



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (83) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

9 (83)

2025

сентябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.71-001.5:616.727.4-001.6

**КЛИНИКО – РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРНИСТИКА ПЕРЕЛОМА
ДИАФИЗАС ЛОКТЕВОЙ КОСТИ С ВЫВИХОМ ГОЛОВКИ ЛУЧА (ПОВРЕЖДЕНИЕ
ТИПА МОНТЕДЖА) У ДЕТЕЙ**

Ярашев Т.Я. E-mail: toyirarashev3@gmail.com

Ташкентский государственный медицинский университет, 100109 Ташкент, Узбекистан,
ул. Фаробия, 2, Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ **Резюме**

По данным различных авторов, переломы костей предплечья (повреждения типа Монтеджа) составляют от 0,4 – 0,6%. Литературные источники посвященные лечению перелома диафиза локтевой кости с вывихом головки луча остаются неудовлетворительным.

Материалы и методы исследования. Работа основана на лечении и анализ 40 больных детей с переломами диафиза локтевой кости с вывихом головки луча (повреждения типа Монтеджа). Правосторонние повреждения было у 28 ребенок, левосторонние-12. Мальчиков было 26, девочек- 14.

В процессе исследования больных с указанной травмой нами было установлены некоторые клиничко-рентгенологические особенности каждого вида повреждения.

Повреждения Монтеджа переднего типа диагностировано у 28 больных. Перелом располагался в верхней трети диафиза локтевой кости в 4-случаях и в средней трети- в 14 случаях. В этой группе больных встретились поперечные переломы (6-случаях)-косые-у 12 больных.

У всех пациентов имелось угловое смещение отломков к передне в пределах 170-145 градусов, смещение отломков по длине и ширине выявлено у 12 больных, только по ширине-у четырех.

Повреждение Монтеджа наружного типа с переломом диафиза локтевой кости диагностирован у 15 больных. Диафиз локтевой кости был поврежден в верхней трети-4 случая, и в средней трети –у 11 больных. У 3- детей были поперечные, у 12-косые переломы. Смещение отломков под углом направленным к наружи (170-140 градусов) было у всех больных, смещение по ширине-у 2-х пациентов, по длине и ширине –у 7 детей.

Повреждения Монтеджа заднего типа с переломом диафиза локтевой кости диагностирован у 7 больных. Перелом у всех больных локализовался в средней трети локтевой кости (косые и поперечные), отломки смещены под углом 135-165 градусов, вершиной головки луча у всех больных было полый и направлен кзади и кнутри.

Результаты: Отдаленные результаты лечения изучены у 26 пациентов. у 23 случаях прослежен хороший функциональный и анатомический результат. У 3- пациентов исходом травмы оказалось застарелое повреждение Монтеджа, что явилось результатом оставленного смещения локтевой кости свыше 20 градусов, приведшее в дальнейшем к рецидиву вывиха лучевой кости.

Выводы: Клиническая картина заболевания состоит из симптомокомплексов перелома диафиза локтевой кости и вывиха головки луча. Лечение в основном консервативное. Оно проводится последовательно.

Вначале производят вправление вывиха головки луча, после чего репозицию отломков локтевой кости.

Вправление вывиха головки должна быть полным. После репозиции отломков локтевой кости на контрольной рентгенограмме выявлено угловое смещение при диафизарных переломах до 15 градусов и смещения по ширине в любом направлении до 1/2диаметра считаем доступным, так как изучение отдаленных результатов показало, что оставленное смещение не увеличивается и рост конечности был нормальным.

Ключевые слова: Клиничко – рентгенологическая характеристика перелома диафиза локтевой кости, вывих головки луча (повреждение типа монтеджа) у детей.

CLINICAL AND RADIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF A DIAPHYSEAL FRACTURE OF THE ULNA WITH DISLOCATION OF THE CAPE OF THE RADIUS (MONTEJE TYPE INJURY) IN CHILDREN

Yarashev T.Y. E-mail: toyiryarashev3@gmail.com

Tashkent State Medical University, 100109 Tashkent, Uzbekistan, 2 Farobiy Street,
Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Resume

According to various authors, the incidence of forearm fractures (Monteggia-type injuries) ranges from 0.4 to 0.6%. Literature sources devoted to the treatment of ulnar diaphyseal fractures with radial head dislocation remain unsatisfactory.

