ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТЕОЭПИФИЗЕОЛИЗАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Нарзикулов Умар Каримович
ассистент кафедры травматологии-ортопедии и нейрохирургии ТашПМИ,
Республика Узбекистан, г. Ташкент
E-mail: doctor.nuk@mail.ru

TREATMENT APPROACH IN PHYSEAL AND METAPHYSEAL INJURIES OF PROXIMAL PART OF RADIAL BONE IN CHILDREN

Narzikulov Umar Karimovich
assistant of traumatology- orthopedics and neurosurgery department of TashPMI
Republic of Uzbekistan, Tashkent

АННОТАЦИЯ

В настоящей работе проанализированы результаты лечение 69 детей с эпифизиолизами проксимального отдела лучевой кости, поступивших в клинику ТашПМИ. Из 69 больных у 48 был применен традиционный метод оперативного лечения, и сроки лечения в стационаре составляли в среднем 18—21 день. У 21 больного был применен предложенный нами оперативный метод лечения с применением стабильно-функционального остеосинтеза. Это привило к раннему восстановлению функции сустава, сокращению сроков лечения на 8—10 дней и к улучшению экономической эффективности.

ABSTRACT

In our scientific work we analyzed the treatment of 69 children with fractures of neck of the radius admitted to hospital TashPMI. Of the 69 patients, 48 was applied to the traditional method of surgical treatment and timing of treatment in a hospital by an average of 18—21 days. 21 patients has been applied our proposed method operative treatment with a stable-functional osteosynthesis. This results in earlier recovery of joint function, reduced treatment time is 8—10 days and and to improve economic efficiency.

Ключевые слова: лучевая кость; травма; выбор лечения.

Keywords: radiation bone injury; trauma; method of the treatment.

Актуальность. Переломы проксимального отдела лучевой кости у детей относятся к внутрисуставным повреждениям и, по данным различных авторов, составляют от 8,1 % до 53,14 % среди повреждений в области локтевого сустава [1, 2, 4]. При данных переломах, в отличие от других внутрисуставных переломов области локтевого сустава, в наибольшей степени страдают и особенно трудно поддаются восстановлению ротационные движения предплечья. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в диагностике и лечении травм области локтевого сустава у детей, число неудовлетворительных результатов остается высоким и составляет 16—21 % [2]. Актуальность вопроса о лечении данной патологии диктуется исключительно важной ролью лучевой кости в восстановлении функции поврежденного локтевого сустава, а также длительной внешней иммобилизации верхней конечности гипсовой повязкой, что приводит к тугоподвижности в локтевом суставе. Применяемые в настоящее время традиционные способы оперативного лечения данных переломов у детей не позволяют выполнить основные условия, предъявляемые к лечению этих повреждений [5].

Цель исследования — улучшение результатов лечения при остеоэпифизиолизе проксимального отдела лучевой кости у детей.

Материал и результаты. Нами проанализированы результаты клинических наблюдений 147 детей в возрасте от 4 до 18 лет с переломами проксимального отдела лучевой кости. Переломы проксимального отдела лучевой кости со смещением I—II степени были у 54,4 % детей, со смещением — III—IV степени у 45,6 %. У 124 (84,4 %) детей переломы были изолированные, у 23 (15,6 %) сочетались с другими повреждениями этой же конечности. Сочетающимися переломами были головчатого возвышения плечевой кости (у 7 детей), переломы локтевого отростка (9), переломы внутреннего надмыщелка плечевой кости (4), вывихи костей предплечья (3). Эпифизеолизы головки лучевой кости были у 69 больных, переломы шейки

лучевой кости у 43, остеоэпифизеолизы головки лучевой кости у 23, перелом головки луча у 12.

Эти переломы встречались во всех возрастных группах, но наиболее часто в возрасте от 8 до 18 лет. Мальчики пострадали в 2 раза чаще, чем девочки (соответственно 97 и 50). Правосторонние повреждения имели место у 59 детей (40,0 %), левосторонние — у 88 (60,0 %). Большинство больных, 110 детей (70 %), проходили лечение в стационаре, где концентрировались пострадавшие с наиболее сложными переломами, остальные 37 детей (30 %) с легкими повреждениями наблюдались в травматологическом пункте и приемном отделении.

Лечение больных проводилось как консервативными, так и оперативными методами. Консервативные методы лечения применены у 78 больных (53,8 %), оперативные — у 69 детей (46,2 %).

До 1994 г. у 48 больных с эпифизеолизами проксимального отдела лучевой кости оперативное лечение проводилось традиционным способом (1-я группа). При эпифезиолизах проксимального отдела лучевой кости со смещением — III—IV степени применено открытое сопоставление фрагментов с чрезсуставной фиксацией спицей Киршнера с наложением гипсовой повязкой.

