

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛОГО ПЕРЕДНЕ-МЕДИАЛЬНОГО ВЫВИХА ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Ш.Н. ЭРАНОВ, П.У. УРИНБАЕВ, Н.Ф. ЭРАНОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОЛАЛАРДА БИЛАК СУЯГИ БОШЧАСИНИНГ ЭСКИРГАН ОЛД-МЕДИАЛ ЧИҚИШЛАРИНИ ЖАРОХЛИК УСУЛДА ДАВОЛАШ

Ш.Н. ЭРАНОВ, П.У. УРИНБАЕВ, Н.Ф. ЭРАНОВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

SURGERY ENGRAINED ANTEROMEDIAL DISLOCATION OF THE RADIAL HEAD IN CHILDREN

Sh.N. ERANOV, P.U. URINBAEV, N.F. ERANOV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Болаларда биллак суяги бошчасининг эскирган олд-медиял чиқишларини оператив усулда даволаш тажрибаси келтирилиб, 37 беморда биллак суяги бошчасининг турли этиологияли чиқишларини жарроҳлик усулида даволаш натижаларига асосланган. Беморларда биллак суяги бошчасини очик усулда жойига солиш ва узуксимон бойламани тиклаш операцияси қўлланилган. Узуксимон бойламани тиклаш усулини такомиллаштириш мақсадида, тирсак бугимида анатомо-физиологик жиҳатдан мақбул бўлган бугим капсуласи ва узилган узуксимон бойлама бўлакларидан фойдаландик. Ушбу усул функционал жиҳатдан 97,4%, анатомик жиҳатдан 95,7% яхши ва қониқарли натижаларга эришишига ёрдам берди.

Калит сўзлар: биллак суяги бошчаси, Монтеджи шикасти, узуксимон бойлам.

Presented results of surgical treatment of old dislocations of caput of radii. Findings of searching were based on results of surgical treatment 37 patients with dislocations of caput radii on different reasons. Patients were done open reduction of caput of radii with repair of ligament annular. For modernization methods of repair of ligament annular we used its capsule of the joint and parts of ligament annular which has more anatomy-physiologically for elbow joint. By this method we have good and satisfactory functional results on 97,4% cases and anatomical on 95,7% cases.

Key words: caput of radii, Montage damage, ligament annular.

Введение. В настоящее время известны различные методики, позволяющие восстановить поврежденные связочные структуры и обеспечить стабильность в локтевом суставе. Однако в подавляющем своем большинстве они являются травматичными, в особенности те, которые подразумевают пластику ауто сухожилиями. Учитывая вышеуказанное, видится необходимым поиск того метода хирургического лечения, который бы позволил наряду с щадящим отношением к тканям пациента обеспечить восстановление стабильности в этом важнейшем анатомическом образовании человеческого скелета. Предложенный способ открытого вправления головки лучевой кости с пластикой кольцевидной связки лавсановой лентой [1,2]. Недостатком способа является истончение шейки лучевой кости в отдаленном периоде вследствие механического воздействия неэластичной лавсанной лентой, а также отсутствие ротационных движений предплечья. Использовалась способ открытого вправления головки лучевой кости с фасциальной пластикой кольцевидной связки свободным лоскутом из широкой фасции бедра и несвободным лоскутом на ножке [2]. Указанные способы имеют недостаток: не обеспечивается достаточная стабильность в плечелучевом сочленении, что способствует ре-

цидиву вывиха. Известен способ оперативного вправления головки луча и формирования кольцевидной связки из полоски глубокой фасции предплечья [3,4]. Недостатком этого способа является, то, что сформированная таким образом кольцевидная связка не удерживает головку лучевой кости от подвывиха, поэтому необходимо ее дополнительно фиксировать спицей Киршнера трансартикулярно. Есть способ пластики кольцевидной связки головки лучевой кости включающий разрез по задней поверхности предплечья в проекции локтевой кости, середина которого соответствует уровню шейки лучевой кости, обнажение локтевой кости и формирование в ней поперечного канала, через который протягивают ауто трансплантат [4]. В известном способе после вправления головки луча делают дополнительный разрез длиной 5-6 см по задней поверхности предплечья в проекции локтевой кости, середина которого соответствует уровню шейки лучевой кости. Обнажают локтевую кость и формируют в ней поперечные каналы с отверстиями на расстоянии 1 см друг от друга. Через каналы протягивают ауто трансплантат широкой фасции бедра размером 0,7×10,0 см или мелкоячеистую лавсановую ленту шириной 0,7 см. Недостатком предложенного способа является его высокая травма-

тичность в связи с использованием нескольких оперативных доступов и забором аутотрансплантата в области бедра. Использование мелкоячеистой лавсановой ленты сложно, поскольку требует формирования двух каналов в локтевой кости, кроме того, лавсановая лента, выполняя механическую функцию кольцевидной связки в области шейки лучевой кости, со временем образует кольцевидную борозду с угрозой прорезывания лучевой кости и отторжения головки.