Materials and methods. The study is based on the treatment and analysis of 40 children with fractures of the ulnar diaphysis with dislocation of the radial head (Monteggia-type injuries). Right-sided injuries were found in 28 children, left-sided injuries in 12. There were 26 boys and 14 girls.

In the course of the study of patients with this type of injury, we identified certain clinical and radiological features of each type of injury.

Anterior Monteggia fractures were diagnosed in 28 patients. The fracture was located in the upper third of the ulna diaphysis in 4 cases and in the middle third in 14 cases. In this group of patients, transverse fractures were found in 6 cases and oblique fractures in 12 patients.

All patients had angular displacement of the fragments toward the front within the range of 170-145 degrees; displacement of the fragments along the length and width was detected in 12 patients, and only along the width in four patients.

External Monteggia injury with a fracture of the ulnar diaphysis was diagnosed in 15 patients. The ulnar diaphysis was damaged in the upper third in 4 cases and in the middle third in 11 patients. Three children had transverse fractures and 12 had oblique fractures. All patients had displacement of the fragments at an angle directed outward (170-140 degrees), two patients had displacement in width, and seven children had displacement in length and width.

Posterior Monteggia injury with a fracture of the ulna diaphysis was diagnosed in seven patients. The fracture in all patients was localized in the middle third of the ulna (oblique and transverse), the fragments were displaced at an angle of 135-165 degrees, and the tip of the radial head in all patients was complete and directed posteriorly and medially.

Results. Long-term treatment outcomes were studied in 26 patients. In 23 cases, good functional and anatomical results were observed. In 3 patients, the outcome of the injury was chronic Monteggia injury, which was the result of a displaced ulna of more than 20 degrees, leading to a recurrence of radial dislocation.

Conclusions. The clinical picture of the disease consists of a combination of symptoms of a fracture of the ulna diaphysis and dislocation of the radial head. Treatment is mainly conservative. It is carried out sequentially.

First, the dislocation of the radial head is reduced, followed by repositioning of the ulna fragments.

The reduction of the head must be complete. After repositioning the fragments of the ulna, a control X-ray reveals angular displacement in diaphyseal fractures of up to 15 degrees and displacement in width in any direction of up to 1/2 diameter, which we consider acceptable, since a study of long-term results showed that the remaining displacement did not increase and limb growth was normal.

Key words: Trauma, elbow joint, children, treatment

Актуальность

Работы, имеющиеся в доступной литературе, посвященные вопросам перелома локтевой кости с вывихом головки луча у детей основаны на небольшом количестве наблюдений и содержит противоречивое мнение [1-7].

Диагностические ошибки до последнего времени врачами первичного звена остаются высокой 77,6 % [7-10].

Цель исследования: изучить особенности клинико-рентгенологической картины перелома диафиза локтевой кости с вывихом головки луча у детей. Уменьшить неудовлетворительные результаты лечения.

Материал и методы

В клинических базах ТашПМИ находились 40 детей с переломами локтевой кости с вывихом головки луча, что составило 15,26 % среди вывихов и перелома-вывихов в области локтевой кости. Мальчиков было 26, девочек-14. Правосторонние повреждения – у 28 ребенка, левосторонние-у 12. Возраст пациентов: от 2 до 4 лет-8; 5-7 лет 14; 8-12 лет- 13; 12-14 лет-5.

Только 13 детей из 40 детей (32,5%) поступали с правильным диагнозом (дети были направлены из других больниц и поликлиник). Остальные пациенты поступали с следующими диагнозами: перелом локтевой кости-12, внутрисуставной перелом плечевой кости-6, открытый перелом костей предплечья-2, вывих костей предплечья-4, перелом обеих костей предплечья.-5, ушиб и гематома локтевого сустава-4, перелом лучевой кости-4, перелом головки мыщелка плечевой кости-3.