Операция традиционным методом проводится под общим обезболиванием. Положение больного на спине. Рука отведена, согнута в локтевом суставе под углом 90^0, ротирована кнутри и уложена на приставной столик. На верхнюю треть плеча наложен жгут. Дугообразный разрез кожи и подкожной клетчатки длиною 5—7 см по наружной поверхности локтевого сустава. Разрез начинается на 2—3 см выше от наружного надмыщелка плеча и, огибая его, переходит на передне-наружную поверхность предплечья. В продольном направлении рассекаем фасцию предплечья. После рассечения фасции тупо отодвигаем в стороны мышц разгибателей пальцев и кисти, обнажаем суставную сумку плече-лучевого сочленения. Подход к суставной сумке между m.anconeus. et m. extensor capri ulnaris, которые отводятся в стороны: m.anconeus к локтевой кости и кверху, а m. ext. carpi ulnaris — к лучевой кости

и книзу. Суставную капсулу рассекаем в продольном направлении, удаляем сгустки крови. Незначительной тягой и противотягой добиваемся расширения плече-лучевого сочленения; большим пальцем руки осуществляем давление на головку снизу вверх и снаружи кнутри, в то время другой рукой производим пронационно-супинационные движения предплечья. После успешной репозиции, супинируем предплечье, что хорошо удерживает головку луча в правильном положении. В таком положении проводим спицу Киршнера через головчатое возвышение плечевой кости, трансартикулярно в лучевую кость в глубину до 7—8 см. Конец спицы, согнув, оставляем над кожей. Послойные швы на рану. Послеоперационную рану и концы спицы накрываем стерильной салфеткой и накладываем заднюю лангетную гипсовую повязку от основания пальцев до верхней трети плеча под прямым углом в локтевом суставе на 3—4 нед. После снятия гипсовой повязки производилась разработка локтевого сустава. При применении этой методики оперативного лечения общий срок нахождения больного в стационаре варьировал от 18 до 21 дней, и больные выписывались на амбулаторное наблюдение после достижения амплитуды сгибательно-разгибательных движений в локтевом суставе 90^0—100^0 и ротационных движений 100^0—120^0. При затруднении восстановления движений предплечья через 2 мес. после операции присоединялось физиотерапевтическое лечение. Восстановление функции сустава наступает через 40—45 дней после операции.

С 1994 г. у 21 больных (2-группа) мы применили способ оперативного лечения переломов проксимального отдела лучевой кости с помощью разработанного нами стабильно-функционального остеосинтеза на полукольце от аппарата Илизарова (СФО) (патент на изобретении № FAP 00713. 29. 03.12).

СФО (рисунок) состоит из скобы 1, иглы с упорной площадкой 2-3, иглодержатели 4—5, упорной площадки 6—7, канавки 8—9, иглодержателей, соединенных с флажками 10—11, гаек-фиксаторов 12—13. Флажки 10—11 соединены со скобой 1 с помощью штанги 14—15 с регулировочными гайками 16—17, на скобе 1 установлены и фиксированы с помощью гаек 18—19

дополнительные иглодержатели 20—21, на внутренней поверхности которых выполнены канавки 22—23.

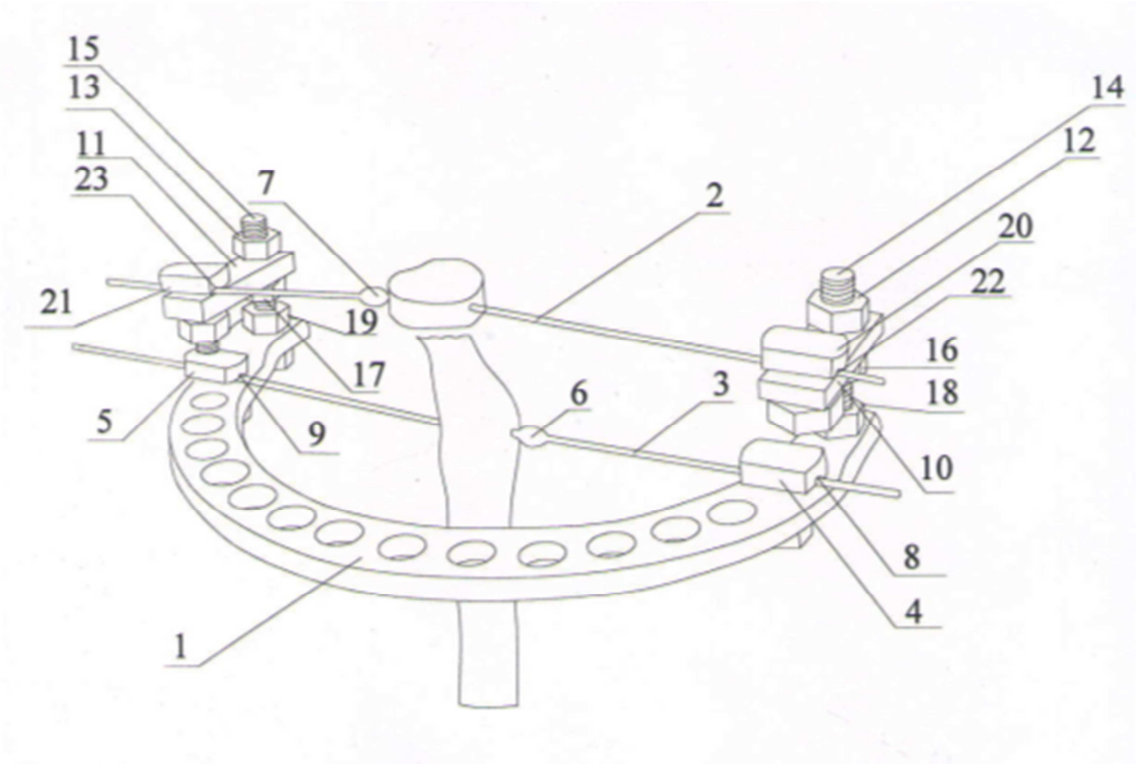

Рисунок 1. Устройство для лечения переломов проксимального отдела лучевой кости. (Объяснение в тексте) (патент №FAP 00713. 29.03.12))

