

Д.А. Оразлиев, В.С. Дудкин, Г.В. Реснянская, А.О. Соколов

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ ПЕРЕДПЛЕЧЬЯ В КЛИНИКАХ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

ГОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России»  
(Благовещенск)  
ОГУЗ «Амурская областная детская клиническая больница» (Благовещенск)

*В наше время, когда высокие технологии уже прочно вошли в человеческий быт, уже никого не удивит наличием машины, компьютера или сотового телефона. Но несмотря на всё это, так же, как и 100 лет назад, человеческий организм по-прежнему хрупок по отношению к воздействию агрессивных факторов окружающей среды. Организм не совершенен, хотя изменились условия труда. Многие вещи стали более автоматизированы и легче. Тело человека по-прежнему периодически выходит из строя.*

*В рассмотренных лечебных учреждениях нами было представлено в общей сложности 284 случая заболевания с травмами предплечья. Случаи были дифференцированы по локализации переломов и методу лечения. Интересно заметить, что больше всего случаев (196 случаев) было зарегистрировано в детской областной клинической больнице.*

*В случаях изолированных переломов или переломов без смещения чаще всего применялись консервативные методы лечения, различные виды лонгетных и циркулярных гипсовых повязок.*

*При переломах обеих костей предплечья на разных уровнях, а также при переломах со смещением, часто применялось оперативное лечение. Большую часть случаев составляли переломы диафизов обеих костей предплечья с различными характерами переломов. В основном применялись погружной комбинированный остеосинтез и комбинированный напряженный остеосинтез по Барабашу и Соломину. У больных, у которых были применены вышеназванные способы, контрактур смежных суставах не наблюдали.*

**Ключевые слова:** травма костей предплечья, чрескостный остеосинтез

## TOPICAL QUESTIONS OF FOREARM BONES TRAUMATIC INJURIES TREATMENT IN AMUR REGION'S HOSPITALS

D.A. Orazliyev, V.S. Dudkin, G.V. Resnyanskaya, A.O. Sokolov

*Amur state medical academy of Ministry of Health and Social Development of Russia, Blagoveshensk  
Amur regional children's clinical hospital, Blagoveshensk*

*Nowadays advanced technologies come into people's life and nobody will be surprised by having car, computer or mobile phone. But in spite of that as also 100 years ago human is still fragile as for aggressive environmental factors' effect. Many things became easier and more automated, but human body still becomes disabled sometimes.*

*In considered medical institutions there were 284 cases of forearm traumatic injuries in sum. They were differentiated by fractures localization and treatment mode. Most of cases (196 cases) belonged to the children's regional clinical hospital.*

*In cases of solitary fractures or fractures without displacement conservative treatment mode and some types of plaster and cylinder splints were used.*

*At the fractures of both forearm bones at different levels and at the fractures with displacement surgical treatment was used. Most of cases were fractures of diaphysis of both forearm bones with various fractures natures. Mainly external combined osteosynthesis and combined osteosynthesis according to Barabash and Solomin were used. Patients who were operated with aforementioned methods didn't have any adjacent joints contractions.*

**Key words:** forearm bones injury, transosseous osteosynthesis

В травматологической практике переломы костей предплечья составляют от 11,5% до 30,5% по отношению к общему числу закрытых повреждений и относятся к тяжёлым и сложным повреждениям. Они могут быть самыми разнообразными, и многое зависит от механизма травмы, от приложенной силы и локализации. И уже отталкиваясь от этого вопроса, будет проводиться адекватное лечение.

Анализ 284 историй болезни больных с переломами костей предплечья (рис. 1), лечившихся в 2007 году в травматолого-ортопедических отделениях Амурской областной клинической больницы, Амурской областной детской клинической больницы, 1-й и 3-й городских клинических муниципальных больницах г. Благовещенска, показал, что:

- в 74% (209 больных) случаев пострадавшие лечились консервативно;

- было прооперировано различными способами 26% (75) больных.

Одним из способов консервативного лечения является применение гипсовых повязок.

Консервативное лечение применяли в 15 (3,1%) случаях при переломах локтевого отростка без смещения, с небольшим диастазом (не более 3 мм). В таких случаях иммобилизации применяли гипсовую повязку от верхней трети плеча до пястно-фаланговых суставов на 3–4 недели, в среднем положении между пронацией и супинацией и в положении сгибания предплечья в локтевом суставе под углом 90–110°. Со 2-го дня назначали ЛФК

для пальцев кисти, а с 3-го — для плечевого сустава. Затем повязку переводили в съемную на 7–10 суток с разработкой движений в локтевом суставе. Движения восстанавливались в полном объеме, как правило, через 1,5–2 месяца во всех случаях.

