

Антониади Ю.В., Цыбулько И.А., Гилев М.В.

Случай лечения пациента с переломом дистального отдела лучевой кости

Муниципальное автономное учреждение центральная городская клиническая больница №24, г. Екатеринбург

Antoniadi Y.V., Tsybulko I. A. Gilev M.V.

Case management of a patient with distal radius fracture

Резюме

В статье приведено описание клинического случая двухэтапного метода лечения перелома дистального отдела лучевой кости с использованием упрощенного модуля аппарата внешней фиксации и LCP пластины.

Ключевые слова: дистальный отдел лучевой кости, остеосинтез, аппарат внешней фиксации, пластина с угловой стабильностью.

Summary

The article describes the clinical case of a two-stage method for treatment of the distal radius fracture using the simplified module of the external fixation and LCP plate.

Key words: distal radius, osteosynthesis, external fixation apparatus, angular-stable plate.

Введение

Переломы дистального эпиметадиафиза лучевой кости относятся к наиболее частым повреждениям и составляют 66-90 % всех повреждений костей предплечья и около 33 % среди длинных трубчатых костей. При нарушении целостности суставной поверхности дистального эпиметадиафиза и смещении не более 1 мм, частота развития посттравматического остеоартроза лучезапястного сустава достигает 91%. Неудовлетворительные результаты достигают 37.9 %. Репозиция костных фрагментов с восстановлением конгруэнтности в лучезапястном суставе, а также анатомического соотношения суставных поверхностей возможна только при открытой репозиции. При лечении внутрисуставных переломов ДОЛК консервативными методами в условиях гипсовой иммобилизации в 16.5-88.3% случаев отмечается вторичное смещение отломков, в 25.0 % случаев развивается нейродистрофический синдром, вследствие чего большинство хирургов предпочитают использовать хирургические методы лечения ДОЛК. В настоящее время существует множество методов хирургического лечения дистального отдела лучевой кости, однако, неточности при репозиции суставных поверхностей, неадекватный выбор хирургического доступа и металлофиксатора приводят к развитию посттравматического артроза, контрактурам и деформациям. С целью улучшения результатов лечения появляются комбинированные методы хирургической коррекции переломов ДОЛК. В клинике разработан и введен в практику способ открытой репозиции и остеосинтеза переломов дистального отдела лучевой кости (двухэтап-

ная тактика хирургического лечения). Получен патент РФ №260185. В качестве примера использования комбинированной методики лечения приводим следующее клиническое наблюдение.

Пациентка Л., 47 лет, поступила в травматологическое отделение МАУ ЦГКБ №24 в неотложном порядке с жалобами на боли в области левого лучезапястного сустава, нарушение функции сустава. Из анамнеза выяснилось, что за два часа до поступления в клинику пациентка упал с высоты 2х метров с упором на верхнюю конечность. После проведения клинико-рентгенологического обследования больной установлен диагноз: Внутрисуставной перелом дистального эпиметафиза лучевой кости, перелом шиловидного отростка локтевой кости (Рисунок 1). Учитывая характер перелома, принято решение о выполнении двухэтапной тактики хирургического лечения ДОЛК. Первым этапом выполнен монтаж аппарата внешней фиксации в сокращенном объеме. Преимущества данного этапа заключаются в том, что при монтаже упрощенного модуля АВФ производилась фиксация предплечья и кисти в заданном положении (супинации кисти и локтевой дивиации), а за счет distraction и лигаментотаксиса достигалась репозиция перелома (Рисунок 2). Вторым этапом (окончательная стабилизация перелома), после достижения удовлетворительного положения костных отломков и заживления мягких тканей в области лучезапястного сустава, пациенту выполнено оперативное пособие в объеме: открытая репозиция дистального эпиметафиза лучевой кости фиксация LCP пластиной. Достигнуто восстановление анатомии лу-



Рисунок 1.