Сущность способа заключается в том, что устройство для лечения переломов проксимального отдела лучевой кости выполнено из полукольца от аппарата Илизарова с двумя флажками на концах. Диаметр полукольца зависит от возраста ребенка и объема локтевого сустава, обычно мы пользуемся 100, 110 и 120 мм полукольцами.

Операция проводится под общим обезболиванием, поврежденная рука отведена, согнута в локтевом суставе под прямым углом и пронирована. Дугообразным разрезом по наружной поверхности локтевого сустава длиною до 5—6 см между мышцами обнажаем суставную сумку локтевого сустава, именно плече-лучевого сочленения. Не вскрывая суставную сумку (при отсутствии повреждения последней), пальцевым давлением устанавливаем отломок на своё место. Для удержания отломка в правильном положении до

образования костной мозоли, через головку и шейку лучевой кости проводим 2 спицы с упорной площадкой.

Введение спицы зависит от характера смещения головки лучевой кости. Так как головка луча часто смещается кнаружи и кпереди, спицу через головку проводим именно с этой стороны, а другая спица, также с упорной площадкой, проводится через шейку луча параллельно первой, но с противоположной стороны. После послойного наложения шва послеоперационной раны, спицы фиксируются на одном полукольце от аппарата Илизарова. Спицы натягиваются, отломки фиксируются в правильном положении, и даётся умеренная компрессия при помощи боковых флажков. Через 2—3 дня после операции производим контрольную рентгенографию локтевого сустава. При хорошем стоянии костных отломков, с 3—4 дня после операции и стихания острых болей в послеоперационной ране дети начинают пассивную разработку сустава, сначала проводят разработку сгибательно-разгибательных движений в суставе, в последующем, через 6—8 дней, рекомендуем проведение активных ротационных движений предплечьем. Больного выписывали на амбулаторное лечение на 8—10 день после операции.

Аппарат снимаем на 16—18 день после операции в условиях поликлиники при амплитуде сгибателно–разгибательных движений в локтевом суставе под углом 120^0—130^0, при этом ротационные движения предплечья достигали 130^0—140^0.

Данная методика применена у 21 больных с хорошими анатомо-функциональными результатами. Положительной стороной стабильно-функционального остеосинтеза является то, что при этом гипсовая повязка не применяется, и это, в свою очередь, даёт возможность для проведения ранних активных движений в оперированном локтевом суставе.

Сравнительная оценка обоих групп показала, что сроки лечения в стационаре были короче у больных 2-й группы на 10 дней.

Таким образом, применение надкапсулярного способа оперативного лечения в комбинации со стабильно-функциональным остеосинтезом на

компрессирующем устройстве нашей конструкции, при лечении переломов проксимального отдела лучевой кости с большим смещением костных отломков (III и IV степени), создает стабильную фиксацию костного фрагмента, исключает вторичного смещения отломка. Исключение гипсовой иммобилизации позволяет назначение раннего функционального лечения. Восстановление функции сустава наступает через 30—35 дней после операции.

Список литературы:

1. Корзников П.А. Лечение повреждений локтевого сустава у детей/ П.А. Корзников, Н.А. Боев //Успехи здравоохранения в реформации ортопедо-травматологической службы. Курган, 2005. — С. 227—229.
2. Меркулов В.Н Современные принципы профилактики ошибок и осложнений при лечении повреждений локтевого сустава у детей и подростков /Н. Меркулов, В.Т. Стужина, Д.Д. Шарадзе //Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии: матер. научн.-практ. конф. детских травматологов-ортопедов России. Воронеж, 2004. — С. 160—161.
3. Нарзикулов У.К. Лечение переломов проксимального отдела лучевой кости у детей // Лечение повреждений и заболевания опорно-двигательного аппарата. Современные технологии в травматологии и ортопедии. Профилактика и лечение осложнений// 7-ая международная научно-практическая конференция. Баку, 2012. — С. 19—22.
4. Прощенко Я.Н., Овсянкин Н.А., Поздеева Н.А. Методы лечения детей с травмами области локтевого сустава // Травматология и ортопедия Россия 2011. 4 (62).
5. Умаров Ф.Х., Ходжаев Р.Р. Опыт применения стабильно-функционального остеосинтеза (СФО) в системе лечения около и внутрисуставных переломов костей предплечья у детей. // Травматология и ортопедия в современном спектре. Материалы VII съезда травматологов-ортопедов Узбекистана. Ташкент, 2008. — С. 431—432.