

и локтевом суставах, тотальное и однополюсное эндопротезирование тазобедренного сустава современными моделями эндопротезов, ревизионное протезирование тазобедренного сустава с применением модульных систем, эндопротезирование коленного сустава, внедрены и успешно применяются новые разработки высокотехнологичных методов оперативной и реконструктивно-стабилизирующей фиксации позвоночника и таза. На основе собственных разработок применяются реконструктивные вмешательства на проксимальном отделе бедра, голени, оригинальные методы ранней функциональной диагностики и ортопедической, хирургической коррекции патологии стопы, аллопластика биоматериалами, консервированными по собственной методике, доклинической электронно-компьютерной диагностики, консервативная и хирургическая коррекция патологии стоп у детей.

Немаловажная роль центра в повышении качества оказания медицинской и специализированной помощи населению районов области. В отделениях центра в соответствии с графиком УЗО в г. Гродно ежегодно повышают квалификацию на рабочем месте врачи-травматологи, хирурги районного звена, что позволяет более квалифицированно оказывать помощь в стационарах области, внедрять доступные способы диагностики и лечения. Ежеквартально в центре проводятся заседания областного общества травматологов-ортопедов с участием смежных специалистов и зачастую сотрудников РНПЦТиО МЗ РБ, на которых обсуждаются наиболее актуальные проблемы специальности, ошибки и осложнения, допущенные при лечении пациентов, информация о новых научно-практических положениях и организации службы.

Сотрудники клиники проводят большую консультативную и научную работу, осуществляют подготовку кадров, внедряют в практику здравоохранения собственные оригинальные разработки, проводят методологическую и организационную помощь практическому здравоохранению, что способствует оптимальной работе областной травматологической службы.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЧРЕЗМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Белецкий А.А.¹, Герасименко М.А.², Третьяк С.И.¹

УЗ «6-я городская клиническая больница», г. Минск,
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного
образования», г. Минск

Введение. Чрез- и надмышцелковые переломы плечевой кости являются наиболее частыми повреждениями опорно-двигательного аппарата у детей и составляет около 12% всех видов переломов [1, 2, 3, 4]. Лечение переломов данной локализации является одним из сложных и актуальных разделов

детской травматологии по ряду причин:

1. В связи с анатомической особенностью дистального отдела плечевой кости, уплощенной ее формой, наличием локтевой и венечной ямок;

2. Чрезмыщелковые переломы являются внутрисуставными, что требует точной репозиции (до 2 мм);

3. Нестабильностью данных повреждений (в 50% случаев), что обусловленной выраженной кривой плоскостью перелома, разрывом плечевой мышцы, капсулы сустава [1, 3, 4] и, соответственно, большим количеством вторичных смещений при консервативном лечении;

4. Быстрым развитием посттравматического отека и имбибиции кровью области повреждения, что усложняет закрытую репозицию;

Цель: оценить результаты лечения чрезмыщелковых переломов у пациентов детского возраста методом закрытой репозиции и остеосинтезом спицами.

Методы исследования. За период с 2004 по 2016 годы в детском травматолого-ортопедическом отделении УЗ «6-я городская клиническая больница г. Минска» пролечено 256 пациентов с чрез- (n=232) и надмыщелковыми (n=24) переломами плечевой кости со смещением отломков. Мальчиков было 172 (67,2%), девочек-84 (32,8%). Средний возраст 7,5 лет. Механизм травмы в подавляющем большинстве случаев был однотипным: падение с упором на кисть при беге или других передвижениях. Два перелома (0,8%) были вторично открытые, остальные закрытые (99,2%). В 11,7% случаев (n=30) наблюдались посттравматические нейропатии одного или нескольких нервов плеча, большинство из которых носило транзиторный характер и лечилось общепринято консервативно. У 6 (2,3%) пациентов наблюдалось сочетание чрезмыщелкового перелома с переломами костей предплечья на этой же конечности.

По характеру и виду смещения отломков значительно преобладали разгибательно-пронационные переломы (95%), реже наблюдались сгибательные и оскольчатые повреждения (по 2,5%).

Результаты и их обсуждение. При лечении данных повреждений применялись следующие методы: закрытая репозиция с гипсовой иммобилизацией у 62 (24,2%) пациентов; скелетное вытяжение за локтевой отросток – у 14 (5,5%); закрытая репозиция с одновременным чрескожным остеосинтезом спицами Киршнера под контролем ЭОП – 176 (68,8%) случая; открытая репозиция с остеосинтезом спицами – 4 (1,6%).

Закрытая репозиция с гипсовой иммобилизацией в положении сгибания в локтевом суставе под острым углом при разгибательных переломах чаще применялась при свежих (до трех суток) повреждениях с горизонтальной или близкой к ней плоскостью перелома и небольшом или умеренном отеке области повреждения. У половины из них через 5-6 суток после удачной репозиции при контрольной рентгенограмме в гипсовой лонгетной повязке выявлено вторичное смещение вследствие несовершенства метода, что потребовало применения другого метода лечения (повторной закрытой репозиции под

контролем ЭОП с одновременной чрескожной фиксацией спицами или скелетного вытяжения).

