

УДК 617-089.844

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF FRACTURES PROXIMAL END OF HUMERUS IN CHILDREN WITH KIRSCHNER-WIRES

Yuldoshev Abdulaziz Abdumazhidovich, Samarkand State Medical Institute,
Department of Neurology and Neurosurgery, Orthopedics and Traumatology, Samarkand,
Uzbekistan

Tilyakov Hassan Azizovich, Samarkand State Medical Institute, Department of Neurology
and Neurosurgery, Orthopedics and Traumatology, Samarkand, Uzbekistan

Askarov Farrukh Muhitdinovich, Samarkand State Medical Institute, Department of
Neurology and Neurosurgery, Orthopedics and Traumatology, Samarkand, Uzbekistan

Abstract: The results of surgical treatment of 15 children 5-15 years with closed fractures of the proximal end of the humerus are presented. Kirschner-wires have been used for fixation of fractures. The long-term results were traced.

Keywords: proximal end of humerus, fractures, surgical treatment, Kirschner-wires

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ СПИЦАМИ КИРШНЕРА

Йулдошев Абдулазиз Абдумажидович, Самаркандский государственный
медицинский институт, кафедра неврологии и нейрохирургии и травматологии
ортопедии, г. Самарканд, Узбекистан

Тилияков Хасан Азизович, Самаркандский государственный медицинский
институт, кафедра неврологии и нейрохирургии и травматологии ортопедии,
г. Самарканд, Узбекистан

Аскарлов Фаррух Мухитдинович, Самаркандский государственный меди-
цинский институт, кафедра неврологии и нейрохирургии и травматологии ортопедии,
г. Самарканд, Узбекистан

Аннотация. Представлены результаты оперативного лечения 15 детей 5-15 лет со свежими закрытыми переломами проксимального конца плечевой кости. Для фиксации перелома использованы спицы Киршнера. Прослежены отдаленные результаты.

Ключевые слова: проксимальный конец плечевой кости, переломы, оперативный метод лечения, спицы Киршнера.

Актуальность проблемы. В настоящее время нет единого мнения относительно механизма возникновения переломов и

характера смещения костных отломков, отсутствует единая классификация, которая необходима для выбора метода лечения переломов проксимального конца плечевой кости (далее – ПКПК). Не уточнены вопросы клиники и рентгенодиагностики. Не получили достаточного освещения вопросы показаний и методов лечения переломов ПКПК у детей. Несмотря на значительный прогресс в развитии травматологии и ортопедии, проблема лечения переломов ПКПК у детей сохраняет актуальность по настоящее время.

Одной из актуальных проблем детской травматологии остается лечение переломов проксимального конца плечевой кости. Эти переломы относятся к тяжелым и сложным для лечения повреждениям опорно-двигательного аппарата и составляют около 5% среди всех переломов верхней конечности и около 25% от переломов плечевой кости.

Цель исследования: показать опыт оперативного лечения 15 детей с переломами плечевой кости.

Материал и методы. Все больные были мальчики в возрасте от 5 до 15 лет. Переломы хирургической шейки были у 8 и остеоэпифизеолизы у 7 детей. Экстензионно-вальгусный перелом наблюдался у 4 больного с углами открытыми кнаружи и кзади 4 и 36 градусов. Экстензионно-варусные угловые деформации имели место у 6 детей, с углами открытыми кнутри: 6, 22 и 28 градусов и кзади: 18, 24, 38 градусов. Флексионно-варусная деформация, редкая форма угловой деформации, наблюдалась – у 3 больного с углами открытыми кпереди – 18 и кнутри – 28 градусов. Еще двое детей имели угловую деформацию только в одной плоскости с углами открытыми кнутри – 36 градусов и кзади – 44 градуса.

Учитывая характер перелома, степень смещения отломков и время, прошедшее после травмы, произведена открытая репозиция отломков и фиксация их транскортикально спицами Киршнера. У 10 детей костные отломки фиксированы 2 спицами, у 1 – 3 спицами.

Техника выполнения операции: Осуществляется передний или передневнутренний доступ к области перелома. Обнажают место перелома. Устраняют интерпозицию мягких тканей между отломками. Плоскость перелома костей и костномозговые каналы освобождают от грануляций и рубцовой ткани. Отломки репозируют.

С наружной или с наружно-задней поверхности плеча спицей прокалывается кожа. Конец спицы подводят через мягкие ткани плеча к кортикальной стенке диафиза, отступя от линии перелома периферического отломка книзу на 5-6 см. Под углом 30 градусов

проводят спицу снизу вверх в костномозговой канал и далее вверх в головку плечевой кости до суставной поверхности. Для фиксации достаточно провести 2 спицы. Концы спиц скручивают и погружают под кожу.

В рану вводят дренажи и послойно ушивают. Накладывают асептическую повязку на рану. Рука фиксируется гипсовой лонгетой от здорового плеча до основания пальцев кисти.

Результаты и обсуждение. Полностью устранить все виды смещение удалось у 4 больных. У 3 больных, у которых осталось смещение отломков, 2 вида смещения было у 1 больного и 3 вида – у 2 больных. У 1 больного осталось смещение по ширине на диафиз и угол кзади 28 градусов. У 2 больных осталось смещение по ширине кнаружи и кпереди на диаметр и углы открытые кзади на 18 и 36 градусов.

Длительность стационарного лечения составила от 4 до 6 дней – у 7 больных и от 7 до 9 дней – у 8 больных. Среднее время пребывания в стационаре составило 8 дней. Все дети явились на повторную госпитализацию.

