



## ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ

Б.М. Муканов

ГКП «Алматинская областная многопрофильная клиническая больница», г. Алматы

Переломы диафизы костей голени являются одними из частых видов повреждений у детей и составляют, по данным разных авторов, от 8% до 15% всех переломов (А.П. Холодарев, 1975., Н.Д. Казанцев 1969)

Однако, несмотря на широкую распространенность этих повреждений и казалось бы достаточную изученность в проблеме лечения диафизарных переломов костей голени остается много нерешенных вопросов. Нечетко обозначены показания к консервативным и оперативным методам лечения, не ясны пределы допустимых смещений, лечебная тактика при вторичных смещениях отломков.

За последние 5 лет в травматологическом отделении областной детской больницы лечилось 192 больных с диафизарными переломами костей голени - девочек-32 (6%), мальчиков-160 (94%).

Переломы голени у детей возникают в результате не прямого воздействия травмирующей силы. Наши данные совпадают с данными ряда авторов. Такие переломы возникают при падении на ровном месте или с большой высоты. При не прямой травме наблюдается линия излома, которая носит косой или спиралевидный характер. Прямые воздействия травмирующих усилий возникают, как правило, при дорожно-транспортных происшествиях, когда конечность пострадавшего ударяется в окружающие предметы. Подобной механизм обуславливает образование поперечных или оскольчатых переломов что наблюдалось у 54 больных (31%) среди косых переломов. Преобладали изолированные переломы б/берцовый кости -26 больных (26,1%). Среди больных с закрытыми переломами – 134, открытыми -58, со смещением отломков -121, без смещения отломков 71 ребенок.

Лечение костей голени в основном консервативное и заключается в одномоментной ручной репозиции отломков и фиксации глубокой задней

гипсовой лангетой с последующим переводом в циркулярную повязку (А.П.Холодарев,1977). При репозиции главное внимание следует направить на устранение угловых, ротационных смещений периферического отломка и смещения по ширине.

Смещения по длине корректируются в процессе роста. Контрольный снимок в гипсовой повязке с целью выявления вторичного смещения производится на 8-12 сутки после травмы. Такие сроки обусловлены тем, что к этому времени возникшие смещения достигают своего максимума и в то же время наступает достаточно прочное, фиброзное смещение отломков. Последующая одномоментная коррекция положения отломков в дальнейшем еще не сопровождается вторичным смещением.

Вторичное смещение переломов б/берцовый кости наблюдалось более чем у 1/3 больных, ранее это смещение устранялось под наркозом после снятие гипсовой повязки. В последние годы возникшая угловая деформация устраняется дистракционным методом аппаратом Илизарова дозированно и постепенно. Этот метод применялся при поперечных переломах обеих костей голени.

Методам выбора является скелетное вытяжение через пяточную кость на стандартных шинах продолжительностью 3-4 недели с последующей гипсовой повязкой. При закрытых переломах, сопровождающихся грубым смещением отломков, а так же открытых переломах, широко применялись современные методы закрытого внеочагового компрессионно –дистракционного остеосинтеза аппаратом Илизарова. При этом старались достичь одномоментно максимально возможного устранения смещения.

Таким образом, методом выбора при диафизарных переломах костей голени у детей является консервативное лечение, в редких случаях - современные методы лечения аппаратом Илизарова.

### Литература:

1. Ахалая М.Г., Петриашвили А.Л., Закиров К.А. Боковой компрессионный остеосинтез при косых и винтообразных переломах костей голени. В кн.: Материалы научной сессии практических врачей Абхазии. Сухуми, 1970; 30–33.
2. Ахалая М.Г., Закиров К.А., Лукова А.Ф. Боковая компрессионная фиксация спицами при косых и винтообразных переломах костей голени. В кн.: Применение компресси–дистракции при повреждениях и заболеваниях опорно–двигательного аппарата. Тбилиси, 1971; 30–33.
3. Ахундов А.А., Курочкин Ю.В. О показаниях к оперативному лечению переломов костей голени у детей // В кн.: Ошибки и осложнения в ортопедии и травматологии. Л., 1972; 125–128.