Причины травм были различны: падение с небольшой высоты - 7, с большой высоты-5, во время тренировки в спортивной школе-8, с велосипеда -8, при подвижных играх - 12. Прямая травма отмечена у 26 (65%), непрямая – у 14 пациентов (35 %).

В первый день после травмы поступали в клинику 28 детей (70 %), во 2-й день- 8 (20 %), 3-4 день- 4 ребенка (10 %).

Все наблюдавшиеся нами больные обследованы рентгенологически, при этом выявлено, что перелом локтевой кости у детей располагался в области диафиза, как при классическом повреждении Монтеджа.

Результат и обсуждения

Перелом локтевой кости с вывихом головки луча у детей обусловлен, с одной стороны, нарушением целостности локтевой кости, смещением ее отломков, кровоизлиянием в окружающие мягкие ткани и их повреждением, а с другой стороны, определяется вывихом головки лучевой кости, разрывом капсулярно-связочного аппарата локтевого сустава.

Выраженность клинических симптомов зависит от локализации и характера перелома, степени смещения отломков, величины и направления вывихнутой головки лучевой кости, а также от наличия осложнений и сочетанных повреждений. Сильная боль имеет место у всех больных в месте перелома локтевой кости, там же определяется локальная болезненность при пальпации. При попытке движений в локтевом суставе также возникает сильная боль. Положение конечности у детей вынужденное: поврежденная рука слегка согнута в локтевом суставе; предплечье пронировано или супинировано в зависимости от типа повреждения.

Над местом перелома локтевой кости наблюдается (более выражена при диафизарных переломах) деформация, а также подкожное кровоизлияние, обусловленные травмой мягких тканей. Предплечье деформировано: вершина отломка может быть направлена кпереди, кзади или кнаружи. При значительном смещении отломков по длине происходит укорочение предплечья от 3 до 4,5 см.

В процессе исследования больных с указанной травмой нами были установлены некоторые клинико-рентгенологические особенности каждого вида повреждения.

Повреждение Монтеджа переднего типа диагностировано у 18 больных. Перелом располагался в верхней трети диафиза локтевой кости в 4 случаях и в средней трети-в 14 случаях. В этой группе больных встретились поперечные переломы (6 детей) и косые – у 12 больных.

У всех пациентов имелось угловое смещение отломков кпереди в пределах 170 -145 градусов, смещение отломков по длине и ширине выявлено у 12 больных, только по ширине – у четырех.

Эти дети жаловались преимущественно на боль в области предплечья. Поврежденная конечность свисала вдоль туловища, слегка согнута в локтевом суставе. Предплечье пронировано.

При осмотре прежде всего обращала на себя внимание припухлость и гематома по внутреннему краю предплечья (8 случаев). Нередко в этом месте предплечье деформировано под углом, направленным вершиной кпереди. Пальпация конечности в месте припухлости болезненна, при этом определяется смещенный отломок и патологическая подвижность.

Область локтевого сустава сглажена и деформирована с увеличением переднезаднего размера (окружность сустава на 1,5-2,5 см больше, чем на здоровой руке). У 7 больных в локтевой ямке контурировалась под кожей смещенная кпереди головка лучевой кости, которая пальпаторно определялась еще у 6 пациентов. Ограничение движений при данной форме повреждения было таким же, как и при повреждении переднего типа.

Сопутствующие переломы выявлены у 2-х больных: перелом шейки лучевой кости-1, чрезмыщелковый перелом плечевой кости без смещения костных отломков-1. В обоих случаях сопутствующие переломы выявлены только рентгенологически.

Для подтверждения и уточнения диагноза необходимо рентгенологическое исследование поврежденного предплечья в двух проекциях.