Известен способ лечения застарелого изолированного вывиха головки лучевой кости у детей путем открытого вправления головки лучевой кости с иссечением рубцов плечелучевого сустава с последующей фиксацией конечности и разработкой движений в суставе, отличающийся тем, что, с целью сокращения срока лечения с предупреждением рецидива вывиха, производят остеотомию локтевой кости, устанавливают фрагменты под углом, открытым в лучевую сторону, фиксируют аппаратом внешней фиксации, дозированно разводят фрагменты до формирования регенерата с углом, открытым в лучевую сторону, головку лучевой кости разворачивают до натяжения межкостной мембраны, недостатком данного способа является отсутствие восстановления кольцевидной связки [3, 5].

Целью является создание связочного аппарата головки лучевой кости из собственной капсулы сустава больного для достижения стабильности локтевого сустава, а именно удержания правильных внутрисуставных взаимоотношений плечелучевого сочленения и тем самым улучшения функции локтевого сустава.

Материалы и методы: Наше сообщение основано на изучении результатов лечения у 37 детей, которые находились в стационаре с 2011 по 2016 гг. Мальчиков было – 27 (67,1%), девочек – 10 (32,9%). Повреждения локализовались справа у 23, слева у – 14. По возрасту: до 3 лет – 5 больных, 4-5 лет – 12 больных, 6-7 лет – 20 больных.

Среди изолированных вывихов головки лучевой кости у детей частным являются пронационные подвывихи, что связано с возрастными особенностями анатомического строения локтевого сустава. Пронационные подвывихи чаще всего возникают у детей дошкольного возраста, преимущественно у девочек, что также связано с некоторыми анатомо-био-механическими особенностями локтевого сустава.

Передние вывихи головки лучевой кости возникают при падении на вытянутую конечность с выраженной насильственной пронацией разогнутого предплечья. При этом лучевая кость, получая упор у места перекрещивания с локтевой, передает силу воздействия на кольцевидную связку, которая ее не выдерживает, разрывается, и головка лучевой кости беспрепятственно смещается

вперед. Этому в значительной степени способствует и сокращение двуглавой мышцы плеча.

В механогенезе пронационных подвывихов головки лучевой кости у детей существенную роль играют недоразвитие шейки лучевой кости, относительная слабость кольцевидной связки, более широкая суставная капсула между плечевой костью и головкой луча, а также наличие в этой области дубликатуры синовиальной оболочки, которая при растягивании сустава нередко ущемляется между суставными концами костей. Непрямое насилие является типичным – подтягивание за кисть или предплечья, а также падение на вытянутую руку или с подворачиванием предплечья.

Больным предприняты следующие оперативные методы лечения:

- остеотомия локтевой кости, открытое вправление головки лучевой кости – у 13 больных;

- открытое вправление головки лучевой кости, с воссозданием кольцевидной связки – у 24 больных;

При выполнении открытого вправления головки лучевой кости у детей, с застарелой травмой мы считаем целесообразным, обратить внимания на следующие моменты:

- воссоздание кольцевидной связки лучевой кости из передней капсулы локтевого сустава;

- иссечение рубцовой ткани из лучевой вырезки локтевой кости.

Техника операции: доступ латеральный, 2 см выше наружного надмыщелка через сустава, на 4 см в область предплечья. Подкожная клетчатка отсепааровывается. Мышцы, прикрепляемые к наружному надмыщелку рассекается спереди, снизу, сзади надмыщелка. Виднеется головка мыщелка плеча. Латерально, продольно рассекается сухожильно-капсулярная мягкая ткань на 1-1,5 см, чтобы обнажить головки лучевой кости. Когда выполняется подобное рассечение, пока еще можно не опасаться повреждение г. profundus ветви лучевого нерва. Поверхностный слой мышцы области шейки луча тупо отодвигается медиально, в толще мышцы супинатора находят глубокую ветвь лучевого нерва. Его обнажает до передней капсулы сустава – это необходимо, чтобы безопасно выкроит из капсулы лоскута, чтобы воссоздать кольцевидную связку.

