DOI: 10.38096/2181-5674.2020.3.00160

УДК: 616.717.51–089.22–77

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОЛЬЦЕВИДНОЙ СВЯЗКИ ПРИ ВЫВИХАХ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Эранов Шерзод Нуралиевич
Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОЛАЛАРДА БИЛАК СУЯГИ БОШЧАСИНИНГ ЧИҚИШЛАРИДА УЗУКСИМОН БОЙЛАМНИ ЖАРРОХЛИК УСУЛИДА ТИКЛАШ

Эранов Шерзод Нуралиевич
Самарқанд давлат медицина институти,Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

THE TACTICS OF SURGICAL RESTORATION OF THE RING OF THE RING WITH THE DISEASES OF THE HEAD OF THE BEAM IN CHILDREN

Eranov Sherzod Nuraliyevich
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand
e-mail: sherzod.eranov@mail.ru

Аннотация. *Билак суяги бошчасининг чиқишлари билан даволанган 83 нафар беморлар натижаларининг тахлили келтирилган. Узуксимон бойламни тиклашда буғим капсуласи ҳамда узилган узуксимон бойлам элементларидан фойдаланилган бўлиб, ушбу усул тирсак буғими учун анатомо-физиологик ҳисобланади. Натижаларни баҳолашда "Тирсак буғими хирургияси" шкаласидан фойдаланилиб, унинг ёрдамида оғриқ синдроми, буғимдаги ҳаракатлар амплитудаси, буғим холати, қулнинг кучи ва турмуш тарзидаги активлик даражаси инобатга олинади. Яхши ва аъло натижалар 6,12 ойдан сўнг (>70 балл) 56 беморларда (57,4%), қониқарли натижалар (50-69 балл) 26 беморларда (31,3%) олинган.*

Калит сўзлар: *билак суяги бошчасининг чиқиши, узуксимон бойлам, Монтеджи шикасти.*

Abstract. *The treatment outcome of 83 patients with dislocations of the radial head was analyzed. To recreate the annular ligament, the joint capsule itself and segments of the annular ligament, which is more anatomical and physiological with respect to the elbow joint, were used. The results were evaluated on a scale of "Assessment of elbow surgery." The scale allows you to determine the severity of pain, the amplitude of movements in the elbow joint, the condition of the joint, arm strength and the degree of everyday household activity. Good and excellent results when evaluated after 6, 12 months (> 70 points) were obtained in 56 patients, which amounted to 57.4%, satisfactory results (50-69 points) were observed in 26 (31.3%).*

Key words: *dislocation of the radial head, annular ligament, Montage fracture.*

Актуальность. В настоящее время детский и подростковый травматизм становится одной из главных проблем медико-биологического плана в связи с увеличением количества и тяжести травм. Повреждения локтевого сустава у детей, по данным различных авторов, составляют от 40 до 50% всех травм опорно-двигательного аппарата. А посттравматические осложнения как следствие повреждений локтевого сустава занимают первое место и в 29,9% случаев приводят к стойкой инвалидизации пациентов [3].

Переломы и вывихи костей предплечья в области локтевого сустава по частоте встречаемости занимают первое место, как среди переломов других сегментов верхней конечности (69,6%), так и по отношению к повреждениям иных локализаций опорно-двигательного аппарата (44%) [1, 5]. Среди них вывих головки лучевой кости составляет 9,9%. Перелом локтевой кости в сочетании с вывихом лучевой классически принято разделять на 3 вида: повреждения Монтеджа (сочетание вывиха лучевой кости с переломом метафиза локтевой), Брехта (сочетание вывиха лучевой кости с переломом метафиза локтевой) и Мальгеня (сочетание вывиха лучевой кости с переломом эпифиза локтевой). В ряде литературных источников повреждения Брехта и Мальгеня не рассматриваются отдельно, а входят в структуру повреждений Монтеджа. Повреждения Монтеджа чаще всего наблюдается среди переломов локтевой кости с одновременными вывихами лучевой [9, 10].

Проксимальный отдел предплечья вместе с сочленяющимися суставными поверхностями

плечевой кости представляет собой сложный анатомический и биомеханический комплекс, отличающийся общей анатомической и возрастной изменчивостью. Переломы и вывихи в данной области встречаются достаточно часто у детей, имеют ряд возрастных особенностей и отличий как в диагностике, так и в лечении от аналогичных повреждений у взрослых. На сегодняшний день в литературе отсутствуют протоколы лечения повреждений в проксимальном отделе предплечья и сочленяющихся с ним дистальных отделов плечевой кости из различных уровней: районная больница, областной центр. В настоящее время отмечаются осложнения при переломовывихах в области локтевого сустава у детей. Связано это с отсутствуем алгоритмов рентгенологической и клинической диагностики перелома-вывихов в неспециализированных лечебно профилактических учреждениях [4].

