



Рис. 1. Распределение больных по степени тяжести и локализации переломов.

ной травмы. Первично-открытые переломы отмечены у 109 (91,6 %) больных, вторично-открытые – у 10 (8,4 %). Открытые оскольчатые переломы встретились у 91 (76,5 %) больного, косые – у 12 (10 %), винтообразные – у 10 (8,4 %), поперечные – у 6 (5 %).

На рисунке 1 представлено распределение больных по степени тяжести и локализации переломов (по классификации открытых переломов А.В. Каплана и О.Н. Марковой).

Как следует из диаграммы, чаще встречаются открытые переломы IIА степени – 26 (21,85 %), IA (18,49 %), IIБ (17,66 %).

ВЫВОДЫ

1. Открытые переломы наиболее часто отмечаются в возрасте от 21 до 50 лет выявлены у 81 (69,6 %) больного.
2. Наиболее распространенными в структуре открытых переломов длинных костей конечностей являются переломы голени – 69 (58,1 %) больных.
3. По характеру перелома наиболее часто выявлены оскольчатые переломы – 91 (76,5 %) больной.
4. Из открытых переломов наиболее часто отмечаются переломы IIА степени – 26 (21,8 %) больных.
5. Первично-открытые переломы – у 109 (91,6 %) больных.

С.В. Алексеев, А.А. Усольцев

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫМИ РАЗГИБАТЕЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПЛЕЧА, ЛЕЧЕННЫХ РАЗЛИЧНЫМИ СПОСОБАМИ

Государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)

Чрезмыщелковые переломы плечевой кости составляют более 50 % всех переломов области локтевого сустава у детей. Являясь внутрисуставными, они сопровождаются разрывами капсулы, кровоизлияниями в полость сустава, что способствует развитию грануляционной ткани с последующим сморщиванием капсулы и околоуставных тканей. Лечение данной патологии и улучшение отдаленных результатов представляет собой далеко не решенную полностью задачу.

Мы в своей работе пытаемся сравнить отдаленные результаты лечения у больных с одной и той же группой повреждений плечевой кости (ЧРПП), но леченных различными способами.

Применялась пропагандируемая (Баиров Г.А., 1974; Файзулина Ф.З., 1969) методика одномоментной репозиции с последующей фиксацией отломков гипсовой шиной. Недостатком данного способа является то, что после спадения отека мягких тканей возникает вторичное смещение отломков. В связи с этим, у детских хирургов имеется «некоторая воль-

ность» при оценке вторичных и так называемых допустимых смещений. При этом некоторые авторы выступают за повторные, поздние и неоднократные репозиции при ЧРПП при повторных смещениях. В работах С.П. Миронова с соавт. (1981) доказано, что посттравматические деформации в метафизарном отделе плечевой кости при данном методе лечения составляют 25–70 % больных. В настоящее время аксиомой является максимально полная адаптация отломков (Новаченко Н.П., 1964; Волков М.В., 1973) для восстановления функции и формы локтевого сустава. А.Б. Страхов с соавт. (1993) считают, что с внедрением в практику травматологии-ортопедии чрескостного остеосинтеза резко улучшились результаты лечения больных. Однако, этот метод не прост, для его применения требуется специальная подготовка и проведение в области локтевого сустава 4–5 спиц Киршнера.

Пытаясь уйти от такого явления, как вторичное смещение фрагментов при закрытой репозиции, А.А. Ахундов (1981) в своих работах широко пропагандировал дополнение репозиции фиксацией двумя перекрещенными спицами Киршнера. При этом добивался фиксации фрагментов, при которой не возникает вторичного смещения, но при этом не исключается возможное повреждение зон роста с последующим нарушением оси конечности и возникновением ограничения движений в локтевом суставе в отдаленные сроки (Борисевич К.Н., 1974).