Обычно места луче-локтевого сочленения будет заполнено рубцовыми тканями. Ее остро отделяют от локтевой кости, начиная от центра к периферии, в сторону остатка кольцевидной связки, у заднего края локтевой вырезки. Головка смещается в родное место, придерживается, прижимая кзади новообразованной связкой (лоскутом из капсулы), проверяют степени фиксации головки луча при сгибании, разгибании, ротации пред-

плеча. Выкраивается лоскут, для создания кольцевидной связки из передней поверхности капсулы сустава. Направление разреза до внутренней границы головки лучевой кости идет горизонтально, затем меняет направление в дистальную сторону, в сторону к переднему краю лучевой вырезки локтевой кости, где, обычно, естественно прикрепляется кольцевидная связка. Таким образом, в толще образованного лоскута находится и собственно кольцевидная связка. Лоскут укладывается на область шейки лучевой кости и прикрепляется путем сшивания к плотной фиброзной ткани у заднего края лучевой вырезки локтевой кости. Головка лучевой кости после вправления продолжает сохранять тенденцию к переднему, медиальному смещению, что создает нагрузку на сформированное подобие кольцевидной связки. Поэтому для предотвращения ее растяжения и возможного рецидива вывиха проводится дополнительная временная иммобилизация спицей Киршнера, проведенной через головчатое возвышение плеча и головку лучевой кости. Послойные швы. В послеоперационном периоде иммобилизация гипсовой лонгетой продлилась до 3 недель в положении супинации. Затем больные получали курс электрофореза йодистым калием, лечебную гимнастику, массаж.

Результаты и обсуждение: В изучении результатов лечения учитывали анатомическое восстановление плечелучевого сустава, формы и функции сустава. Отдаленные результаты известны у всех больных, среди них мы у 28 (75,6%) отметили хорошие результаты у 8 (21,6%) удовлетворительные результаты. Рецидив в виде подвывиха наблюдался у 1 ребенка. Так, при изменений плечелучевого сустава во время оперативного вмешательства показало нахождения прослойки капсулы сустава между головкой лучевой кости и суставным концом плеча. Подобные изменения наблюдались у 80% и более больных. Такие изменения освящаются по новому патологии застарелых вывихов головки луча и обосновывают предложенную тактику оперативного лечения больных.

Выводы:

1. Причины застарелых вывихов головки луча объясняются ошибками диагностики, несвоевременной медицинской помощи из-за обращения пациентов, когда родители больных расценивали травму не серьезной.
2. В патогенезе застарелых вывихов, которое проявляются нарушением биомеханики локтевого сустава, играют роль: как травматические вывихи и подвывихи, так и укорочение локтевой кости по поводу болезни и травмы вследствие фиброзно-хрящевого экзостоза и оссификата в области проксимального лучелоктевого сочленения. В связи с этим во время операции обнаруживаются

разрыв кольцевидной связки, и интерпозиция головки лучевой кости капсулой сустава.

3. Для усовершенствования методики воссоздания кольцевидной связки, мы использовали самой капсулы сустава и отрезки кольцевидной связки, которая является более анатомо-физиологическим по отношению локтевого сустава.

4. Хирургическое лечение детей с застарелыми вывихами головки лучевой кости, воссозданием кольцевидной связки, трансартрикулярной фиксацией головки луча, позволила нам добиться хороших и удовлетворительных функциональных результатов в 96,4% случаев, а анатомических – в 94,7% случаев.

Литература:

1. Афаунов А.И. Лечение застарелых вывихов головки лучевой кости / А.И. Афаунов, А.А. Афаунов, СИ. Косырев // Человек и его здоровье: / 7-й Российский национальный конгресс: Материалы. - СПб., 2008. - С. 92-93.
2. Бойко И.В. Особенности медицинской реабилитации больных с последствиями травм локтевого сустава / И.В. Бойко, А.Н. Кондрашова // Скорая мед. помощь. 2009. - Спец. выпуск. - С. 24-25.
3. Кондрашова А.Н. Застарелые переломовывихи локтевого сустава / А.Н. Кондрашова, И.И. Жердев, А.В. Гаак, А.М. Бойко // Ортопед., травматол. -2010. - № 1.-С. 190.
4. Овсянкин Н.А. Основные принципы обследования и лечения больных с посттравматическими гетеротопическими оссификатами в области локтевого сустава // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2010. №3. С. 8-12.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛОГО ПЕРЕДНЕ-МЕДИАЛЬНОГО ВЫВИХА ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Ш.Н. ЭРАНОВ, П.У. УРИНБАЕВ, Н.Ф. ЭРАНОВ

Представлен опыт оперативного лечения застарелых передне-медиальных вывихов головки лучевой кости у детей. Материал исследования было основано на результаты хирургического лечения 37 больных с вывихами головки лучевой кости по разной этиологии. Больным было произведена операция открытое вправление головки лучевой кости, с воссозданием кольцевидной связки. Для усовершенствования методики воссоздания кольцевидной связки, мы использовали самой капсулы сустава и отрезки кольцевидной связки, которая является более анатомо-физиологическим по отношению локтевого сустава. Этот метод позволил нам добиться хороших и удовлетворительных функциональных результатов в 97,4% случаев, а анатомических – в 95,7% случаев.

Ключевые слова: головка лучевой кости, перелом Монтеджа, кольцевидная связка.