По частоте ошибок и осложнений в лечении повреждения данной области занимают первое место относительно других сочленений, образующих локтевой сустав, что диктует необходимость в более тщательном и детальном изучении [2]. Неудовлетворительные результаты лечения повреждений локтевого сустава до настоящего времени остаются высокими, достигают 21% и не имеют тенденции к уменьшению [6,7].

Нередко лечение повреждений локтевого сустава, как сопутствующих повреждений, производится в отдаленные сроки, когда получить хорошие результаты уже не представляется возможным [8].

Научная литература, освещающая тактику лечения застарелых повреждений плечелучевого сустава, практически отсутствует. Все это свидетельствует о необходимости дальнейшего изыскания более оптимальных вариантов оперативного восстановления кольцевидной связки при ее повреждениях.

Цель исследования: восстановления кольцевидной связки при различных вывихах головки лучевой кости у детей по нашей методике.

Материалы и методы. Наше сообщение основано на изучения результатов лечения 83 детей, которые находились в стационаре с 2017 по 2019 гг. Из них изолированные вывихи у 62 больных (74,6%), с повреждениями Монтеджа у 21 больных (25,4%). Мальчиков было – 54 (65,1%), девочек – 29 (34,9%). Повреждения локализовались справа у 41, слева у 39 и двусторонние у 3 больных. По возрасту: до 5 лет – 22 больных, 6-12 лет – 46 больные, 13-18 лет – 15 больные.

Больным предприняты следующие оперативные методы лечения:

-открытое вправление головки лучевой кости, с воссозданием кольцевидной связки – у 52 больных;

-остеосинтез локтевой кости, открытое вправление головки лучевой кости с воссозданием кольцевидной связки – у 21 больных;

-остеотомия локтевой кости, открытое вправление головки лучевой кости с воссозданием кольцевидной связки – у 10 больных.

Техника операции: доступ латеральный, 2 см выше наружного надмыщелка через сустав, на 4 см в область предплечья. Подкожная клетчатка отсепаровываеется. Мышцы, прикрепляемые к наружному надмыщелку рассекается спереди, снизу, сзади надмыщелка. Виднеется головка мыщелка плеча. Латерально, продольно рассекается сухожильно-капсульная мягкая ткань на 1-1,5 см, чтобы обнажать головки лучевой кости. Когда выполняется подобное рассечение, пока еще можно не опасаться повреждение r.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 лучелоктевого сочленения будет заполнено рубцовыми тканями. Ее остро отделяют от локтевой кости, начиная от центра к периферию, 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 предплечья. 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: Анализ результатов лечения проводили с помощью клинического и рентгенологического методов. Результаты оценивали по шкале «Оценка хирургии локтя» [4]. Шкала позволяет определить выраженности болевого синдрома, амплитуды движений в локтевом суставе, состояние сустава, силу руки и степень повседневной бытовой активности. Максимальная оценка (100) по этой шкале соответствует здоровому локтевому суставу. Хорошие и отличные результаты при оценке через 6, 12 месяцев (>70 баллов) получены у 56 больных, что составило 57,4%, удовлетворительные результаты (50-69 баллов) наблюдалось у 26 (31,3%). Рецидив в виде подвывиха наблюдался у 1 ребенка.

Обсуждение. 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.

Так, при изменениях 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.

Клиническое наблюдение 1. Больная З., 2013 г.р. поступила в стационар с диагнозом: застарелый вывих головки правой лучевой кости, давность 6 месяцев (рис. 1).

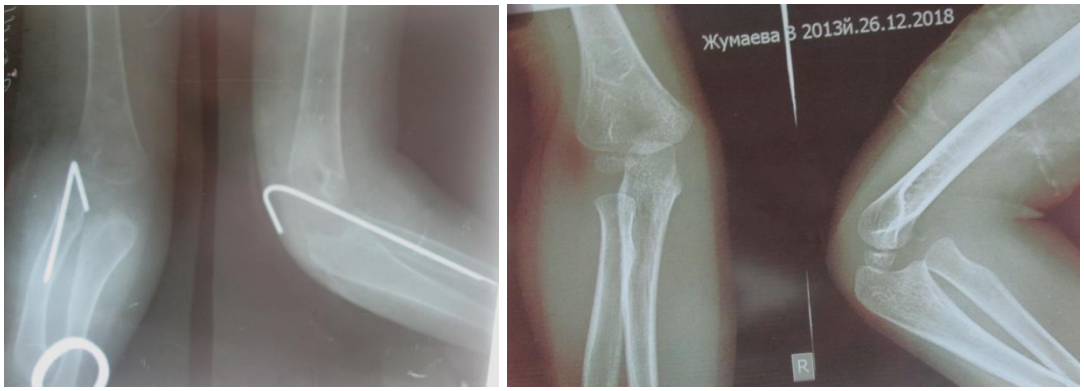

Рис 1. Рентгенограмма правого локтевого сустава больной З., 5 лет, до и после операции.