Приводим пример: Девочка Н., 3 года, поступила в клинику с диагнозом вывих костей предплечья справа. Из анамнеза известно, что ребенок упал с небольшой высоты на слегка согнутое предплечье, почувствовал резкую боль. При осмотре конечность слегка согнута, имеется деформация и гематома верхней трети предплечья, выражена отечность. На рентгенограмме (рис.1. а, б)



а

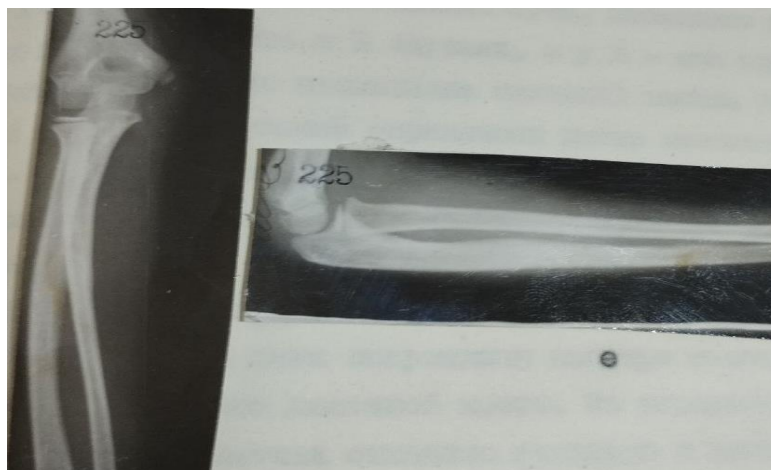


б

рис. 1. а, б.. Рентгенограмма в 2-х проекциях. Локтевого сустава. Повреждения Монтеджа переднего типа.

а- Прямая проекция- косой перелом диафиза локтевой кости с небольшим смещением отломка;

б- боковая проекция-угловое смещение отломка локтевой кости с вывихом лучевой кости кпереди. Диафизарный перелом локтевой кости, головка лучевой кости смещена кпереди. Под общим обезболиванием произведена репозиция костных отломков после вправления головки лучевой кости. На контрольной рентгенограмме состояние костей сустава нормальное, но сохраняется угловая деформация локтевой кости до 15 градусов на вершине перелома. Конечность иммобилизована тыльным гипсовым лонгетом под углом 90 градусов. Назначены УВЧ.ЛФК по первому периоду. Через 19 дней снята иммобилизация. Начата ЛФК по второму периоду. Движения локтевого сустава: разгибание-145 градусов, сгибание-50 градусов. Выписана на амбулаторно лечение. Осмотрена через 3 года. Жалоб нет. Форма сустава обычная. Движения в полном объеме.. На рентгенограмме соотношение костей сустава не нарушено (рис.2.в,г)



в

г

Рис.2 в,г. Та же девочка через 3 года после травмы. Прямая (в) и боковая (г) проекции. Соотношение костей сустава не нарушен. Имеется угловая деформация локтевой кости до 18 градусов, хорошо заметная в прямой проекции.

Сохраняется деформация локтевой кости, оставленная во время репозиции. Она практически не изменилась.

Повреждение Монтеджа наружного типа с переломом диафиза локтевой кости встретилось у 15 больных. Диафиз локтевой кости был поврежден в верхней трети [4] и в средней трети [11]. У 3 больных был поперечный, у 7-косой перелом. Смещение отломков под углом, направлена кнаружи (170-140 градусов) было у всех больных, смещение по ширине - у 2-х пациентов, по длине и ширине – у 7 детей.

Жаловались дети на боли в области предплечья и локтевого сустава. При осмотре определялась припухлость в области предплечья, деформация его под углом, направленная кнаружи. Пальпация в месте припухлости болезненна, иногда определялась патологическая подвижность и крепитация отломков. Область локтевого сустава отечна, деформирована за счет увеличения поперечного размера (окружность (+1- 4см). При пальпации сустава определялась болезненность в месте, где должна находиться головка луча, последняя у 7 больных выявлена сбоку от наружного надмыщелка плечевой кости. Пассивные сгибание и разгибание не ограничены, но болезненны, ротационные движения отсутствуют.

На рентгенограммах локтевого сустава в 2-х проекциях определяется диафизарный перелом локтевой кости и вывих луча и смещенных кнаружи.