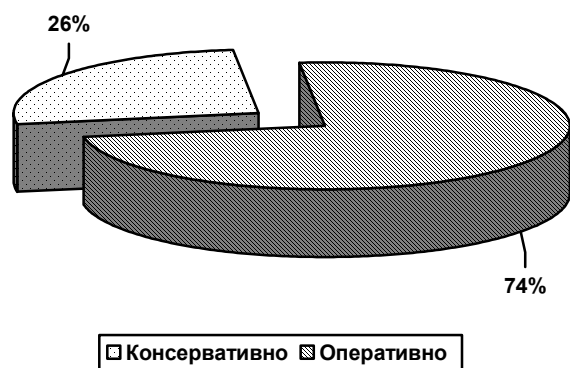


Рис. 1. Способы лечения переломов предплечья в больницах города.

В 11 (1,7 %) случаях при переломах головки и шейки лучевой кости без смещения или с небольшим смещением и наклоном головки до 20° проводилось консервативное лечение — на 2–3 недели накладывали гипсовую лонгету от пястно-фаланговых сочленений до середины плеча в положении сгибания в локтевом суставе до 90–100° и в среднем между супинацией и пронацией положений. Трудоспособность восстанавливалась через 6–8 недель.

При изолированных переломах диафиза локтевой кости без смещения типа «зеленая веточка» или со смещением отломков не более чем на половину диаметра кости, которые встречались в 7,7 % (31 случай) случаев всех переломов, накладывали гипсовую повязку от основания пальцев до верхней трети плеча. Предплечью придавали положение сгибания в локтевом суставе до 90°, фиксировали в положении, среднем между пронацией и супинацией. Имобилизация продолжалась в течение 10–12 недель.

При изолированных переломах дистального метаэпифиза лучевой кости («луча в типичном месте») в 69 (12,6 %) случаях производилась закрытая ручная репозиция с последующей фиксацией в гипсовой лонгете. Учитывая смещение, кисть фиксировалась в разных положениях в течение 3 недель, после была назначена восстановительная терапия. При переломах нижней трети диафиза в 12 (4,2 %) случаях накладывали повязку от нижней трети плеча. Имобилизацию осуществляли в течение 8–10 недель. В иммобилизационный и постиммобилизационный периоды назначалось ЛФК и ФТЛ. Трудоспособность восстанавливалась через 10–12 недель.

Консервативное лечение предпринималось при переломе обеих костей предплечья без смещения отломков или после закрытой репозиции в 61 (11 %) случае: накладывалась лонгетно-циркулярная

гипсовая повязка от головок пястных костей до середины плеча при согнутом до прямого угла локтевом суставе. Кисть устанавливали в положении тыльного сгибания под углом 25–35°. Со 2–3-го дня производились активные движения пальцев и в плечевом суставе. Срок иммобилизации — 8–10 недель, после чего назначали дозированные движения в локтевом суставе и физиотерапевтические процедуры. Трудоспособность восстанавливалась через 10–12 недель. В каждом отдельно взятом случае проводился этапный рентгенологический контроль.

Сгибательные переломы Монтеджи встречались в 12 случаях (4,2 %), при разгибательном переломе Монтеджи (24 случая (5 %)) отломки локтевой кости удавалось обычно довольно хорошо репозировать под внутривенным обезболиванием. После репозиции конечность фиксировали гипсовой лонгетой в разогнутом положении руки с супинированным предплечьем от пястно-фаланговых сочленений до верхней трети плеча. Со 2–3-го дня назначали активные движения пальцев кисти и в плечевом суставе. Срок иммобилизации — 10–12 недель. К концу второго месяца глухую повязку заменяли на съемную для осторожной разработки движений в локтевом и лучезапястном суставах. Трудоспособность восстанавливается через 12–16 недель.

После снятия гипсовой повязки во всех случаях была отмечена атрофия мышц предплечья (уменьшение диаметра окружности на уровне средней трети сегмента на  $4 \pm 1$  см) и голени (уменьшение длины окружности на уровне средней трети сегмента на  $3 \pm 1$  см). Отмечено снижение мышечной силы предплечья и плеча. Кроме этого, у некоторых больных данной группы развилась контрактура локтевого сустава.

#### ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

При переломах локтевого отростка с расхождением более 5 мм в 21 случае проводился остеосинтез восьмиобразной стягивающей проволоочной петлей по Веберу или комбинированный напряженный остеосинтез по Барабашу–Соломину. Трудоспособность восстанавливалась через 1,5–2 мес. При длительной иммобилизации локтевого сустава наблюдались нестойкие контрактуры локтевого сустава.

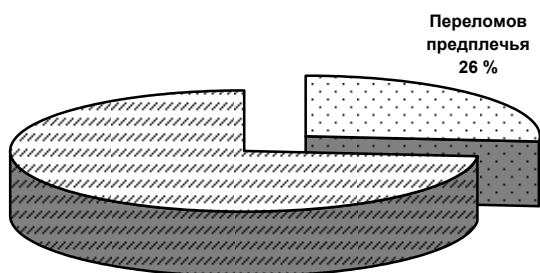
При диафизарных переломах обеих костей предплечья в 53 (16 %) случаях фиксация отломков костей предплечья достигалась посредством комбинированного способа (накостного и внутрикостного), в 24 случаях — посредством чрескостного остеосинтеза по Илизарову, в 39 случаях — посредством комбинированного напряженного остеосинтеза по Барабашу–Соломину. В первом случае после остеосинтеза на руку, согнутую в локтевом суставе под углом 90°, накладывали гипсовую лонгету от пястно-фаланговых сочленений до верхней трети плеча. Имобилизацию продолжали в течение 6–8 недель. В остальных случаях на ранних стадиях после операции иммобилизацию

не применяли, использовали только лечебную гимнастику с целью увеличения объема движения в смежных суставах.

