

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА РЕПОЗИЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ НА ОСНОВАНИИ ИЗУЧЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

Шишук В.Д., Шкатула Ю.В.

СумГУ, кафедра ортопедии, травматологии и неотложных состояний

Хотя удельный вес переломов проксимального отдела лучевой кости у детей среди всех переломов верхней конечности относительно невелик, зачастую, именно эти повреждения приводят к развитию осложнений, в виде стойких контрактур локтевого сустава. Мы поставили перед собой задачу проанализировать отдаленные результаты лечения данной категории пациентов с целью сформулировать показания к выбору оптимального метода лечения. Объектом исследования явился 121 ребенок с переломами проксимального конца лучевой кости, находившиеся на лечении в Сумской областной детской клинической больницы. Средний срок наблюдения - 4, 8 лет. Применялась общепризнанная методика Н.П.Свинухова с рядом изменений.

По нашему мнению биомеханическое обоснование модифицированной методики заключается в следующем:

При сгибании предплечья под острым углом происходит упор головки лучевой кости в головчатое возвышение, что препятствует вторичному смещению отломков. Удержанию отломков способствует также сморщивание переднего участка капсулы локтевого сустава.

В положении супинации предплечья натягивается *membrana interossea antebrachii*, что дополнительно стабилизирует фрагменты.

При репаративной терапии вывести предплечье из положения супинации легче, чем из пронации, что связано, по видимому с тем, что мышц пронаторов больше.

При неудовлетворительном результате лечения и развитии стойкой контрактуры положение супинации и сгибание предплечья под острым углом более благоприятно для самообслуживания, нежели разгибание и пронация.

При неудавшейся попытке закрытой репозиции пациентам осуществляется оперативное вмешательство.

Учитывая вышеизложенное можно сделать вывод о том, что модифицированный метод закрытой репозиции может быть методом выбора при лечении пациентов с переломами проксимального конца лучевой кости.

Пациентам с полным разобщением головки и шейки лучевой кости целесообразно осуществлять открытое вправление без предварительных попыток репозиции.

При оперативных вмешательствах следует помнить о возможности повреждения поверхностной и глубокой ветви лучевого нерва. После рассечения капсулы сустава устраняется смещение головки лучевой кости. Фиксация осуществляется спицей-тормозом по Н.П. Новаченко, когда через щель перелома спица вводится в костномозговой канал, рядом с репонирующим инструментом.