Рис 2. Рентгенограмма левого локтевого сустава больного А., 14 лет, до и после операции.

Операция выполнялось под общим наркозом открытое вправление головки правой лучевой кости с восстановлением кольцевидной связки из капсулы сустава и трансартикулярная фиксация спицей. Послеоперационный период протекал без осложнений. После иммобилизация гипсовой лонгетой в положении супинации больная была выписана на амбулаторное лечение на 3 недели. Через 3 недели у больной была удалена спица, на 4 недели снята гипсовая лонгета и назначена курс реабилитационного лечения. Анатомо-функциональный результат лечения изучен через 1 год после окончания лечения и признан хорошим.

Клиническое наблюдение 2. Больной А., 2004 г.р. поступил в стационар с диагнозом: застарелый вывих головки левой лучевой кости, давность 5 лет (рис. 2).

Операция выполнялось под общим наркозом остеотомия левой локтевой кости, открытое вправление головки левой лучевой кости с восстановлением кольцевидной связки из капсулы сустава и трансартикулярная фиксация спицей. Послеоперационный период протекал без осложнений. После иммобилизация гипсовой лонгетой в положении супинации больной был выписан на амбулаторное лечение на 3 недели. Через 3 недели у больного были удалены спицы трнсартикулярной фиксации, через 8 недель после сращения локтевой кости удалены остальные спицы и назначены курс реабилитационного лечения. Анатомо-функциональный результат лечения изучен через 1 год после окончания лечения и признан хорошим.

Заключение: Причины застарелых вывихов головки луча объясняются ошибками диагностики, несвоевременной медицинской помощи из-за обращения пациентов, когда родители больных расценивали травму несерьезной. Для воссоздания кольцевидной связки, мы использовали самой капсулы сустава и отрезки кольцевидной связки, которая является более анатомо-физиологическим по отношению локтевого сустава. Хирургическое лечение детей с вывихами головки лучевой кости, воссозданием кольцевидной связки, трансартикулярной фиксацией головки луча, позволила нам добиться хороших и удовлетворительных функциональных результатов в 96,4% случаев, а анатомических – в 94,7% случаев.

Литература:

1. Меркулов В.Н., Дергачев Д.А., Дорохин А.И. Артропластика при лечении посттравматических контрактур и анкилозов локтевого сустава у детей // Детская хирургия, № 4, 2014 34-38
2. Мельцин И.И., Павлов В.А., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Лященко О.А. Повреждения плечелучевого сочленения у детей // Детская хирургия, 2016; 20 (1) 23-26
3. Прощенко Я.Н. Причины развития нестабильности в дистальном лучелоктевом суставе у детей // Детская хирургия, № 1, 2015 28-30
4. Уринбаев П.У., Эранов Ш.Н. Хирургическое лечение застарелых вывихов головки лучевой кости у детей // мет.рекомендация – 2017
5. Хужаназаров И.Э., Ходжанов И.Ю. Роль рентгенографии и МСКТ локтевого сустава при хирургической коррекции посттравматической деформации локтевого сустава у детей // Журнал клинической и экспериментальной ортопедии им. Г.А. Илизарова №3, 2016 43-49
6. Benson, M., Fixsen, J., Macnicol, M., Childrens Orthopaedics and Fractures. Third Editorials. 2012
7. Goyal T, Arora SS, Banerjee S, Kandwal P, Neglected Monteggia fracture dislocations in children: a systematic review. J Pediatr Orthop B. 2015 24(3) 191-199.
8. Liu R, Miao W, Mu M, Wu G, Qu J, Wu Y. Ulnar rotation osteotomy for congenital radial head dislocation. J Hand Surg Am. 2015 40(9) 1769-1775.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОЛЬЦЕВИДНОЙ СВЯЗКИ ПРИ ВЫВИХАХ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Эранов Ш.Н.

Аннотация. Проанализирован результат лечения 83 больных с вывихами головки лучевой кости. Для воссоздания кольцевидной связки, было использована сама капсула сустава и отрезки кольцевидной связки, которая является более анатомо-физиологическим по отношению локтевого сустава. Результаты оценивали по шкале «Оценка хирургии локтя». Шкала позволяет определить выраженности болевого синдрома, амплитуды движений в локтевом суставе, состояние сустава, силу руки и степень повседневной бытовой активности. Хорошие и отличные результаты при оценке через 6, 12 месяцев (>70 баллов) получены у 56 больных, что составило 57,4%, удовлетворительные результаты (50-69 баллов) наблюдалось у 26 (31,3%).

Ключевые слова: вывих головки лучевой кости, кольцевидная связка, перелом Монтеджа.