

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ И ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.717.5/6–001.5–089.2:649–053.2/6

### Наш опыт лечения диафизарных переломов костей предплечья у детей

Г.А. Шерматов, Р.Р. Ходжаев

НИИ травматологии и ортопедии МЗ РУз, Ташкент. Узбекистан

Ключевые слова: диафизарные переломы, методы лечения

#### Введение

Диафизарные переломы костей предплечья у детей являются наиболее частыми повреждениями опорно-двигательной системы и составляют 45–68,2% от всех переломов костей у детей. Лечение больных с такими переломами считается одной из актуальных и сложных проблем современной травматологии [1].

Консервативный метод лечения применяют у 70–80% пострадавших. Он показан при переломах без смещения костных фрагментов или же со смещением, которое удалось успешно устранить закрытым путем, а также при наличии противопоказаний к хирургическому вмешательству. Этот метод заключается в закрытой репозиции, выполняемой травматологом, и фиксации отломков гипсовой повязкой. Накладывают лонгетно-циркулярную повязку от дистальной ладонной складки до средней или верхней трети плеча, в положении супинации. Наибольшие трудности в лечении представляют косые, оскольчатые, изолированные диафизарные переломы костей предплечья [2, 3]. При лечении переломов обеих костей предплечья необходимо стремиться сохранить возможность пронации и супинации, что является обязательным условием полного восстановления функции верхней конечности. Для сохранения пронации и супинации лучевая кость должна быть длиннее локтевой на 4–5 мм; по передней поверхности лучевой кости должна сохраняться небольшая вогнутость, предотвращающая сдавление мягких тканей при пронационных движениях; необходимо избегать уменьшения ширины межкостного промежутка, т.к. *lig. interos* обладает способностью образовывать складку при пронационных движениях и расправляется при супинации. Следует также помнить, что существуют так называемые «благоприятные» смещения отломков, при которых хорошая или вполне

удовлетворительная функция может сохраниться даже при не вполне благоприятном анатомическом состоянии отломков [4].

Несмотря на разнообразные методы лечения диафизарных переломов костей предплечья у детей, данная проблема до настоящего времени остается актуальной и сложной.

*Целью работы* является изучение эффективности применяемых нами методов лечения детей с диафизарными переломами костей предплечья.

#### Материал и методы

Нами проанализированы истории болезни 162 больных с диафизарными переломами костей предплечья. Возраст больных — от 3 до 14 лет (табл. 1).

По локализации переломов больные распределялись следующим образом: перелом обеих костей предплечья — 124 (76,5%), из них переломы верхней трети предплечья — 10 (8,1%), перелом средней трети предплечья — 86 (69,4%), перелом нижней трети предплечья — 28 (22,5%). С изолированными переломами лучевой кости было 25 (15,4%) пациентов, с изолированными переломами локтевой кости — 13 (8,1%) (табл. 2).

Изучая причины повреждения костей предплечья, мы установили, что в преобладающем большинстве случаев (у 128 детей) имело место падение на землю или твердое покрытие во время организованных спортивных и неорганизованных игр, у 12 детей переломы наступили в результате падения

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возраст больных (в годах)			Итого
	3–6	7–11	12–14	
Мальчики	44	36	18	98
Девочки	32	18	14	64
Всего	76	54	32	162

**Таблица 2.** Распределение больных по локализации перелома

Тяжесть повреждения	Локализация			Итого
	Нижняя треть	Средняя треть	Верхняя треть	
Обе кости предплечья	28	86	10	124
Лучевая кость	14	7	4	25
Локтевая кость	2	4	7	13
Всего	42	97	21	162

с высоты (с деревьев, крыш домов), у остальных 22 переломы произошли вследствие ДТП.

Лечение больных с диафизарными переломами у детей проводили с соблюдением единых принципов, направленных на раннюю, по возможности, одноэтапную и окончательную репозицию с применением атравматичных способов репозиции и фиксации. При локализации перелома в области диафиза возможным было оставление «допустимого» смещения, которое нивелировалось по мере роста ребенка. Предпочтение отдавали консервативным методам лечения, включающим закрытую репозицию с фиксацией гипсовой повязкой (на 145 сегментах у 143 больных). Хирургическое лечение было выполнено при повреждениях 46 сегментов у 43 больных.

Показаниями к хирургическому лечению больных с диафизарными переломами костей предплечья являются: неудавшиеся попытки закрытой репозиции, вторичные смещения отломков, интерпозиция мягких тканей, оскольчатые переломы с наличием фрагментов, препятствующих сопоставлению отломков.

В табл. 3 приведены способы вправления отломков костей предплечья, применявшиеся в клинике. Из табл. 3 видно, что в 20,3% случаев необходимости в проведении репозиции не было. Сюда относились переломы без смещения или с очень незначительным смещением отломков. Это были главным образом поднадкостничные переломы. У 53,1% больных была проведена одномоментная репозиция ручным способом. Остальных 26,6% пациентов лечили различными хирургическими методами.

При переломах одной из костей предплечья сопоставление отломков консервативным способом более затруднено, чем при переломах обеих костей. Особую сложность представляет вправление изолированных переломов лучевой кости. Обычно вправление отломков при переломах одной из костей предплечья консервативным методом не удает-

ся. Имобилизацию после репозиции проводили гипсовой повязкой, накладываемой от середины плеча до головок метакарпальных костей. При этом предплечье фиксировали под прямым углом в локтевом суставе и, как правило, в среднем положении между супинацией и пронацией.

### Результаты и их обсуждение

В хирургическом лечении диафизарных переломов костей предплечья для фиксации отломков в основном использовали интрамедуллярный остеосинтез спицами Киршнера (34 случая) или аппаратом Илизарова в сочетании с интрамедуллярным остеосинтезом спицами Киршнера (9 случаев). Лечение больных и изучение результатов позволило выявить не только правильность применяемых методов хирургического лечения, но и их недочеты.

Отдаленные результаты лечения диафизарных переломов костей предплечья изучены у 72 больных. Критерием для определения исходов лечения служили клинико-рентгенологические данные, объем движений в локтевом суставе и сила сжатия кисти.

Результаты лечения диафизарных переломов костей предплечья мы делили на хорошие и удовлетворительные.

К хорошим отнесены результаты лечения 74,1% больных, не предъявляющих жалоб; объем движений в суставе был полный, а сила сжатия обеих кистей приблизительно одинакова.

Удовлетворительные результаты: 25,9% больных жаловались на незначительные боли, ограничение движений, главным образом за счет отсутствия полного разгибания в локтевом суставе.

Ограничение разгибания в локтевом суставе до 170° наблюдалось у 12,9% детей. Ротационная контрактура предплечья отмечена у 6,5% детей, миграция спиц у 4,9%, замедленная консолидация перелома у 1,6% детей.

Неудовлетворительных результатов не наблюдалось.

### Выводы

Лечение переломов костей у детей во многом отличается от лечения переломов у взрослых.

**Таблица 3.** Распределение больных по способам вправления отломков

Локализация перелома	Без вправления	Закрытое вправление	Открытое вправление
Обе кости	26	74	36
Лучевая кость	3	8	4
Локтевая кость	4	4	3
Всего	33	86	43