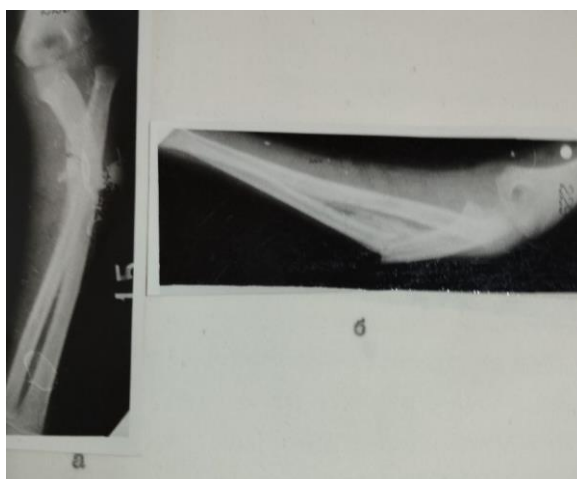


Рис. 3. а,б. Рентгенография локтевого сустава в 2-проекциях. Повреждения Монтеджа наружного типа.

а- Прямая проекция- перелом локтевой кости с угловым смещением отломков и вывих лучевой кости кнаружи;

б- боковая проекция- умеренное смещение лучевой кости кпереди.

Повреждение Монтеджа заднего типа с переломом диафиза локтевой кости диагностирована у 7 больных. Перелом у всех локализовался в средней трети локтевой кости (косой и поперечный), отломки смещены под углом 135 – 165 градусов вершиной направлены кзади. Смещение по длине и ширине имелось у двух детей. Вывих головки луча у всех был полный и направлен кзади и кнутри. Приводим пример.

Мальчик Ф., 10 лет поступил в клинику с диагнозом закрытый перелом правой нижней трети локтевой кости со смещением костных отломков. Из анамнеза известно, что ребенок упал с велосипеда и ударился рукой о землю.

При осмотре предплечье согнуто под углом 120 градусов и занимает среднее между пронацией и супинацией положение. На границе верхней и средней трети предплечья имеется угловая деформация, вершина которой направлена к тылу.

На рентгенограмме (рис. 4 а, б) установлено повреждение заднего типа с поперечным переломом диафиза локтевой кости и смещенным отломком.

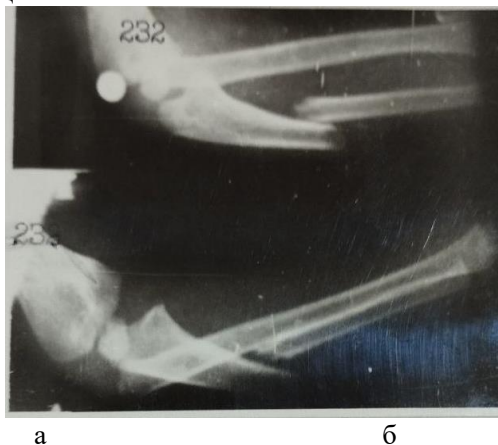


Рис. 4. Рентгенограмма локтевого сустава в 2-проекциях Повреждение заднего типа.

В локтевой кости имеется перелом диафиза локтевой кости с угловым смещением отломков и захождением их по оси. Лучевая кость смещена кнаружи и кзади.

Под общим обезболиванием произведена закрытая репозиция вывиха головки луча, а также репозиция костных отломков. Конечность фиксирована задним гипсовым лангетом под углом 90 градусов. Назначен УВЧ, ЛФК по первому периоду.

На контрольной рентгенограмме стояние костных отломков удовлетворительное. но сохраняется угловое смещение отломка до 15 градусов. Движения локтевого сустава: разгибание-145, сгибание -70 градусов. Выписан на амбулаторное лечение. Осмотрен через 10 лет. Жалоб нет. На рентгенограмме состояние костей сустава не нарушено (рис. 4 в, г)