В стационаре больным были сняты гипсовые повязки и выполнена контрольная рентгенография плечевой кости в стандартных проекциях. У всех больных наступила консолидация перелома.

Повторная операция по удалению спиц выполнена через 31 день – у 3 больных, от 41 до 50 дней – у 9 больных, и у 3 больных спицы удалены на 69 день после первой операции.

Операция выполнена впервые сутки после поступления – у 3 больного, на второй день – у 8, на третьи сутки – у 2 и на 6 день после поступления у 2 больных. Операция проводилась под наркозом. Спицы удалялись через небольшие проколы кожи скальпелем с наложением 1-2 швов. Швы сняты на 12-14 сутки. Раны зажили первичным натяжением у всех больных.

При выписке всем детям даны подробные рекомендации по дальнейшему лечению по месту жительства, рекомендовано продолжить восстановительное лечение с исключением физической нагрузки на поврежденную конечность.

Результаты лечения изучены у всех 15 больных в сроки от 6 месяцев до 1.5 лет. У всех детей восстановлен полный объем движений в плечевом суставе, значительных деформаций плечевой кости не выявлено.

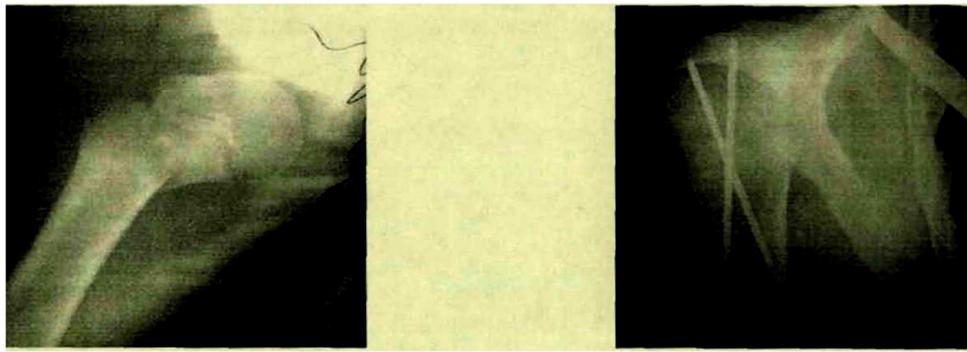


Рис 1. Остеоэпифизиолиз головки

Рис 2. Транскортикальный

МОС.



Рис 3. Транскортикальный МОС спицами.

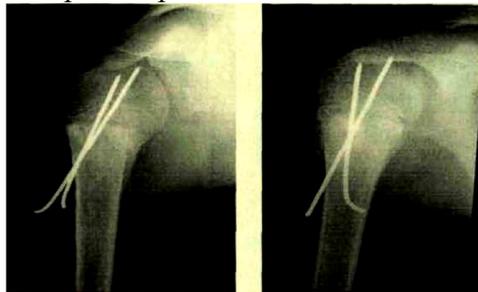


Рис 4. 6 недель после операции



Рис 5. Рентгенограммы через 1 год и 6 мес. после удаления спиц.

Заключение. Открытый чрескортикальный металоостеосинтез при переломах проксимального конца плечевой кости у детей спицами Киршнера является малотравматичным методом лечения и не вызывает нарушений зон роста костной ткани диафиза и головки плечевой кости.

Транскортикальная фиксация спицами Киршнера дает хорошую стабильность костным отломкам плечевой кости. Смеем предположить, что в послеоперационном периоде в связи со стабильной фиксацией места перелома спицей (спицами) Киршнера можно не пользоваться наружной иммобилизацией конечности гипсовой повязкой, что создает предпосылки для раннего проведения восстановительного лечения средствами лечебной физкультуры.

Библиографический указатель:

1. Антипин С. К., Коростылева И. С., Хреновская Л. И. Этапы и принципы реабилитации детей с переломами проксимального конца плечевой кости // Медико-технические проблемы в реабилитации детей и подростков с поражением опорно-двигательного аппарата и нервной системы: Матер. Всерос. науч-прак. конф. ДПНБ № 18, Москва, 30 ноября-1 декабря 2000 г. М., 2000. С. 78-79.

2. Баиндурашвили А. Г., Макеев А. Б., Крюков А. Ф., Румянцев Н. Ю., Погорелый С.Н. Применение минимального инвазивного металлоостеосинтеза при переломах длинных трубчатых костей у детей (опыт за 5 лет) // Материалы симпозиума детских травматологов-ортопедов России. Волгоград, 2003. С. 101-103.

3. Баиров Г. А. Детская травматология. Издание 2-е. СПб, 2000. С. 156-158.

4. Ломтатидзе Е. Ш., Ломтатидзе В. Е., Поцелуйко С. В. Функциональные результаты оперативного лечения переломов проксимального отдела плечевой кости // Лечение сочетанных травм и заболеваний конечностей: Тезисы докладов. М., 2003. С. 206-208.

5. Тарасов Н. И., Немсадзе В. П., Выборное Д. Ю., Кузнецов С. М., Теновская Т. А. Ретроградный чрескожный остеосинтез при закрытых репозициях не стабильных метадиафизарных переломах костей у детей. // Мат. науч-прак. конф. детских ортопедов-травматологов России. Старая Русса. 2000. С. 54-55.

Статья поступила в редакцию 03.03.2014