

Хайдаров М.А.,
Жуманиязов Д.Х.,
Мамасолиев Б.М.,
Одилов А.М.,
Пардаев Б. Б.

ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Объединенная Узловая больница на ст. Самарканд (главный врач - Рашидов Н.В.)
Реабилитационный центр инвалидов г. Самарканд (директор - Жуманиязов Д.Х.)

Детский и подростковый травматизм остается одной из главных социально - медицинских проблем. Сохраняется и высокая частота повреждений локтевого сустава у детей, составляющая 40-50% от всех травм опорно-двигательного аппарата. Лечение повреждений локтевого сустава до настоящего времени остается одной из самых трудных и до конца не решенных проблем современной травматологии и ортопедии. У детей это связано со сложностью анатомии и биомеханики локтевого сустава, склонностью к пара- артикулярной оссификации и быстрому развитию посттравматических контрактур.

Разработана множество методик репозиции и вправления костных фрагментов, образующих локтевых суставов, среди которых наиболее распространенным являются одномоментная закрытая репозиция с фиксацией конечности гипсовой лангетой, скелетное вытяжение, закрытая репозиция и металлоостеосинтез, открытая репозиция отломков. Несмотря на это, еще довольно высоко доля осложнений и неудовлетворительных исходов лечения, а доля несросшейся переломов и ложных суставов составляет от 13 до 27 %. Основной причиной неудовлетворительных результатов лечения является отсутствие обоснованного алгоритма лечения, направленного на предотвращение таких осложнений, как неправильно сросшиеся переломы с деформациями конечности и контрактурами локтевого сустава.

Целью исследования была разработка тактики лечения детей с внутрисуставными переломами дистального отдела плечевой кости, направленная на предупреждения развития осложнений.

Материалы и методы. Лечение проведено у 121 пациента с внутрисуставными переломами дистального отдела плечевой кости возрастает от 3 до 18 лет. Срок наблюдения не менее 6 месяцев после выписки.

Все пациенты были разделены на 2 группы: основную и группу сравнение. В основную группу включены 81 пациент с переломами дистального отдела плечевой кости (ПДОПК), в том числе: с чрезмыщелковым переломам плечевой кости - 63; с переломом головки мыщелка плечевой кости -18.

В данной группе больных после однократной неудачной репозиции сохранялось смещение дистального отломка. В последующем им проводилось хирургическое лечение: открытая репозиция, остеосинтез, а при наличии повреждение сосудисто-нервного пучка - ревизия и реконструкция поврежденных нервных и сосудистых стволов.

Расстройства кровообращения верхней конечности выявлено у одного больного: при открытом разгибательном переломе имелось повреждение плечевой артерии проксимальном отломком плечевой кости.

У 42 больных были диагностированы расстройства функции периферических нервов на стороне повреждения. Во время хирургических вмешательств у пациентов основной группы производилось ревизия поврежденных нервных стволов для уточнения вида

повреждения. При этом у 16 (38,1%) больных выявлены механические повреждения нервов в виде ушибов или частичных повреждение, им выполнено эпиневральные швы. У 8 (19%) больных механических повреждений нервов не было выявлено, и нарушения иннервации расценены как результат воздействия на них ишемии. Всем детям выполнено декомпрессия нервных стволов.

Наиболее часто наблюдалось повреждение локтевого нерва - у 21 (50%) больного: двух нервов (локтевого и срединного) - у 11 (26.1%), трех нервов - у 8 (19%); изолированное повреждение лучевого нерва выявлено в 2 (4,7%) случаях. У больных с переломами дистального отдела плечевой кости наблюдалось расстройство иннервации по контузионно - ишемическому типу.

В группу сравнение включено 40 человек, получавших консервативное лечение (закрытая репозиция отломков). Из них чрезмыщелковый перелом плечевой кости диагностирован у 31 пациента; перелом головки мыщелка плечевой кости - у 9.

Пациентом данной группы после проведения однократной неудачной закрытой репозиции была произведена повторная репозиция с целью устранения смещения дистального отломка.

В сравниваемых группах была одинаковое распределение основных факторов, определяющих исход патологии, кроме метода лечения.

В основной группе больных показаниями к проведению операции являлось:

Е Однократная безуспешная репозиция отломков.

ЙЯ Вторичное смещение отломков более 10°

ОН Открытый перелом со смещением отломков.

Основываясь на клинко - рентгенологических данных, мы разработали следующий алгоритм хирургического лечения.

При закрытых ЧППК применяли задний оперативный доступ, через который производили репозицию и остеосинтез костных отломков спицами Киршнера, ревизию и декомпрессию локтевого нерва, послойное дренирование операционной раны активными дренажами.

При открытых ЧППК оперативное вмешательство выполняли через передней оперативный доступ, так как во всех случаях имелось признаки повреждения срединного нерва, выполняли ревизию и декомпрессию последнего.

У больных с ПГМПК оперативное вмешательство выполняли через наружной боковой доступ. После выполнения репозиции и остеосинтеза отломков плечевой кости производили послойное дренирование операционной раны активными дренажами.

Всем пациентам выполняли стандартную рентге

нографию локтевого сустава в двух проекциях: определяли угол Баумана, ротацию периферического отломка и головчато - дафизарный угол.