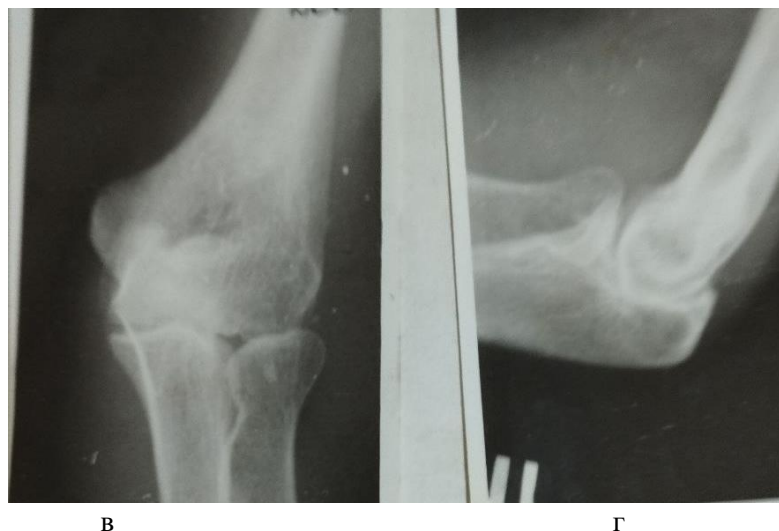


Рис. 4.(в, г) через 10 лет после травмы. На рентгенограмме локтевого сустава в прямой (в) и боковой (г) проекциях соотношение костей в суставе удовлетворительное.

Результат и обсуждения

Отдаленные результаты лечения повреждения Монтеджа переднего типа изучены у 14 пациентов. У 11 детей прослежен хороший анатомический и функциональный результат лечения. У 3 отмечен плохой функциональный результат при хорошем анатомическом. Приводим пример.

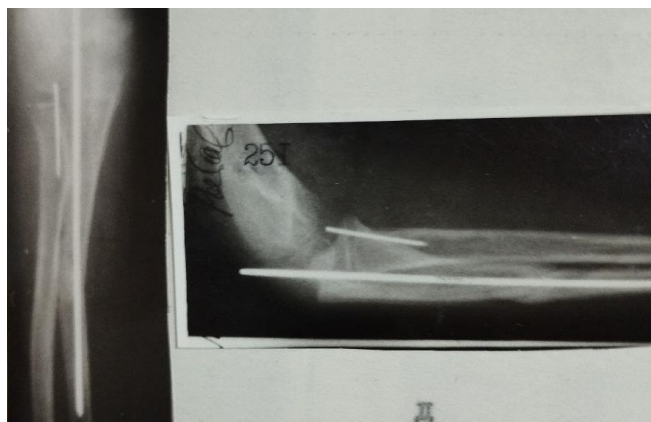
Мальчик В., 9 лет, поступил в клинику с диагнозом переломо-вывих костей локтевого сустава слева. Из анамнеза известно, что ребенок упал с высоты своего роста с упором на кисть. При осмотре отмечена резкая деформация средней трети предплечья. На рентгенограмме установлен передне - наружный вывих головки луча и диафизарный перелом локтевой кости (рис.5 а).



а

рис.5.а. Мальчик В., 9 лет. Рентгенограмма локтевого сустава. В боковая, проекция-виден вывих лучевой кости кпереди, диафизарный перелом локтевой кости с угловым смещением отломков.

После вправления вывиха головки луча, произведена репозиция костных отломков, Конечность фиксирована задним гипсовым лонгетом под углом 90 градусов.. Через 5 дней на контрольной рентгенограмме обнаружен рецидив вывиха головки луча и увеличение углового смещения отломков локтевой кости. Произведено открытое вправление головки лучевой кости с последующей фиксацией спицей Киршнера через головку мыщелка плечевой кости и остеосинтез локтевой кости гвоздем Богданова. В отделении ребенок упал и повторно сломал поврежденную руку. На повторной рентгенограмме имеется смещение локтевой кости и сломана спица Киршнера. Проведено повторное закрытое вправление головки луча и репозиция костных отломков. На контрольной рентгенограмме соотношение костей сустава восстановлена (рис 5. б, в.). Через 10 дней выписан на амбулаторное лечение Осмотрен через 3-недели. Повторно госпитализирован. Удалена спица Киршнера и гвоздь Богданова. ЛФК по второму периоду. Движения в локтевом суставе; разгибание - 140, сгибание - 50 градусов.



б

в

Рис.5. б.в. Тот же ребенок. Рентгенограмма локтевого сустава в динамике.

