

*Хушваков Ж.Х.,
Юлдашев Р.С.,*

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛОВКИ МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С ВЫВИХОМ В ЛОКТЕВОМ СУСТАВЕ У ДЕТЕЙ

Самаркандский филиал РНЦЭМП (директор - проф. Ю.М. Ахмедов)

Проблема лечения переломов головки мышцелка плечевой кости у детей на сегодняшний день окончательно не решена. По мнению ряда авторов [7] наибольшее количество нарушений функции локтевого сустава встречается у детей, которые имели переломы именно такие. Кроме того, известно, что при них нередко наблюдаются консолидация, образование псевдоартроза и другие осложнения [6].

Многoletний опыт показал, что анатомически правильная адаптация фрагментов при переломах головки мышцелка плечевой кости является главным условием хорошего результата лечения. Однако консервативным путем такое сопоставление удается только при небольших смещениях. Смещение, превышающее 1/3 поперечника отломка, а также ротация его более 60 градусов, обычно не удается устранить закрыто [1]. Трудности, возникающие при репозиции, частота неудовлетворительных исходов побудила многих хирургов [2-4] расширить рамки показаний к оперативному лечению. С ними нельзя не согласиться.

Вместе с тем практика показала, что успешная репозиция возможна и при значительных смещениях, но только в тех случаях, когда перелом сочетается с вывихом в локтевом суставе. Такие перелома-вывихи встречаются как уж редко и составляют 2% среди всех переломов головки мышцелка плечевой кости [5]. Попутно целесообразно отметить, что их часто не диагностируют; это и является, причиной не-правильной лечебной тактики.

Мы в условиях СФ РНЦЭМП изучили такие повреждения у 39 детей в возрасте от 5 до 13 лет. Преимущественный возраст пострадавших - 7-9 лет (33 больных). Левостороннее повреждение было у 32 больных. Преобладал передневнутренний вывих (15), несколько реже встречался задневнутренний (14). Остальные виды вывихов были гораздо реже: задний - у 3. У 35 детей перелом сочетался с вывихом в плечелоктевом сочленении, головка лучевой кости у них артикулировала с головкой мышцелка плечевой кости. Только у 4 был вывих обеих костей предплечья.

У всех детей, кроме одного с застарелым повреждением, производили закрытое вправление. У 30 оно было успешным. В это число вошли все 4 ребенка с вывихом обеих костей предплечья. У 23 детей иммобилизацию осуществляли гипсовой шиной, у 7 фрагмент фиксировали спицами, остальных 8 детей у которых вправление не достигнуто, оперировали: кроме того, операцию сделали и ребенку с застарелым переломом-вывихом. В ходе оперативного вмешательства установили, что

у 3 детей неудовлетворительные результаты закрытых манипуляций объяснялись ущемлением мягких тканей в плечелоктевом сочленении. После высвобождения вывих легко вправился, а головка мышцелка плечевой кости возвращалась на свое место. Подробное наблюдение за этими случаями позволило сделать вывод о том, что в момент травмы происходит перелом головки мышцелка плечевой кости, затем наступает вывих. В результате этого отломанный фрагмент посредством мягких тканей сохраняет связь с областью внутреннего подмышечка плечевой кости, капсула сустава значительно не разрывается. Этим объясняется возможность бескровного вправления при таких повреждениях. У остальных оперированных детей со свежими травмами был значительный разрыв мягких тканей, что не обеспечивало стабильность отломанного фрагмента.

После открытой репозиции отломки фиксировали спицами. Только в случае застарелого перелома-вывиха использовали шуруп.