После заживления послеоперационной раны больным рекомендовано с целью профилактики контрактуры разрабатывать объем движения в локтевом суставе.

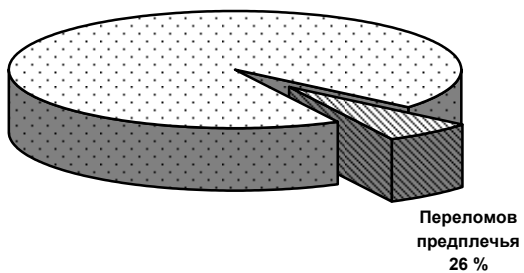
На стационарном лечении больные находились в течение 146 дней. В дальнейшем больные находились на амбулаторном лечении под наблюдением травматолога по месту жительства.

В Амурской областной детской клинической больнице (рис. 2) за 2007 год было зарегистрировано всего 746 травм конечностей, из них 196 – это травмы предплечья.



**Рис. 2.** Количество травм предплечья от общего количества травм конечностей за 2007 год (Амурская областная детская клиническая больница).

Анализируя основные показатели работы травматолого-ортопедического отделения первой городской больницы (рис. 3) за 2007 год, нужно отметить, что всего было зарегистрировано 574 (94 %) случая поступления экстренных больных в травматологическое отделение. Из них с переломами предплечья было 36 (6 %) человек от общего числа больных.

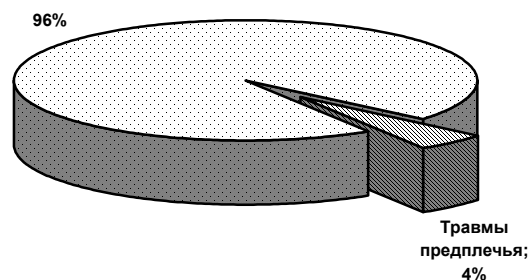


**Рис. 3.** Количество переломов предплечья от общего числа травм за 2007 год в Городской больнице № 1.

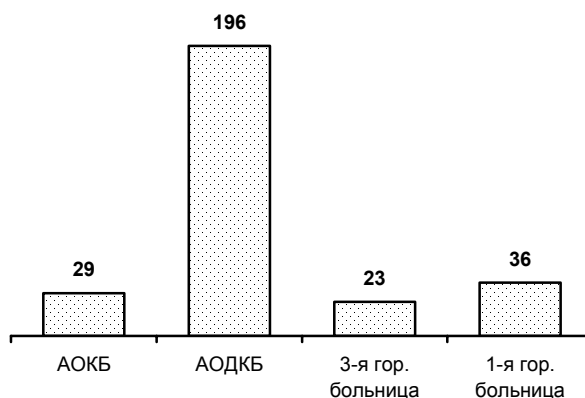
В травматологическом отделении АОКБ (рис. 4) за 2007 год лечилось 836 больных с различными травмами, из них 32 случая – травмы предплечья.

При сравнительном анализе больниц города Благовещенска (рис. 5) отмечается большое количество детских травм предплечья. По сравнению с взрослым травматизмом этого сегмента конечностей, детский травматизм почти в 2,5 раза превышает взрослый. Это можно объяснить количеством профильных отделений города. Амурская област-

ная детская клиническая больница принимает больных из городских больниц, а также из других населённых пунктов области. При этом все взрослые травмы разделяют между собой 2 городские больницы и одна областная.

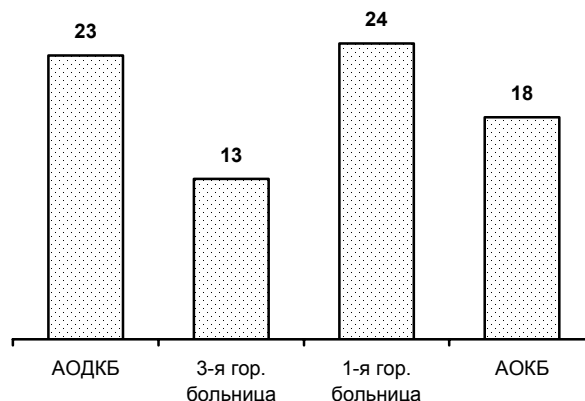


**Рис. 4.** Доля травм предплечья в общей патологии за 2007 год в АОКБ.



**Рис. 5.** Сравнительная характеристика случаев переломов предплечья в больницах г. Благовещенска за 2007 год.

По графику (рис. 6) видно, что примерно одинаковое число оперативных вмешательств было произведено в первой и детской областной клинической больнице. Чуть меньше – в Амурской областной клинической больнице. Меньше всех операций было выполнено в 3-й городской больнице.



**Рис. 6.** Количество оперативных вмешательств при переломах предплечья.