

Урин баев П.У.,
Эранов Н.Ф.,
Эранов Ш.Н.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ВЫВИХОВ И ПЕРЕЛОМОВЫВИХОВ В ЛОКТЕВОМ СУСТАВЕ

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность: Одной из причин нарушения функции локтевого сустава являются посттравматические вывихи, перелома-вывихи и их последствия. Вывихи в локтевом суставе уступают по частоте только вывихам? плеча и фаланг пальцев и наблюдаются у 0,006-008% населения США [6,7,8]. На долю вывихов приходится 10% от всех повреждений локтевого сустава [9], из них перелома-вывихи составляют 10-20% [10]. Вывихи в большинстве случаев встречаются у молодых людей в возрасте 15-20 лет, в основном в результате уличной травмы, а также спортивной и бытовой [12].

Прогноз результатов лечения травматических вывихов костей предплечья далеко не всегда благоприятный. У 18,6% больных отмечен неудовлетворительный исход [4,13]. Количество осложнений в результате переломов и вывихов в локтевом суставе достаточно велико, и по данным разных авторов составляет от 12% до 50%. Наиболее частыми из них являются контрактуры, которые встречаются в 62-82% случаев [5].

По литературным данным в 29,6% случаев травмы локтевого сустава развивается ограничение функции, что приводит к стойкому снижению или утрате профессиональной трудоспособности [1,2].

Повреждения Монтеджа составляют 0,4-5,5% среди переломов костей предплечья. Несмотря на их относительную редкость, неудовлетворительные результаты лечения достигают 95% [2,3]. По данным ряда авторов, 15,7-57,6% случаев составляют дефекты или ложные суставы диафиза локтевой кости в сочетании с застарелыми вывихами головки лучевой кости. Эти осложнения приводят к стойкому ограничению амплитудно-силовых характеристик верхней конечности и трудоспособности пострадавших.

У подавляющего большинства больных (70-90%) вывихи становятся застарелыми в результате врачебных ошибок [2,3,4].

Вопросы тактики лечения застарелых вывихов предплечья до настоящего времени остаются актуальными, так как взгляды хирургов на оптимальные варианты лечения неоднозначны.

Относительно тактики оперативного лечения мнения хирургов различны. Одни рекомендуют тактику, аналогичную свежим повреждениям вне зависимости от давности вывиха [6], другие - реконструктивные операции, типа артропластики или эндопротезирования [4]. Martini [12,13,14] считает, что оперативное лечение оправдано только в случаях функционально невыгодного положения в суставе.

Все выше сказанное явилось поводом для выполнения данного исследования.

Цель исследования, изучить и описать патогенез вывиха головки лучевой кости, определить оптимальный способ оперативного лечения при застарелых вывихах головки лучевой кости с осуществлением восстановления кольцевидной связки, которые оптимизируют реабилитацию пострадавших.

Пациенты и методы: наше сообщение основано на изучении результатов лечения у 50 детей, которые находились в стационаре с 2009 по 2013 гг. Мальчиков было - 38 (76%), девочек - 12 (24%). Повреждения локализовались справа у 20, слева у - 30. По возрасту: до

3 год - 4 больных, 4-5 лет - 4 больные, 6-7 лет - 42 больные. Застарелый вывих у 18 детей имело место при повреждении Монтеджа, у 31 детей - вывих головки луча, в том числе у 1 больного с невритом лучевого нерва, th них 23 больных лечились консервативным методом по месту жительства, 14 больных получили помощь у людей не с медицинским образованием и у 13 больных родители не могли указать на бывшей травму.

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-биомеханическими 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 кпереди. Этому в значительной степени способствует и сокращение двуглавой мышцы плеча.

В механогенезе пронационных подвывихов головки лучевой кости у детей существенную роль играют недоразвитие шейка 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 луча - у 10 больных;

-открытое вправление головки лучевой кости, с воссозданием кольцевидной связки - у 39 больных;

-удаление хондромы, артролиз сустава, моделирование головки лучевой кости, вправление и воссоздания кольцевидной связки - у 1 больного.

При вышмпении 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.

Изучение патологических изменений плечо-лучевого сустава во время оперативного вмешательства

ства показало нахождения прослойки капсулы сустава между головкой лучевой кости и суставным концом плеча. Подобные изменения наблюдались у 80% и более больных. Такие изменения освящают по новому патологии застарелых вывихов головки луча и обосновывают предложенную тактику оперативного лечения

Техника операции воссоздания кольцевидной связки.

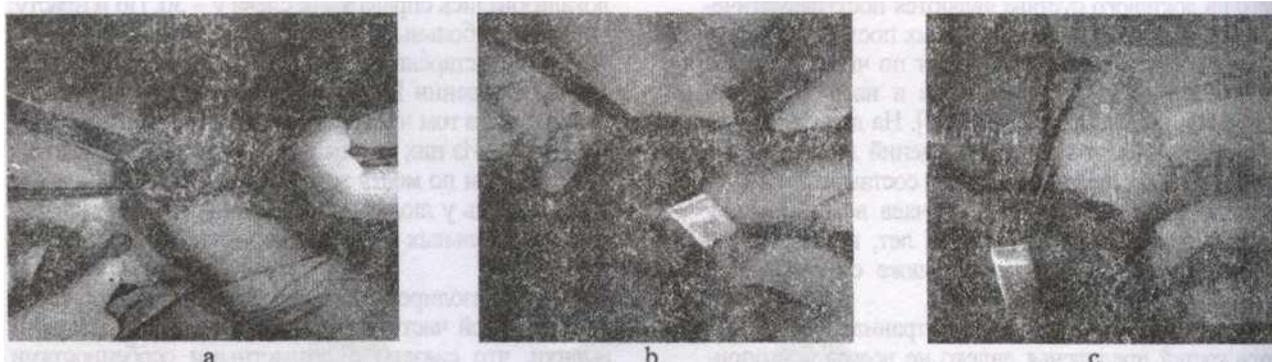


Рис. 1

а - наличие прослойки капсулы сустава между головкой луча и эпифиза плеча, б - образование кольцевидной связки, с - ушивание новой кольцевидной связки