На основании клинического и рентгенологического изучения больных, а также анализа оперативных находок мы разработали методику бескровного вправления головки мышцелка плечевой кости в сочетании с вывихом в локтевом суставе. Принцип ее заключается в том, что перелом и вывих устраняют одновременной. При этом все манипуляции должны быть обоснованными, целенаправленными и максимально щадящими во избежание дополнительного разрыва мягких тканей. В противном случае вправление становится неэффективным. Методика: вправление осуществляет хирург с помощником. Характер манипуляций диктуется, прежде всего, видом вывиха. При заднем вывихе хирург левой рукой выполняет дозированную тягу - за дистальный отдел предплечья поврежденной руки. Правой рукой захватывает локтевой сустав так, что большой палец ее располагается на локтевом отростке. Давлением на отросток в дистальном направлении и сгибание локтевого сустава устраняет задний

вывих. Если, кроме тогб, имеется внутренний или наружный вывих, то помощник одновременно с манипуляциями хирурга воздействует пальцами соответственно на внутреннюю поверхность проксимального отдела локтевой кости или на головку мыщелка плечевой кости и устраняет вывих и смещение костного фрагмента.

При переднем вывихе на первом этапе хирург несколько сгибает руку больного в локтевом суставе, затем, смещая - проксимальный отдел предплечья дистально, разгибает ее. В случае с внутренним вывихом помощник одновременно с движениями, осуществляемыми хирургом, воздействуя руками на внутреннюю поверхность центрального конца локтевой кости, устраняет вывих, а костный фрагмент прижимается к своему ложу.

Результат вправления контролируется рентгенографией. У детей, у которых в локтевом суставе имеется много хрящевых элементов, правильная оценка положения отломанного фрагмента связана с определенными трудностями. Особенно сложно определить степень ротации. Нередко, во время оперативного вмешательства обнаруживают большее смещение, чем то, которое определялось до операции. Поэтому в сомнительных случаях целесообразно отдать предпочтение открытой репозиции.

Принципиальным является вопрос о сроках иммобилизации при переломе головки мыщелка плечевой кости. Опыт убеждает, что уменьшение

сроков даже при незначительном смещении недопустимо. Анализ ситуаций с псевдоартрозами показал, что это осложнение часто было у тех из них, у которых смещение или отсутствовало, или было незначительным. Руководствуясь этим, врачи данной категории больных прекращали иммобилизацию уже через 2 недели после травмы, что явилось причиной не сращения кости. Большое количество наблюдений показало, что покой области перелома должен продолжаться обычно не менее 4 недель. При выявлении замедленной консолидации, этот срок увеличивают без риска получить ограничение движений в локтевом суставе, так как у детей оно связано не с иммобилизацией, а с наличием механических препятствий для движений в сочленение не устраненное смещение, избыточная костная мозоль, околоуставные оссификаты.

Динамическое наблюдение за больными с переломами головки мыщелка плечевой кости, сочетающимися с вывихом в локтевом суставе, позволило сделать вывод, что при прочих равных условиях течение и исход их являются практически такими же, как и при других переломах головки мыщелка плечевой кости. Вывих не оказывал заметного отрицательного влияния. Исключение, по-видимому, могут составлять застарелые переломо-вывихи. У нашего больного с таким повреждением отмечен неудовлетворительный отдаленный результат лечения.

Литература

1. Багиров Г.А. Травматология детского возраста, Л., 1976.
2. Бондаренко Н.С. Применение остеосинтеза при лечении переломов в области локтевого сустава у детей. В кн. Сборник статей 50 лет КНИТО/Киев, 1969, 106-108 с.
3. Волков М.В., Тер-Егизаров Г.М., Стужена В.Т. Ошибки и осложнения при лечении переломов длинных трубчатых костей у детей. М., Медицина, 1978.
4. Панкин В.М. переломы головчатого возвышения плечевой! кости у детей и их лечение. В кн. Акт.вопр.Детской травматологии и ортопедии. Л., 1975, с. 118-120.
5. Сыска Н.Ф. Клиникэ-рентгенологическая характеристика эпифизеолизом дистального эпифиза плечевой кости. В кн. Акт.вопр.Детской травматологии и ортопедии. Л., 1975, с. 113-115.
6. Flynn J., Richard J., Salzmann R. Prevention and treatment of non-union of slightly displaced fractures of the lateral humeral condyle in children. J.Bone JTSurg., 1975, 57-17, 1087-1092.
7. Sharizer Embrace disradialen abeam - Condyles, Act.chirr., 1976, 2, 139-140.