

ISSN 1684-9280

Травматология

ЖӘНЕ

Ортопедия

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ ГОЛОВКИ И ШЕЙКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Н.Б. ОРЛОВСКИЙ, В.Н. ОРЛОВСКИЙ
Акмолинская государственная медицинская академия

Кәрі жіліктің мойын және бас бөліктерінің сынықтары бар 101 науқасты бақылау нәтижелері келтірілген. Оның ішінде 80-ні консервативті түрде емделген. Сонымен бірге сынық түрлері сипатталған.

Орнынан қозғалмаған және қалдыруға болатын сынған сүйектерді консервативті емдеу көрсетілген, ығысқан жабық түрде орнына салу мүмкіндігін көрсеткен. Консервативті емдеу нәтижесіз болғанда оперативтік тәсілмен сынықтар орнына келтіріледі, қажет болса иық басына резекция жасалады.

Асқынулардың жиі кездесетін түрі - кәрі жілік жүйкесінің парезі. Мұндай жағдайдың 77, 8 пайызы жақсы нәтижені, ал 1,6 пайызы қанағаттандырғысыз нәтижені көрсетті.

The data of supervision above 101 patients with radius head and neck fractures are given 80 patients of them were treated conservatively. The various types of fractures are described.

The conservative treatment is indicated at fractures without displacement or with insignificant displacement. Closed reposition is possible at significant displacement. Operative treatment (from reposition to radius head removal) is indicated at unsuccessful conservative treatment.

Paresis of facial nerve deep branch is happen as possible frequent complication. Good outcomes are received in 77,8 cases, unsatisfactory in 1,6 cases.

Переломы головки и шейки лучевой кости являются нередким повреждением. Так, например, по данным ряда авторов [1,7,9], они составляют 13% всех повреждений в области локтевого сустава, по данным других авторов [4,5] - 1,5% - 2,2%.

Переломы верхнего конца лучевой кости выше прикрепления суставной капсулы принято считать внутрисуставными, лежащие ниже - внесуставными. Однако Н. П. Новаченко [10] и другие авторы [3,5,7] полагают, что с клинической точки зрения, почти все переломы головки и шейки лучевой кости, являются внутрисуставными, ибо даже при изолированных переломах шейки лучевой кости трещины проникают выше места прикрепления суставной капсулы и суставная капсула вовлекается в патологический процесс.

Перелому могут подвергаться не только головка или шейка лучевой кости, но и головка и шейка одновременно. Кроме того, эти переломы могут сочетаться с переломами надмыщелка, мыщелка плечевой кости, локтевого, венечного отростка локтевой кости или с вывихом предплечья и т. д. Все эти повреждения возникают как при прямой травме (падение на локтевой сустав), так и при не прямой (падение на вытянутую руку).

Переломы головки лучевой кости бывают разнообразными: в виде трещины, откола края головки, размозжения или компрессии ее. Трещины шейки лучевой кости наблюдаются в поперечном или косом направлении. Трещины, идущие в вертикальном направлении, в большинстве случаев локализируются в латеральном отделе головки, реже - в медиальной ее части. При повреждении кольцевидной связки костные отломки смещаются. Наиболее часто отмечается смещение костного фрагмента латерально, реже - кпереди или дистально.

Главными симптомами перелома головки и шейки лучевой кости являются: припухлость мягких тканей, деформация локтевого сустава, локальная боль при пальпации, ограничение движений предплечья, крепитация, которая наблюдается не во всех случаях, но отсутствие ее не исключает наличия перелома.

Для уточнения диагноза необходимы данные рентгенографического исследования локтевого сустава в двух проекциях.

Для лечения этих переломов пользуются консервативными и оперативными методами. Некоторые авторы [1,4,12] отдают предпочтение консервативному методу. Н. П. Новаченко [10] считает, что при неудавшейся консервативной репозиции следует прибегать к открытому сопоставлению отломков с применением фиксации с помощью штифта-тормоза или кетгутовых швов.

Другие авторы [2,5,6,11,13] считают, если закрытая репозиция не удалась при значительном смещении головки лучевой кости (перелом-вывих), то ее удаляют оперативно.

В то же время, некоторые исследователи [2,10] не рекомендуют удалять головку лучевой кости, особенно в детском возрасте, а предлагают репонировать и фиксировать ее. Удаление головки приводит к возникновению боковой подвижности в локтевом суставе, деформирующему артрозу, а у детей к деформации в виде *cubitus valgus*.

Бабич Б.К. и Богданов Ф. Р. [1,3] считают, что показаниями к оперативному вмешательству являются: свободно отделившийся фрагмент головки лучевой кости, находящийся в полости сустава, переломы шейки или головки лучевой кости со значительным смещением отломков, не поддающиеся репозиции консервативным методом; перелом-вывих головки лучевой кости.

Мы приводим данные наблюдений над 101 больным с переломами головки и шейки лучевой кости. 80 больных были пролечены консервативным методом, 21 - оперативным. Возраст больных колеблется от 15 до 60 лет: до 20 лет - 21 больной, от 21 до 40 - 61, старше 40 - 19 (больных); мужчин было 45, женщин - 56.