Скелетное вытяжение использовалось значительно реже, в основном при повреждениях давностью от трех до пяти-шести суток, при свежих повреждениях с выраженным посттравматическим отеком, при оскольчатых и невправленных сгибательных переломах у детей старше 3-4-х лет. В большинстве случаев (n=7) путем скелетного вытяжения удалось добиться вправления и удержания отломков до первичной их консолидации (2,5-3 недели) и начала восстановительного лечения. У 3 пациентов младшего дошкольного возраста скелетное вытяжение применялось в течение 3-4 дней и после уменьшения отека выполнялась закрытая репозиция под контролем ЭОП с фиксацией спицами.

Закрытая репозиция с одновременным чрескожным остеосинтезом спицами под контролем ЭОП в условиях операционной применялась в свежих случаях с умеренной и выраженной скошенностью плоскости перелома, при выраженных смещениях отломков, свидетельствующих о нестабильности повреждения; при вторичном смещении отломков в гипсовой повязке после закрытой репозиции; при переломах давностью свыше 3-4 суток (несвежих); при консервативно невправленных переломах; при наличии двух и более переломов на конечности. Данный метод является малотравматичным, одноэтапным, быстрым (10-15 минут) в исполнении, самым надежным и находящем с течением времени все большее применение в клинике. Характерно, что при использовании ЭОП не наблюдалось ни одного случая неудачной закрытой репозиции. Чрескожный остеосинтез под контролем ЭОП после репозиции производится двумя или тремя спицами Киршнера с диагональной их ориентацией: одна или две спицы вводились снаружи и одна спица изнутри, касательно к локтевому отростку во избежание повреждения локтевого нерва. При надмыщелковых переломах внутреннюю спицу у части пациентов вводили через внутренний надмыщелок в проксимальный отломок. В конце вмешательства при визуализации на экране ЭОП путем создания смещающих усилий проверяли прочность фиксации отломков. Концы спиц оставляли над кожей в загнутом положении.

На 2,5-3 недели (в зависимости от возраста) локтевой и кистевой суставы фиксировали гипсовым лонгетом под углом 90° и предпочтительней в положении супинации предплечья. Выписка для амбулаторного наблюдения, обычно, производилась через 2-4 дня после операции при неосложненных переломах. Во всех случаях через 2,5-3 недели осуществлялась повторная госпитализация для долечивания – после контрольной рентгенографии без гипсовой повязки и констатации достаточной консолидации отломков в перевязочной удалялись спицы и в течение 1-2 недель проводилось восстановительное лечение (ЛФК, ФТЛ, массаж) до ближайшего положительного исхода. Случаев замедлений консолидации и несращений не наблюдалось. После выписки больным рекомендовалось продолжить реабилитационные мероприятия в местных поликлиниках. Часть пациентов с

выраженными посттравматическими контрактурами, параартикулярным фиброзом, нейропатиями переводилась в РБК МР в Аксаковщине для продолжения реабилитации.

Ближайшие результаты примененных методов лечения изучены у всех пациентов при повторной госпитализации для долечивания. Эти исходы во всех случаях были положительными, неудовлетворительных не наблюдалось.

Отдаленные результаты в сроки до двух лет изучены у 237 (92,6%) пациентов. Получены только отличные и хорошие исходы.

Выводы.

1. Закрытая репозиция смещенных чрез- и надмышцелковых переломов плечевой кости у детей под контролем эмиссионно-оптического преобразователя с одновременным остеосинтезом спицами Киршнера при в настоящее время является малотравматичны и высокоэффективным методом выбора лечения данных повреждений.

2. Использование эмиссионно-оптического преобразователя позволяет под контролем зрения точно репонировать отломки и фиксировать их спицами для исключения вторичного смещения.

3. Закрытая репозиция и остеосинтез спицами данных переломов способствует сокращению сроков стационарного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Костюк В.П., Крюк А.С. Клиника и лечение надмышцелковых переломов плечевой кости у детей. Минск, 1968.

2. Alburger PD, Weidner PL, Betz RR. Supracondylar fractures of the humerus in children. J Pediatr Orthop 1992 12(1):16-19.

3. Chen RS, Liu CB, Lin XS, et al. Supracondylar extension fracture of the humerus in children. Manipulative reduction, immobilisation and fixation using a U-shaped plaster slab with the elbow in full extension. J Bone Joint Surg (Br) 2001 83(6):883 PP. 887.

4. Kennedy JG, El Abed K, Soffe K, et al. Evaluation of the role of pin fixation versus collar and cuff immobilisation in supracondylar fractures of the humerus in children. Injury 2000 31(3):163-167.

КОМПЛЕКСНОЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКО-ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП У ДЕТЕЙ

***Бенько А.Н., Иванович А.В. *, Кезля О.П., Герасименко М.А.,
Королько А.С. *, Ярмолович В.А.***

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск
*УЗ «Минская областная клиническая больница», Беларусь

В последнее время отмечается значительное увеличение количества пациентов детского возраста с патологией стоп. По данным разных авторов плосковальгусная деформация стоп (ПВД) встречается от 10 до 80% (1, 2, 4).

ПВД стопы – это комплекс патологических изменений основным проявлением которого является уплощение продольного свода стопы, изменение позиции таранной и пяточной костей. Средний и передний отделы