На прямой (б) и боковой (в) проекциях состояние отломков локтевой кости удовлетворительное.

Осмотрен через 1 год 2 мес. Жалобы на усталость и боли в области поврежденного локтевого сустава после небольшой физической нагрузки, ограничение движения свыше 25 градусов. На рентгенограмме соотношение костей сустава не нарушено (рис 5 г, д).

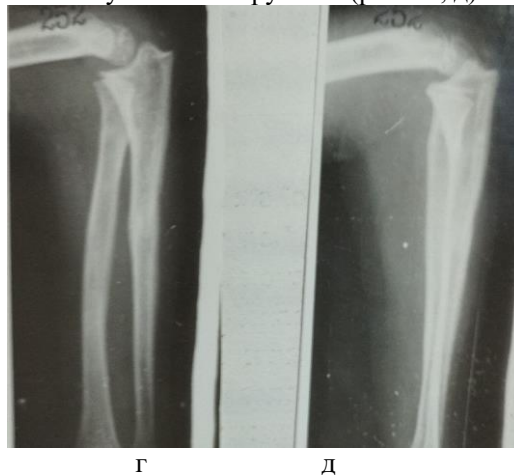


Рис.5 г.д. Через 1 год 2 мес. Соотношение костей сустава не нарушено.

Отдаленные результаты лечения повреждение Монтеджа наружного типа изучены у 10 детей. При рентгенологическом и функциональном исследованиях каких-либо изменений не обнаружено

Заключение

Таким образом, перелом диафиза локтевой кости с вывихом головки луча (повреждение Монтеджа), по нашим данным составил 15,26 % среди переломо-вывихов в области локтевого сустава.

Ошибки в диагностике до последнего среди врачей общего профиля остаются высокими (77,30 %).

Лечение повреждений в основном консервативное. Оно проводится последовательно. Вначале проводят вправление вывиха головки луча, после чего репозицию отломков локтевой кости. Имобилизацию конечностью осуществляют тыльной гипсовой лонгетой.

Вправление вывиха головки лучевой кости должно быть полным. После репозиции отломков локтевой кости на контрольной рентгенограмме выявлено угловое смещение при диафизарных переломах до 15 градусов и смещение по ширине в любом направлении до 1/2 диаметра считаем допустимым, так как при изучении отдаленных результатов от 1 до 21 года доказано, что оставленное смещение не увеличивалось и рост конечности было нормальным.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Баиров Г.А., Ярашев Т.Я. Классификация вывихов и переломо-вывихов в области локтевого сустава у детей. // Вестн.хир. 1991;4:83-84.
2. Кузничихин Е.П. Хирургическая патология верхней конечности у детей / М. 2012; 840 стр.
3. Кузничихин Е.П. Множественные и сочетанные травмы опорно-двигательной системы у детей. Е.П.Кузничихин., В.П.Немсадзе. / М.Медицина 1999.
4. Соколов В.А. Множественные и сочетанные травмы // Руководство. М., 2006; 512 стр.
5. Хаджанов И. Ю.,Бойинбетов Г.Дж. Лечение детей с множественными повреждениями костей образующих локтевой сустав // Вестник экстренной медицины. 2009;1:11-18.
6. Ярашев Т.Я. Повреждения Монтеджа У детей. Научные труды НИИ детской ортопедии им.Турнера. Ленинград 1988;1:91-92.
7. Ярашев Т.Я. Перелом шейки лучевой кости с вывихом головки (повреждения типа Г.А. Баирова) у детей. // Журнал Педиатрия 2024;3:194-202.
8. Ярашев Т.Я. Клиническая характеристика вывихов обеих костей предплечья, сочетанный с отрывом обеих надмыщелков у детей Журнал педиатрия 2024;3:183-188.
9. Ярашев Т.Я. Травматические вывихи и переломо-вывихи в области локтевого сустава и их лечение у детей. / Монография. Ташкент. 2024; 136 стр.
10. Mazda. R. Traetment fractures in children // J.Bonc. joint surg. 2001;83:888-893.

Поступила 20.08.2025