Причиной повреждения являлась, главным образом, уличная травма в зимнее время. Прямая травма наблюдалась в 40 случаях, не прямая - в 57, механизм травмы не выяснен у 4 больных.

Распределение больных по локализации повреждений и характеру переломов представлено в таблице 1.

Больные с трещинами, с переломами головки и шейки лучевой кости без смещения, а также с компрессионными переломами и с небольшим смещением, когда суставная поверхность головки лучевой кости и головчатого возвышения плечевой кости не образовывали угла или этот угол был незначителен, лечились консервативным методом. В таких случаях конечность иммобилизовали задней гипсовой шиной на 8-10 дней, в среднем положении предплечья между пронацией и супинацией, в согнутом локтевом суставе под прямым углом. С первого дня назначались активные движения в пальцах кисти. После окончания иммобилизации назначались упражнения в локтевом суставе.

При переломах со значительным смещением у 31 больного под внутривенным обезболиванием было произведено ручное сопоставление отломков, которое контролировалось рентгенологическим исследованием. При этом учитывалось смещение самой головки и диафиза лучевой кости, на что указывает В. О. Маркс [8]. Метод репозиции в таких случаях неодинаковый. При переломах шейки со смещением головки лучевой кости кнаружи, головку вправляли в заранее расширенный промежуток между диафизом лучевой кости и головчатым возвышением плечевой кости. При переломах шейки со смещением диафиза лучевой кости внутрь, предплечье придавали варусное положение, выводили диафиз кнаружи и сопоставляли его по одной оси с головкой.

У 5 больных было полностью устранено смещение, у 10 - частично, у 16 -отломки сопоставить не удалось и больные были подвергнуты оперативному лечению.

Мы считаем, что закрытая репозиция при значительном смещении отломков удается редко. Повторная репозиция в таких случаях не производилась из-за опасения нанести новую травму мягким тканям и лучевому нерву.

После произведенной репозиции верхнюю конечность иммобилизовали задней гипсовой шиной сроком на 14-21 день в зависимости от характера повреждения. Циркулярных гипсовых повязок мы не применяли и не рекомендуем во избежание осложнений (ишемических контрактур, отеков, вторичного смещения отломков и т. д.).

Оперативное вмешательство было применено у 21 больного. Операция производилась под внутривенным обезболиванием. У 8 больных удален свободный костный фрагмент головки лучевой кости, находящийся в полости сустава. У 6 больных с переломом шейки лучевой кости при полном смещении головки, когда ее суставная поверхность располагалась под прямым углом к суставной поверхности головчатого возвышения плечевой кости, произведена открытая репозиция с последующей фиксацией головки луча кетгутowymi швами. У 7 человек головка была удалена совсем, так как была раздроблена на мелкие части.

После операции верхняя конечность иммобилизовалась гипсовой шиной на 7 - 10 дней; после снятия шины назначались лечебная гимнастика, массаж мышц плеча, предплечья, кисти (обходя локтевой сустав).

После операции наблюдались следующие осложнения: нагноение мягких тканей в области локтевого сустава - 1 случай; парез глубокой веточки лучевого нерва - 4 случая.

Для снятия болевого синдрома при травматическом неврите ежедневно проводили лечение электрофорезом с 2% раствором новокаина (всего 10 - 15 сеансов), что

Таблица 1

Распределение больных по локализации и характеру повреждений

Локализация повреждения	К-во переломов	В том числе		Характер переломов			
		Без смещения	Со смещением	Трещины	Вколоченные	Оскольчатые	Краевые
Переломы головки	61	29	32	3	15	19	23
Переломы шейки	18	11	7		9		
Эпифизеолизы проксимального конца лучевой кости	2	1	1				
Остеоэпифизеолизы проксимального конца лучевой кости	8	6	2	1			
Комбинированные переломы головки и шейки с переломами других костных элементов локтевого сустава	12	5	7	2	3	4	3
Всего	101	52	49				

давало хорошие результаты. В качестве неспецифического средства тканевой терапии в некоторых случаях применяли подкожные инъекции плазмолла, стекловидного тела и витамина В₁₂.

При наличии отека локтевого сустава и предплечья с успехом применяли электрофорез с 2% раствором хлористого кальция или димексида, как понижающего проницаемость сосудистой стенки и снижающих воспалительный процесс, троксевазин - гель местно.

Парезы лучевого нерва были нестойкими и проходили в течение нескольких недель после физиотерапевтических процедур.

Отдаленные результаты лечения изучены у 63 больных. Из них 49 больных лечились консервативно и 14 пациентов - оперативным методом. Срок наблюдения - от 1 года до 3 лет. В основу оценки отдаленных результатов лечения больных мы взяли анатомические, клинические и функциональные данные. Динамику восстановления функции верхней конечности контролировали при помощи динамометра.

Хорошие результаты лечения были отмечены у 49 больных (77,8%), удовлетворительные - у 13 (20,6%), неудовлетворительные - у 1 (1,6%).

