

операционные сроки показало, что нормализация ВГД происходит за счет улучшения оттока внутриглазной жидкости. Послеоперационный период проходил гладко, особенно у больных с абсолютной болящей глаукомой. Гониоскопически у многих больных в зоне трабекул виден участок фильтрации—внутренняя фистула, за ним—дренажная нитка.

Проведенные экспериментальные исследования 6 глаз кроликов подтвердили клинические наблюдения о полной безопасности, технической простоте и высокой эффективности операции.

Кафедра глазных болезней ЕРГИУВ

Поступила 5/Х 1989 г.

Ի. Ի. Միրզա-Ավագյան, Ա. Հ. Հովհաննիսյան

ՉԿԱՆԿՈՄԱՅԻ ՎԵՐԱՐՈՒԾԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՆՈՐ ՄԵԹՈԴԸ

Տվյալ աշխատանքում արված է պատմական էքզիզորս նվիրված հակա-գրվառկոմատոզ վիրահատութունների ծամանակ արտապատվաստուկների օրոտագրծմանը: Նկարագրված է վիրահատության մեթոդիկան, որը արված է 52 հիվանդների վրա (53 աչք): 93 % հիվանդների մոտ կա դրական ար-դյունք:

I. I. Mirza-Avakian, A. A. Hovanesian

### A New Method of Glaucoma Treatment

The historical review of allodrainage at glaucoma is carried out. The original method of antiglaucomatous operation-intrascleral goniodra-  
inage is described. The operation has been carried out on 52 patients (53 eyes). The positive effect has been achieved in 93% of the patients.

### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Волков В. В., Горбань А. И., Ушаков Н. А. Труды Военно-медицинской ака-  
демии им. С. М. Кирова, т. 1. М., 1972, с. 168.
2. Животовский Д. С. Автореф. дис,  
канд. Астрахань, 1966.
3. Krejci L. Recent Advances in Glaucoma. J. Oculist, 1977
4. Zorab A. Trans Ophth. Soc. UK, 1912, 32, 217.

УДК 616.71—001.5—053.2

С. Г. Карапетян, А. Б. Геворгян, З. А. Акопян, В. В. Аветисян

### ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СВЕЖИХ ЧРЕЗ- И НАДМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Одной из актуальных и трудноразрешимых проблем детской трав-  
матологии в настоящее время являются лечение и реабилитация боль-  
ных с чрез- и надмышцелковыми переломами плечевой кости [2, 11].  
Вопросы диагностики и лечения этого вида переломов плечевой кости  
освещены довольно широко, но до сих пор нет единого мнения о мето-  
дах их консервативного лечения и показаниях к оперативному лече-  
нию. Отечественные авторы [4, 7], применяющие в своей практике  
метод чрезкостного введения спиц, не имеют достаточно конкретных

рекомендаций и суждений о его эффективности. Авторы [8, 9], более широко пользующиеся лейкопластырным и скелетным вытяжением, отмечают, что применение этого метода у детей, особенно младшего возраста, связано с определенными трудностями: нетерпимость маленького пациента к вынужденному положению в кровати, длительность постельного режима, беспокойство ребенка, сложность ухода за больным и т. д. По мере накопления личного опыта многие хирурги, ранее широко пользовавшиеся методом открытой репозиции с фиксацией отломков какой-либо конструкцией, из-за ряда неудовлетворительных исходов стали применять его только по самым строгим показаниям [3, 12]. Поэтому, несмотря на многочисленность трудов по указанному вопросу, не существует четких рекомендаций о конкретных методах лечения того либо иного вида над- и чрезмышцелковых переломов у детей, что и обусловило наш интерес к данной проблеме.

Под нашим наблюдением в травматологическом отделении IV детской клинической больницы с 1982 г. по настоящее время находилось 367 больных с над- и чрезмышцелковыми переломами плечевой кости.

Таблица I

Распределение больных по возрасту и полу

Пол	Возраст, годы	Количество больных
М	1—5	12
Д		9
М	5—10	142
Д		157
М	10—15	29
Д		18

Снижение числа над- и чрезмышцелковых переломов в группе 10—15 лет связано с анатомо-физиологическими особенностями в структуре локтевого сустава у детей этого возраста. У детей до 10 лет крепость капсулы локтевого сустава превышает крепость костной ткани, поэтому в этом возрасте чаще возникает перелом, чем вывих, более характерный для подростков.

Все наблюдаемые нами больные госпитализировались в обязательном порядке независимо от имеющегося смещения отломков, так как только в условиях стационара может быть обеспечен постоянный контроль за гипсовой повязкой и состоянием кисти после репозиции отломков. Мы вполне согласны с теми авторами [2, 5, 6], которые основным методом сопоставления отломков у детей считают одномоментную репозицию с фиксацией отломков спицами Киршнера, легче производимую в первые часы после травмы, когда ещё нет значительного отека и стойкой мышечной контрактуры. Немедленное вправление отломков улучшает крово- и лимфообращение, способствуя заживлению перелома. Наш опыт показывает, что немедленная репозиция

с фиксацией отломков спицами Киршнера является лучшим способом выведения больного из шокового состояния, в котором он находится в первые часы после тяжелого перелома плечевой кости.

Всем больным со смещенными переломами в первые часы пребывания в стационаре производилась репозиция отломков с фиксацией их спицами Киршнера под общей анестезией, которая дает полное расслабление мускулатуры и исключает возможность активного сопротивления ребенка. Спицы вводились в надмыщелки под углом 30—40°. После контрольной рентгенографии накладывалась гипсовая лонгета до средней трети плеча.