Отдаленные результаты лечения оценивали по функциональному и анатомическому результату - с распределением их на хороший, удовлетворительный и не удовлетворительный. Клиническая эффективность методов лечения детей с переломами костей области локтевого сустава оценивалось в соответствии с международными рекомендациями представления медико - биологических исследований. Срок наблюдения составил не менее 6 месяцев после выписки.

Результаты и обсуждение. Оценка функционального результата показала улучшение у 33% больных в группе

сравнения и в 67% - в основной группе. В основной группе хороший анатомический результат был достигнут у 73 (90%) пациентов, удовлетворительный - у 6 (7,5%) и неудовлетворительный - у 2 (2,5%) детей. В группе сравнения хорошие анатомические результаты получены у 7 (17,5%) пациентов, удовлетворительные - у 14 (35%), неудовлетворительные - у 19 (47,5%) больных (см. таб.)

Функция разгибания у больных в обеих группах страдала в большей степени. Данные таблицы свидетельствуют, что получен хороший функциональный результат в основной группе и удовлетворительный - в группе сравнения.

Таблица

Функциональные результаты лечения внутрисуставных переломов дистального отдела плечевой кости у детей

Группы	Движения					
	Сгибания		Разгибание		Амплитуда	Дефицит
	Макс.	Дефицит	Макс	Дефицит		
Основная (n=81)	42,1±1,4	7,9±1,0	176,3±1,2	8,9±1,0	133,9±1,6	8,4±2,0
Сравнение (n=40)	48,1±1,4	12,5±1,1	169,3±1,2	16,0±1,0	121,7±1,6	30,4±2,0

Таким образом, восстановления объема движений в локтевом суставе при внутрисуставных переломах дистального отдела плечевой кости зависит от метода лечения. У больных, пролеченных хирургическим методом, происходит наиболее полное восстановление объема движения в локтевом суставе. Оценка анатомического результата в группе сравнения выявила опущение предплечья от физиологической оси у 32 (80%) больных. *Cubitus varus* - 16 больных, из них у 10 отклонение от физиологической оси составляет до 15°, у 6 - более 20°. *Cubitus rectus* - 11 пациентов с отклонениями свыше 200°. *Cubitus valgus* - 5 пациентов, из них у 3 отклонение свыше 10° и у 2 - свыше 15°. Остаточная смещение отломков наблюдалось у всех 40 пациентов только в одной плоскости. При этом хорошие анатомические результаты полнены у 7 (17,5%) пациентов, удовлетворительные - у 14 (35%), неудовлетворительные - у 19 (47,5%).

Проведенная оценка анатомического результата в основной группе показала отклонение предплечья от физиологической оси в 8 (9,8%) случаях: *Cubitus varus* - 6 пациентов, из них у 4 -- отклонение от физиологической оси до 10°, у 2 - более 20° из-за нарушение зоны роста вследствие первичной травмы- *Cubitus valgus* - у 2 пациента отклонение составило 15°.

Вторичного смещения отломков не отмечалось.

Хороший анатомический результаты достигнут у 73

(90%) пациентов, удовлетворительный результат - у 6 (7,5%) и неудовлетворительный - у 2 (2,5%).

Таким образом, хорошие и удовлетворительные результаты преобладают в основной группе, а удовлетворительные - в группе сравнения.

Полученные данные позволяют с 95% надежностью утверждать, что метод хирургического лечения внутрисуставных переломов дистального отдела плечевой кости по сравнению с консервативным повышает относительную пользу на 23,9% по критерию получения хороших результатов и на 52,6% - по критерию удовлетворительных.

Анализ эффективности хирургического лечения свидетельствует о снижении риска возникновения функциональных и анатомических нарушениях со стороны дистального отдела плечевой кости и локтевого сустава после хирургического лечения.

Выводы. Хирургический метод лечения показан при наличии вторичного смещения отломков или после однократной неудачной закрытой репозиции, т.к. в сравнение с консервативным методом лечения способствует снижению абсолютного риска развития осложнения. Устранение смещения отломков плечевой кости предотвращает развитие посттравматических контрактур и деформации верхней конечности и способствует более полному восстановлению функции локтевого сустава.

Литература

1. Меркулов В.Н., Дорохин А.И., Дусейнов Н.Б. «Лечение тяжелых многооскольчатых переломов дистального отдела плечевой кости у подростков» Вестник травматологии и ортопедии 2008 (3) 20-32.
2. Немсадзе В.П., Тарасов Н.И., Бажанова Н.Н. «Дифференциальный подход к лечению чрезмыщелковых и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей». Детская хирургия 2006 (5) 32-36
3. Палп Д. Барча.Ч., Гашпар Л. «Применение спицы для фиксации отломков при надмыщелковых переломах плечевой кости у детей». Ортопедия и травматология 1982.52-54
4. Скорогляднов АВ., Бут-Гусаим А.Б. Мороз Д.С. «Лечения внутрисуставных переломов дистального отдела плечевой кости». Тезисы докладов городской научно-практической конференции М.: НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского 2007.
5. Тер-Егизаров Г.М. Миронов С.П. «Оперативное лечение посттравматических контрактур и анкилозов локтевого сустава у детей и подростков». Ортопедия и травматология 1980.6. Щекин О.В., Тулица И.И., «Лечения чрезмыщелковых и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей с помощью скелетного вытяжения» Детская хирургия 2000