

ОШИБКИ И ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОНТЕДЖИ У ДЕТЕЙ

Дорохин А.И.¹, Шеин В.Н.², Сорокин Д.С.², Меркулов В.Н.¹

¹ Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, Москва, Россия;

² Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой, Москва, Россия

Актуальность. Повреждение Монтеджи — это перелом локтевой кости в верхней трети с вывихом головки лучевой кости. Диагностика данных повреждений остается затрудненной и часто пропускается как рентгенологами, так и травматологами. Причинами ошибок является незнание рентгенанатомии локтевого сустава и выполнение рентгенограмм без захвата локтевого сустава. Неправильно сросшийся перелом локтевой кости с вывихом головки лучевой — застарелое повреждение. Лечение детей с застарелыми повреждениями Монтеджи — сложная задача. Данные повреждения составляют 0,66–1 % всех переломов костей предплечья.

Цель: определить причины возникновения застарелых повреждений Монтеджи, представить результаты лечения, определить тактику одноэтапного и двухэтапного методов лечения.

Материалы и методы. Мы наблюдали 219 больных (в возрасте от 3 до 15 лет) с застарелыми повреждениями Монтеджи. Поступление было в различные сроки после травмы от 1 мес. до 5 лет и более. Мальчики (135), девочки (84), возраст составил от 7 до 14 лет. Почти у всех детей были допущены диагностические ошибки на первом этапе лечения. Производилась рентгенография костей предплечья без захвата локтевого сустава, что не позволило диагностировать вывих головки лучевой кости. В последующем при повторной рентгенографии был выявлен вывих головки лучевой кости. С 1970 г. в отделении детской травматологии ЦИТО применяется оперативный метод лечения застарелых повреждений Монтеджи у детей.

Он заключается в следующем: открытая репозиция с центрацией головки лучевой кости и транс-артикулярной фиксацией спицей к головочке мыщелка плечевой кости, иссечение кольцевидной связки, корригирующая остеотомия локтевой кости и остеосинтез отломков штифтом Богданова. Исправление оси локтевой кости с целью создания ее физиологической кривизны является ключом данной операции. Восстановление кольцевидной связки не проводилось и не привело к повторному вывиху головки лучевой кости. Лечение данных повреждений могло проводиться в один или два этапа. В тех случаях, когда головка лучевой кости была значительно смещена в проксимальном направлении, оперативное лечение проводилось в 2 этапа. Сущность двухэтапного лечения заключается в следующем.

I этап — закрытое наложение аппарата Илизарова на предплечье с целью низведения головки лучевой кости до лучелоктевого сочленения (1–2 мм в сутки — 12–14 дней). Затем производится II этап, который описан выше.

Результаты. Изучены отдаленные результаты лечения от 1 года до 25 лет. У 97 % пациентов получены положительные результаты. Только у 6 детей произошел рецидивный подвывих головки лучевой кости. При повреждениях лучевого нерва или его глубокой ветви во всех случаях достигнуто активное разгибание пальцев и кисти после проведения сухожильно-мышечных пластик.

Заключение. Полученные положительные результаты лечения свидетельствуют о целесообразности проведения данной технологии оперативного лечения. Ключом решения проблемы является создание правильной оси локтевой кости.

Ключевые слова: травма; переломы; застарелые повреждения Монтеджи; ошибки; дети.