В группу с хорошими исходами лечения отнесены те больные, которые не предъявляли жалоб, боль и деформация у них отсутствовали, движения предплечья были в полном объеме и безболезненны, мышечная сила в пределах нормы.

В группу с удовлетворительными результатами включены те больные, у которых движения предплечья ограничены от 15° до 20°, мышечная сила конечности несколько понижена по сравнению со здоровой, сращение наступило при небольшом смещении отломков, возникла оссификация мягких тканей.

Неудовлетворительными результатами лечения мы считаем ограничение движений в локтевом суставе свыше 25°, боль при нагрузке, деформацию, неправильное сращение отломков, оссификацию мягких тканей.

Таблица 2

Характер поздних осложнений после лечения больных с переломами головки и шейки лучевой кости

Виды осложнений	Количество больных, лечившихся	
	оперативно	консервативно
Деформирующий артроз	2	2
Оссификация мягких тканей	1	2
Деформация локтевого сустава	1	2
Синостоз	-	1
Всего	4	7

деформация у детей роста в значительной степени самоисправлялась в процессе, но не полностью и не всегда.

Ошибки при лечении больных с переломами головки и шейки лучевой кости могут быть как при выборе метода лечения, так и в его процессе. Не следует производить репозицию без учета характера и степени смещения отломков и удалять головку лучевой кости, особенно у детей. Ошибками являются несвоевременное выявление неврологических расстройств, завышенные сроки иммобилизации, позднее применение лечебной гимнастики, отсутствие рентгеновских снимков в двух проекциях локтевого сустава до и после репозиции отломков.

Сроки нетрудоспособности больных и восстановления функции верхней конечности при переломах головки и шейки лучевой кости были неодинаковы. Они зависели не только от вида перелома и степени смещения отломков, но и от метода лечения, длительности иммобилизации конечности. Средний срок нетрудоспособности у взрослых больных без смещения и с незначительным смещением отломков составлял 4 - 5 недель; после оперативного метода лечения - 6 - 8 недель; сроки восстановления функции поврежденной конечности также были неодинаковы, они колебались в среднем от 5 до 20 недель.

Таким образом, переломы без смещения и с небольшим смещением не требуют длительной иммобилизации конечности и дают хорошие результаты при тщательном соблюдении методики лечебной гимнастики.

При переломах со значительным смещением отломков следует произвести репозицию их закрытым способом. Краевые и оскольчатые переломы лучевой кости со смещением костного фрагмента в полость сустава, переломы шейки и лучевой кости с полным смещением головки, не поддающиеся одномоментной репозиции, а также несвежие переломы подлежат оперативному лечению. Удалять головку лучевой кости, особенно у детей, не следует, ее необходимо репонировать и фиксировать.

Поздние осложнения были отмечены у 11 больных.

Сроки консолидации перелома головки и шейки лучевой кости были различные. Они зависели, главным образом, от характера перелома и степени смещения отломков.

У больных с переломами без смещения, а также в тех случаях, когда была произведена репозиция отломков и проведена ранняя лечебная гимнастика, сращение отломков наступало раньше, чем у больных со смещением. Последние требовали большего срока консолидации; у них оставалось в той или иной степени ограничение движений, главным образом, супинации и пронации предплечья.

Сращение при переломах и восстановление функции поврежденной конечности у детей и подростков происходило значительно быстрее, чем у взрослых. Небольшая

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабич Б.К. Травматические вывихи и переломы. - Киев, 1968.
2. Баиров Г.А. Травматология детского возраста. - Л., Медицина, 1976. - С. 240-246.
3. Богданов Ф.Р. Внутрисуставные переломы. - Свердловск, 1949.
4. Ворохобов Л.А. Закрытая репозиция переломов шейки лучевой кости у детей / Тезисы докладов всероссийского съезда хирургов. - Л., 1958. - С. 106.
5. Дамье Н.Г. Основы травматологии детского возраста. - М., 1960.
6. Каплан А.В. Закрытые повреждения костей и суставов. - М., 1978.
7. Крупко И.Л. Руководство по травматологии. - Л., Медицина, 1977. - Т.1.
8. Маркс В.О. Ортопедическая диагностика. - Минск.: Наука и техника, 1978.
9. Маркс В.О. Данные к изучению смещений и к лечению переломов шейки лучевой кости // Ортопедия и травматол. - 1938. - № 6. - С. 51.
10. Новаченко Н.Г. Основные методы лечения в ортопедии и травматологии // Руководст. по ортопед. и травматол. - 1967. - Т.1.
11. Ормантаев К.С., Марков Р.Ф. Детская травматология. - Алматы.: Казахстан, 1978. - С. 109-120.
12. Свинухов Н.П. О механизме травмы и методике закрытой репозиции внутрисуставных переломов шейки лучевой кости у детей // Вестн. хир. - 1966. - № 4. - С. 129-135.
13. Чернавский В.А. Диагностика и лечение переломов и вывихов. - Ташкент, Медицина, 1977. - С. 97-98.