

## НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЛОЖНЫМИ СУСТАВАМИ ГОЛОВКИ МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА

И.Ю. Ходжанов, И.Э. Хужаназаров\*

*\*НИИТО МЗ РУз, директор – д.м.н. профессор М.Ж. Азизов  
Ташкентская медицинская академия,  
проректор по научной работе – д.м.н. профессор Д.К. Нажмутдинова  
Ташкент*

Лечение ложных суставов головки мышцелка плечевой кости у детей – одна из наиболее сложных проблем детской травматологии. Неправильное положение отломков нарушает анатомическую целостность сегмента, форму и функцию локтевого сустава. Вопросы лечения свежих переломов головки мышцелка плечевой кости освещены в литературе широко, а проблемы застарелых переломов и ложных суставов являются малоизученными. Между тем, контингент таких больных довольно многочисленный, и объясняется это, с одной стороны, переоценкой пластических возможностей детского возраста, а с другой – ошибками в диагностике, лечении и реабилитации.

Головка мышцелка плечевой кости – один из основных элементов дистального конца плечевой кости, который участвует в правильном перераспределении поступающей нагрузки на локтевой сустав и как латеральная опорная точка участвует в функции проведения действующей силы на локтевой сустав и в ротации костей предплечья. Ложные суставы головки мышцелка плечевой кости являются одним из тяжелых повреждений этой анатомической структуры и приводят к инвалидности детей и подростков. Со временем происходит асептический некроз латеральной части дистального конца плечевой кости с потерей её суставных структур. Зачастую рассасывается часть блока плечевой кости. Отсутствие латеральной опоры (смещение головки мышцелка плечевой кости, асептический некроз части или всего блока плечевой кости) приводит к вальгусной деформации локтевого сустава. Со временем теряется форма локтевой ямки, локтевого отростка и головки лучевой кости. Развивающаяся деформация этих элементов усугубляет вальгусную деформацию и приводит к позднему невриту локтевого нерва. Наличие подобной патологии в детском возрасте требует многоэтапных оперативных вмешательств, что приводит к потере функциональных возможностей локтевого сустава и, как следствие, инвалидности, что становится социальной проблемой.

В зависимости от соотношения смещения головки мышцелка плечевой кости относительно ее дистального отдела мы предлагаем следующую классификацию степеней тяжести развивающейся деформации.

1. Рентгенологически головка мышцелка плечевой кости находится на уровне своего материнского ложа, но имеются признаки асептического некроза последней; вальгусная деформация незначительная, до 10°; изменения головки мышцелка плечевой кости практически не определяются; имеется поворот головки мышцелка плечевой кости. Клинически головка мышцелка подвижна только при пальпации, слегка выступает под кожей; функция сустава полная, периферических нейротрофических расстройств нет.

2. Головка мышцелка плечевой кости децентрирована, ротирована, имеется асептический некроз головки мышцелка плечевой кости, но локтевая ямка и блок сохраняют свою анатомическую форму. Определяется порозность головки мышцелка плечевой кости. Клинически головка мышцелка плечевой кости деформирует форму сустава, подвижна при работе сустава. Больные чувствуют боль при нагрузке на сустав и уменьшение мышечной силы этой конечности. Вальгусная деформация до 25°, амплитуда движения в суставе ограничена до 40°.

3. Головка мышцелка плечевой кости находится вне суставной поверхности локтевого сустава, ротирована; отсутствует блок плечевой кости; локтевая ямка деформирована, приобретает косую овальную форму; имеются асептические изменения в дистальной части плечевой кости и особенно по ее латеральной поверхности; вторично изменены локтевой отросток и головка лучевой кости, наблюдаются паротические изменения всех костных элементов локтевого сустава; клинически определяется грубая деформация в его области; головка мышцелка плечевой кости значительно выступает над латеральной поверхностью локтевого сустава; она мобильна, болезненна при пальпации, почти не участвует в

работе локтевого сустава. Вальгусная деформация больше 35°; нейротрофические осложнения с периферическими изменениями.

Мы наблюдали 22 ребенка (11 мальчиков и 11 девочек) с псевдоартрозами головки мыщелка плечевой кости различной степени тяжести. К первой группе относились 7 детей, ко второй – 5, к третьей – 10. Удалось выяснить, что у большинства детей при первичном обращении смещения костных отломков были незначительными, или их не было. Причиной развития псевдоартроза было рано начатое активное функциональное лечение при еще несросшемся переломе и остаточные смещения после репозиции костных отломков. Восстановление головки мыщелка за счет фиброзного сращения недостаточно надежное, чтобы сопротивляться постоянному давлению лучевой кости. В результате смещения фрагментов головки мыщелка плечевой кости развивается нарушение кровоснабжения латеральной поверхности дистальной части плечевой кости, которая подвергается асептическому некрозу и деформации в виде cubitus valgus, иногда угол деформации может достигнуть 60°. При наличии выраженного cubitus valgus удлиняется п. ulnaris, и это натяжение приводит к его позднему невриту [1], который проявляется в виде болевого синдрома. Средний срок обращения детей после получения травмы – 4 года (от 2 до 8 лет).