Хирургический доступ наружный. Мягкие ткани отслаивается, обнажается наружный надмыщелок. Плече-лучевой сустав открывается разрезом полуовальной формы спереди, снизу от наружного надмыщелка. Разрез расширяется чтобы было видно эпифиз плечевой кости и головка луча. Глубокая ветвь лучевого нерва отыскивается в толще мышца супинатора обнажается в сторону сустава, кверху, берется на держалку, чтобы потом уверенно работали на передней капсуле сустава.

Рубцовая ткань от ямки лучевой вырезки локтевой кости скальпелем приподнимается, очищается, на ножке. Чуть ниже обычно обнаруживается прочная ткань: отрезок остатка окольной связки.

От передней поверхности капсулы отслаивается мягкая ткань. Чтобы воссоздать кольцевидную связку передняя капсула рассекается вначале поперечно и потом косо в сторону к месту естественного прикрепления кольцевидной связки у медиального края лучевой кости.

Образовавшимся нижним лоскутом обхватывается шейка лучевой кости. Проверяется способности на удерживания головку луча в своей ложе в покое и при сгибательно-разгибательных движениях. Головка луча фиксируется трансартикулярно и образованная новая связка пришивается к латеральной части лучевой вырезки локтевой кости.

В послеоперационном периоде иммобилизация гипсовой лонгетой продлилась до 3 недель в положении супинации. Затем больные получали курс электрофореза йодистым калием, лечебную гимнастику, массаж.

В изучении результатов лечения учитывали анатомическое восстановление плече-лучевого сустава, формы и функции сустава. Отдаленные результаты известны у 35 (70,1%) больных, среди них у 28 (80%) отметили хорошие результаты у 7 (20%) удовлетворительные результаты. Рецидив в виде подвывиха наблюдался у 1 ребенка.

Литература

1. Жабин Г.И. Восстановительное лечение посттравматических контрактур локтевого сустава / Г.И. Жабин // Восстановительные операции в травматологии и ортопедии. Л., 1988. - С. 47-54.
2. Жабин Г.И. Ошибки и осложнения при оперативном лечении внутрисуставных переломов костей локтевого сустава / Г.И. Жабин, З.К. Башуров // Плановые оперативные вмешательства в травматологии и ортопедии. СПб., 1992. - С. 92-97.
3. Корж А.А., Бондаренко Н.С «Повреждение костей и суставов у детей» Харьков «Прапор» 1994. - С. 185-192.
4. Кныш И.Т. Вывихи и внутрисуставные переломы локтевого сустава / Кныш И.Т.: Автореф. дис. . д-ра мед. наук: 14.00.22. Киев, 1965. -26 с.
5. Кныш И.Т. Лечение переломов головки и шейки лучевой кости / И.Т. Кныш // Ортопедия, травматология и протезирование. Киев, 1973. - Вып. 3. - С. 43-51.
6. Broberg M.A. Results of delayed excision of the radial head after fracture / M.A. Broberg, B.F. Morrey // J. Bone Joint Surg. 1986. - V. 68-A, N 4. - P. 669-674.
7. Broberg M.A. Results of treatment of fracture-dislocations of the elbow / M.A. Broberg, B.F. Morrey // J. Clin. Orthop. 1987. - N 216. - P. 109-119.
8. Morrey B.F. Biomechanical study of the elbow following excision of the radial head / B.F. Morrey, E.Y. Chao, F.C. Hui // J. Bone Joint Surg. 1979. - V. 61-A, N 1.-P. 63-68.
9. Morrey B.F. Silastic prosthetic replacement for the radial head / B.F. Morrey, L. Askew, E.Y. Chao // J. Bone Joint Surg. 1981. - V. 63-A, N 3. - P. 453-458.
10. Morrey B.F. Force transmission through the radial head / B.F. Morrey, K.N. An, T.J. Stormont // J. Bone Joint Surg. 1988. - V. 70-A, N 2. - P. 250-256.
11. Money B.F. Valgus stability in the elbow. A definition of primary and secondary constraints / B.F. Morrey, S. Tanaka, K.N. An. // Clin. Orthop. 1991. -N265.-P. 187-195.
12. Morrey B.F. Post-traumatic stiffness: distraction arthroplasty / B.F. Morrey // The Elbow and its disorders. Philadelphia, 1993. - P 472-491.
13. Morrey B.F. Current concepts in the treatment of fractures of the radial head, the olecranon, and the coronoid / B.F. Morrey // J. Bone Joint Surg. 1995. - V. 77-A, N2.-P. 316-327.
14. Morrey B.F. Complex instability of the elbow / B.F. Morrey // J. Bone Joint Surg. 1997. - V. 79-A, N 3. - P. 460-469.