При анализе отдаленных результатов леченных одномоментной репозицией с последующей фиксацией гипсовой шиной, мы проследили группу из 38 больных в сроки от 1 года до 5 лет и в возрасте от 3 до 12 лет. Все группы остаточного смещения дистального фрагмента плечевой кости, возникшего в поздние сроки после одномоментной репозиции или оставленного как «допустимое», мы разделили на три группы по А.А. Ахундову (1984).

Смещение дистального фрагмента плечевой кости:

- 1) по ширине;
- 2) под углом;
- 3) ротационное.

У 6 детей при остаточном смещении дистального фрагмента плечевой кости кзади на полную толщину кости, в течение нескольких месяцев выступающий кпереди дистальный конец проксимального фрагмента является механическим препятствием для полного сгибания предплечья. В дальнейшем, (как правило, в сроки более 1 года), формировалась S-форма дистального отдела плечевой кости. При этом у 4-х детей был полный объем движений в локтевом суставе, у двух присутствовало переразгибание в локтевом суставе на 10°.

В 5 случаях возникало вторичное смещение периферического фрагмента кпереди. В течение длительного времени (от года до двух лет) выступающий кзади дистальный конец проксимального фрагмента становился препятствием для полного разгибания предплечья. Но при обследовании пациентов в отдаленные сроки у всех паци-

ентов был выявлен полный объем движений в локтевом суставе.

В 8 случаях, когда имелось смещение дистального фрагмента в лучевую сторону, мы наблюдали перестройку кости с формированием участка кости по наружной поверхности плеча и рассасыванием выступающего участка кости по внутренней поверхности. У данной группы больных, при анализе отдаленных результатов, форма дистального отдела плеча была близка к исходной и функция сустава также не страдала.

У 10 больных с неустранимым смещением периферического отломка в локтевую сторону в отдаленные сроки мы также наблюдали перестройку дистальной части плеча. Движения у 8 больных были в полном объеме, у 2 пациентов было ограничение движений на 10–15°, но что характерно, у всех больных данной группы присутствовала варусная деформация локтевого сустава от 5 до 20°. По данным С.И. Верещагина, С.А. Хаустова (2001), наиболее частой причиной развития посттравматической деформации и контрактуры локтевого сустава является ротационное смещение дистального костного фрагмента плечевой кости при ЧРПП. По данным Ш.А. Сондибоева, П.У. Уринбаева (2000) при анализе лечения 100 больных с ЧРПП с помощью аппарата Илизарова, отмечается, что метод не прост, требует специально подготовленных специалистов: «Эффективность репозиции отломков чрезмышечковых переломов аппаратом Илизарова высокая: 54 % — сопоставление, 37 % — репозиция с допустимым остаточным смещением, неудачи составили 9 %».

Мы же, руководствуясь принципами дать практикующим врачам способ лечения ЧРПП — максимально простой и одновременно способ, дающий максимально хорошие отдаленные результаты, применяли при способе одномоментной репозиции перелома с фиксацией его по Блаунту в 56 случаях свой способ с формированием активной прониции предплечья. Таким образом, мы максимально в короткий срок устраняли остаточное ротационное смещение при его наличии. Наряду с клиническим, рентгенологическим обследованием мы применяли и ультразвуковой метод. Его основные достоинства широко известны: высокая информативность, безвредность для врача и пациента, снижение лучевой нагрузки.

Мы проследили отдаленные результаты лечения по собственной методике в 20 случаях в сроки от года до 5 лет. Возраст пациентов от 3 до 14 лет. Движения у больных разгибание/сгибание/ротация: 180°/50°/180° — у 18 пациентов; 185°/50°/180° — у двух пациентов.

Ось предплечья у 18 пациентов не изменена при нормальном объеме движений в локтевом суставе. У двух больных имеется 5с варусная деформация оси предплечья.

Таким образом, максимально возможно, устраняя ротационное смещение дистального фрагмента, при ЧРПП в отдаленные сроки мы имеем 90 % отличных и 10 % хороших результатов. Удовлетворительных и плохих результатов нет.