Ранее нами была предложена трехостеотомная коррекция деформаций для первой и начальной второй степеней деформаций. Была предусмотрена поверхностная остеотомия материнской поверхности головки мыщелка плечевой кости, остеотомия дистальной части плечевой кости на уровне прикрепления головки ее мыщелка для создания вместилища для элементов плечевой кости, остеотомия и костная пластика латеральной поверхности плечевой кости (Патент №IDP 2000 0443/ DF от 13.06.2000).

Методика оказалась эффективной при первой и второй степенях тяжести ложных суставов головки мыщелка плечевой кости. Дистальная часть плечевой кости восстанавливалась в короткое время после сращения головки ее мыщелка, т.к. еще не развились грубые деформации в суставе, а асептический некроз дистальной части плеча был выражен незначительно. Данным методом оперировано 10 детей с хорошей положительной динамикой восстановления формы локтевого сустава. Длительность восстановления полной функции сустава – около двух лет.

Для детей с третьей группой тяжести использование этой методики оказывается недостаточным т.к. в области локтевого сустава имеются грубые деформации, дефекты анатомических элементов дистальной части плечевой кости с нейротрофическими изменениями. В связи с этим после дол-

гого отбора существующих методов лечения нами разработан новый способ лечения ложного сустава с вальгусной деформацией локтевого сустава. Сущность способа заключается в максимальном сохранении мягкотканного покрова дистальной части плечевой кости как кровоснабжающего объекта этой локализации с изоляцией локтевого нерва, корригирующей остеотомией дистального конца плечевой кости, очищением костных концов и установкой всех элементов в виде перевернутой буквы «Т» с последующей перекрестной фиксацией спицами и наложением аппарата Илизарова из 2,5 колец (приоритетная справка от 23.02.05. IAP 2005.0060 на «Способ лечения ложных суставов головки мыщелка плечевой кости у детей»). Сроки фиксации зависят от сращения костных элементов. Первые результаты, полученные после этих реконструктивных операций, показали, что происходит постепенное формирование элементов дистальной части плечевой кости.

Таким образом, при ложных суставах головки мыщелка плечевой кости с выраженным асептическим некрозом ее дистальной части только оперативное лечение может предупредить развитие тяжелых поздних осложнений у детей (прогрессирующая вальгусная деформация, поздний неврит локтевого нерва и др.). Оперативное вмешательство должно быть максимально щадящим. При выделении отломка из сращений нужно стремиться сохранить связь фрагмента с мышечно-сухожильной ножкой. Фиксация отломка должна осуществляться аппаратами внешней фиксации с сохранением функции локтевого сустава. Наружную иммобилизацию следует продолжать до появления полной консолидации (до 6 недель). Приводим клиническое наблюдение.

Больной А., 13 лет, госпитализирован через 5 лет после получения травмы с закрытым переломом головки мыщелка плечевой кости. Лечился в поликлинике консервативно: была наложена гипсовая повязка. Начата ранняя нагрузка на локтевой сустав (разработка насильственная, работа при помощи гантелей). Функция сустава восстановлена в течение месяца. В дальнейшем родители обратили внимание на деформацию в локтевом суставе, ограничение движений, в связи с чем обратились в нашу клинику. При поступлении состояние ребенка удовлетворительное, жалуется на боли и ограничение движений в левом локтевом суставе. По результатам клинко-биохимических анализов патологии не обнаружено. Имеются выраженная вальгусная деформация локтевого сустава – 28° (при физической нагрузке деформация увеличилась до 38°), посттравматическая контрактура, амплитуда движений 35°. При рентгенологическом исследовании выявлен ложный сустав головки мыщелка плечевой кости с ротацией ее более 50° с асептическим некрозом блока плеча и изменениями локтевой ямки и локтевого отростка.

Выполнено оперативное вмешательство с установкой дистального отломка в виде перевернутой буквы «Т». Костные отломки зафиксированы аппаратом Илизарова из 2,5 колец с созданием компрессии дистальных элементов плечевой кости. Ранний послеоперационный период протекал гладко, швы сняты на 8 – 11 сутки, и больной выписан на амбулаторное лечение. После сращения отломков аппарат снят, и начата раз-

работка локтевого сустава. В дальнейшем осуществлялись реабилитационно-восстановительная терапия по разработанной нами методике, и динамическое наблюдение в течение 3 лет. За это время мы наблюдали постепенное восстановление движений в суставе и формирование суставной поверхности. Через три года вполне сформировалась анатомия дистальной части плечевой кости с восстановлением почти полной функции локтевого сустава (рис).



Рис. Внешний вид и рентгенограммы больного А., 13 лет, диагноз — ложный сустав головки мыщелка плечевой кости: а, б — до операции; в, г — после наложения аппарата Илизарова; д — рентгенограмма через 1,5 года; ж, з — через 3 года после операции.

## Выводы

1. Ложные суставы головки мыщелка плечевой кости у детей являются сложной патологией локтевого сустава, встречаются сравнительно часто и приводят к инвалидности.

2. Короткий срок фиксации переломов и ранняя насильственная разработка являются причиной развития несращений и ложных суставов головки мыщелка плечевой кости.

3. Целесообразно использовать разработанную нами методику при лечении ложных суставов с вальгусной деформацией, что способствует формированию дистальной части плечевой кости и восстанавливает функцию локтевого сустава.

## Литература

1. Лемберг, Д.А. Поздний паралич локтевого нерва после переломов наружного мыщелка плеча / Д.А. Лемберг. — Хирургия. — 1938. — № 6. — С. 135—137.