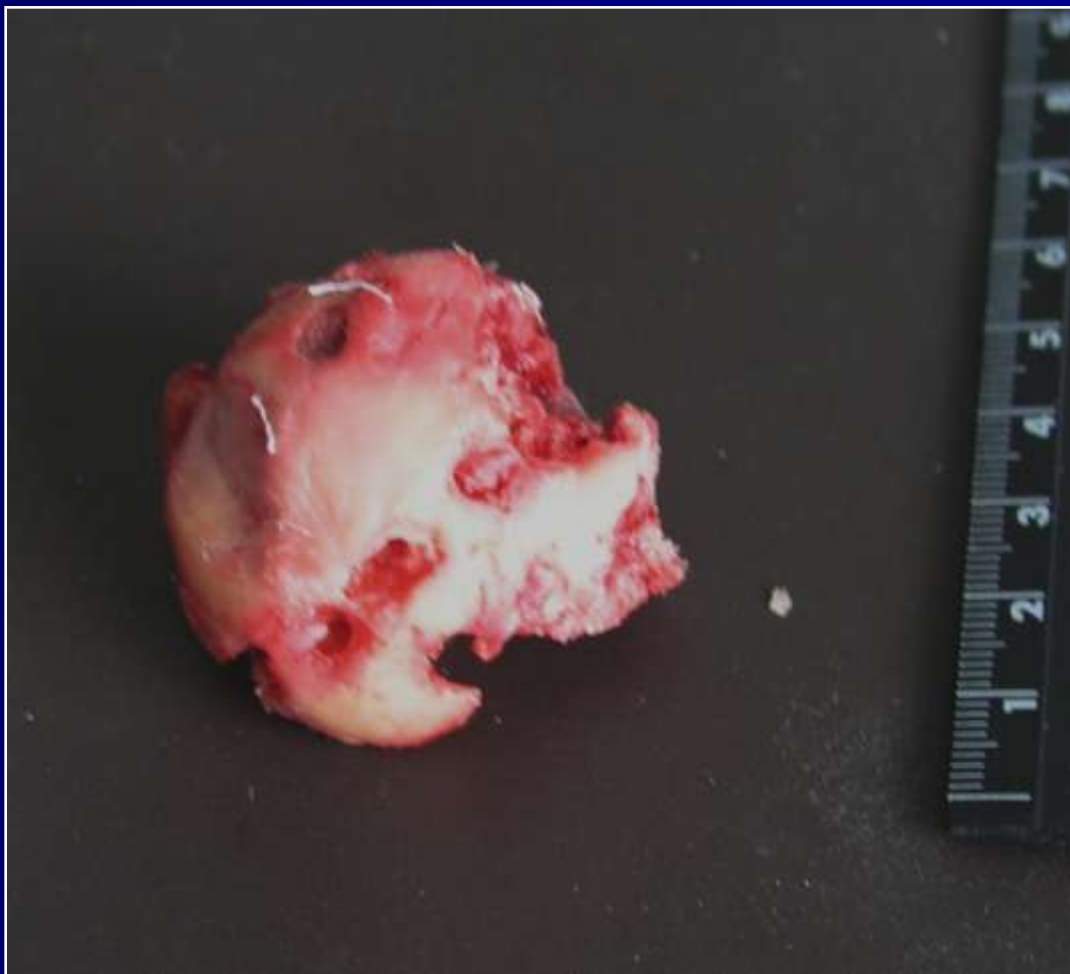
ЛИЧНОСТНЫЕ ОШИБКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧА

- Личностные ошибки встречаются при:
- отсутствие достаточных знаний и практических навыков для работы,
- невнимательность врача,
- поверхностная оценка характера повреждений,
- отсутствие самокритичности к своим знаниям,
- недостаточное стремление к профессиональному росту,
- переоценка своих возможностей.

Пациентка С., 1956 г.р., 7 мес. после травмы.
Диагноз: несросшийся оскольчатый перелом проксимального эпиметафиза
левой плечевой кости. Застарелый вывих головки левой плечевой кости.
Аваскулярный некроз головки и разгибательно-приводящая контрактура
левого плечевого сустава. Посттравматическая плечевая плексопатия
*Недостаток навыков для практической работы, постоянный прием
анальгетиков в течение 2,5 мес., позднее направление в
специализированный стационар*



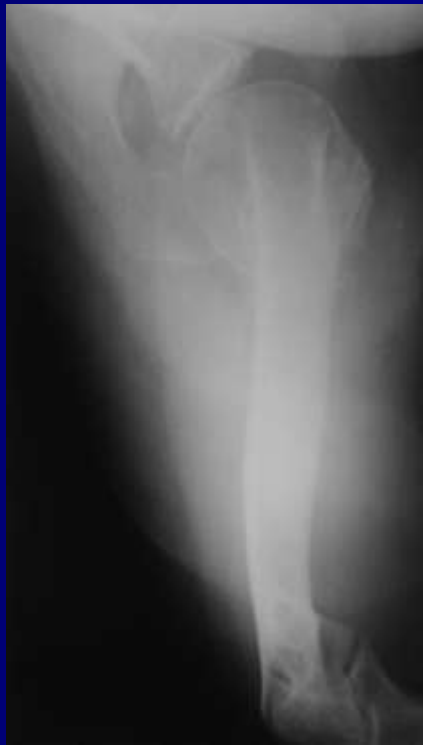
Пациентка С.
Макропрепарат головки левого плечевого сустава.



Пациентка Б., 1935 г.р., 6 мес. после травмы.

Диагноз: неправильно срастающийся многооскольчатый переломовывих головки правой плечевой кости, псевдоартроз хирургической шейки правой плечевой кости

Попытка вправления под местной анестезией с кратковременной фиксацией шиной Волковича, поверхностная оценка характера повреждения, отказ от оперативного лечения



Встречаемость ошибок при лечении повреждений проксимального отдела плеча

№	Наименование ошибок	Встречаемость, %	
		УНИИТО	Данные по РФ
1	Организационные	35	13,2
2	Диагностические	15	30,2
3	Тактические	42	31,1
4	Технические	7,5	25,5

■ В Уральском регионе лучшая ситуация сложилась с диагностикой и оперативным лечением больных с переломами плечевой кости, но при этом отмечаются организационные ошибки при оказании помощи у 1/3 пациентов из-за необоснованно длительных курсов консервативного лечения и позднем направлении в специализированный стационар.

ПУТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧА

- тщательное клиническое обследование больных;
- обязательное проведение рентгенографии плечевого сустава в двух проекциях;
- применение современных методов исследования плечевого сустава;
- владение приемами репозиции костных отломков плеча;
- при неудавшемся вправлении отломков плеча прибегать к оперативной репозиции;

ПУТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧА

- при переломах плеча с полным расхождением отломков следует оперировать без предварительной попытки консервативного их вправления;
- обязательное проведение курсов реабилитации;
- динамическое наблюдение за больными;
- наличие высокой квалификации врача;
- специализация травматологов по циклам реконструктивной и пластической хирургии.



Благодарю



за внимание!