Таблица 2

Распределение больных по виду смещения отломков

Вид смещения	Колич. больных
Без смещения	63
Разгибательный перелом	163
Сгибательный перелом	134
Оскольчатый перелом	7

Первичная репозиция удалась в 278 случаях. При неудачном стоянии отломков в 26 случаях повторная репозиция не производилась, и в этом вопросе мы согласны с С. Д. Терновским [10] и Г. Я. Эпштейном [11], которые категорически возражают против многократных репозиций в процессе лечения. В этих случаях накладывалось скелетное вытяжение, из коих 9 больным была произведена открытая репозиция отломков с фиксацией спицами Киршнера—в 2 случаях из-за интерпозиции мягких тканей, в 7—в связи с оскольчатым переломом.

Основной проблемой после репозиции отломков у детей с над- и чрезмыщелковыми переломами плечевой кости является скорейшая реабилитация локтевого сустава при помощи активной лечебной физкультуры и методов физиотерапии. Через 10—12 дней после репозиции начинались осторожные сгибательные и разгибательные движения в локтевом суставе, находящемся в гипсовом лонгете. За 7—10 дней амплитуда движений достигала 45—50°. После контрольной рентгенографии при наличии костной мозоли удалялись спицы и гипсовая иммобилизация, и лечебная гимнастика продолжалась на свободной верхней конечности. Через 1—1,5 месяца показана физиотерапия. В дальнейшем мы рекомендуем привлекать ребенка к более активным занятиям в виде игр с мячом и различными предметами, пользование которыми требует определенных движений в локтевом суставе, увеличивающих амплитуду.

Отдаленные результаты от 1 до 5 лет прослежены нами у 221 больного. Полное восстановление функции локтевого сустава удалось получить у 196 детей, у 9 больных произошло вторичное смещение отломков, устраненное затем оперативно, у 18—реабилитация не окончена. Из анализа отдаленных результатов видно, что полное восстановление движений в суставе наступает у больных после удач-

ной первичной репозиции в течение двух месяцев, после скелетного вытяжения—2—3, а после оперативного вмешательства—5—6 месяцев.

IV детская клиническая  
больница, г. Еревана

Поступила 18/XII 1989 г.

Ս. Գ. Կարապետյան, Ա. Բ. Գեորգյան, Զ. Ա. Հակոբյան, Վ. Վ. Ավետիսյան

ՆՐԵՆՆԱՆՆԵՐԻ ԲԱԶՈՒԿՈՍԿՐԻ ՄԻՋ- ԵՎ ՎԵՐԿՈՃԱՑԻՆ ՔԱՐՄ ԿՈՏՐՎԱՄՔՆԵՐԻ  
ՄԵՐ ԲՈՒԺՄԱՆ ՓՈՐՁԸ

Նկարագրվում է բուժման տարբեր մեթոդների կիրառման մեր փորձը բազուկոսկրի միջկոճային և վերկոճային կոտրվածքների ժամանակ երեխաների մոտ: Տրված է բոլոր մեթոդների կիրառման գրական բնութագիրը:

Բուժման հիմնական մեթոդը համարվում է առաջնային համադրումը կիրշների երկու շյուղերի ֆիքսացիայով: Անհաջող ռեպոզիցիայի դեպքում գրվում է կմախքային ձգում, կամ կատարվում է բաց համադրում: Ֆիշտ համադրումից հետո հիմնական պրոբլեմը մնում է արմնկային հոդի արագ ռեպրիտացիան, որին նպաստում է ժամանակին կիրառվող ակտիվ բուժական ֆիզկուլտուրան և ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումները: 221 հիվանդներից 146-ի մոտ՝ ըստ հեռավոր արդյունքների դիտվում է արմնկային հոդի ֆունկցիայի լրիվ վերականգնում:

S. G. Karapetian, A. B. Gevorkian, Z. A. Hakopian, V. V. Avetissian

## Our Experience of the Treatment of Fresh Trans-and Supracondylar Fractures of Humerus in Children

Different methods of treatment of fresh trans-and supracondylar fractures of humerus in children are described. The most preferable one is found out to be the initial synthesis by two Kirshner's wires after closed reposition of fragments. In case of unsuccessful reposition the skeletal extension or open reposition of the fragments must be applied.

### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Ахундов А. А. В кн.: Чрезмышелковые и надмышелковые переломы у детей. Баку, 1973.
2. Баиров Г. А. В кн.: Травматология детского возраста. Л., 1976, с. 199.
3. Дамье Н. Т. Основы травматологии детского возраста. М., 1960.
4. Костюк В. П. Здравоохранение Белоруссии, 1960, 12, с. 24.
5. Корякина Т. О. Вестник хирургии им. Грекова, 1949, 5, с. 48.
6. Краснов А. Ф. Справочник по травматологии. М., 1984.
7. Немсадзе В. П. Автореферат канд. дис. М., 1965.
8. Новаченко Н. П. Основы ортопедии и травматологии. М., 1961.
9. Скоблина Э. А. В кн.: Травматология детского возраста. М., 1963, с. 106.
10. Терновский С. Д., Волков М. В. В кн.: Исходы лечения травмы. М., 1960, с. 68.
11. Эпштейн Г. Я., Ободан Н. М. Ортопедия, травматология и протезир., 1964, 8, с. 10.
12. Чаплин В. Д. Ортопедия, ч. 2. М., 1957.