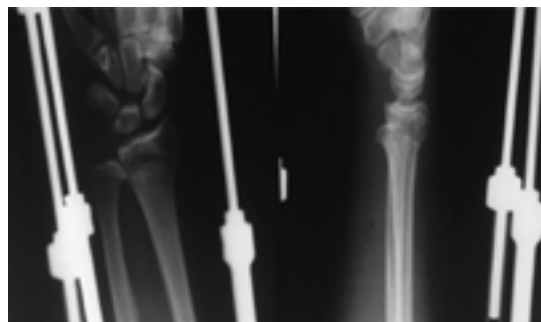


Рисунок 2.



Рисунок 3.



Рисунок 4.



Рисунок 5.



Рисунок 6.

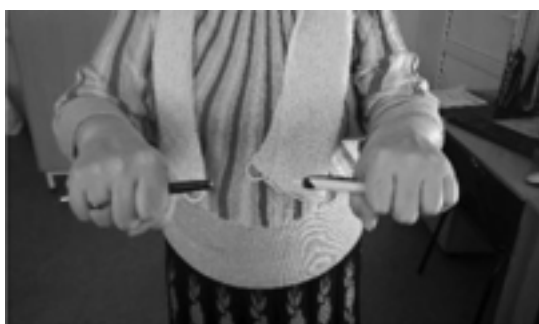


Рисунок 7.



Рисунок 8.

чезапястного сустава и конгруэнтность суставных поверхностей. Далее послойное ушивание раны наглухо (Рисунок 3,4). Результаты лечения отследили в 3,6,12 месяцев после операции. Для функционального анализа использовали шкалу DASH. В данном случае получен отличный функциональный результат через 12 месяцев после операции (Рисунок 5,6,7,8), объём движений в лучезапястном суставе полностью восстановлен. Для рентгенометрического анализа использовали программу WeasisMedicalViewer (версия 2,17,1). Изучали разницу значений угла лучевой инклинации и угла ладонного наклона после операции и на определенных сроках наблюдения. Таким образом при лечении больных с оскольчатыми внутрисуставными переломами дистального эпиметафиза лучевой кости оптимальным является применение комбинированной мето-

дики - дистракция и устранение ротационных смещений костных отломков в аппарате Илизарова с последующим выполнением открытого остеосинтеза пластиной с угловой стабильностью. ■

Антониади Ю. В. – д.м.н., заместитель главного врача по хирургической работе Центральной городской клинической больницы №24, г. Екатеринбург. *Гилев М. В.* – к.м.н., врач травматолог-ортопед Центральной городской клинической больницы №24, г. Екатеринбург. *Цыбулько И. А.* – заведующий хозрасчетного травматологического отделения Центральной городской клинической больницы №24, г. Екатеринбург. Автор, ответственный за переписку: Цыбулько И.А. +79122660316, 620028 г.Екатеринбург, ул.Татищева, 126-36, ivan.md66@gmail.com

Литература:

1. Lafontaine M., Hardy D., Delinco P. Stability assessment of distal radius fractures // *Injury*. 1989. Vol. 20, No 4. P. 208-210.
2. Aspenberg P., Sandberg O. Distal radial fractures heal by direct woven bone formation // *Acta Orthop*. 2013. Vol. 84, No 3. P. 297-300. DOI:10.3109/17453674.2013.792769.
3. Success Rate and Complications of Comminuted Intra-Articular Distal Radius Fracture Treatment via Closed Reduction and Use of a Mini-External Fixator / M.H. Nasab Karimi, M. Azar Shayesteh, S. Moghaddam Fazel, M. Taghipour // *Trauma Mon*. 2015. Vol. 20, No 4. P. e18885. DOI: 10.5812/traumamon. 18885.
4. Gausepohl T., Pennig D., Mader K. Principles of external fixation and supplementary techniques in distal radius fractures // *Injury*. 2000. Vol. 31, No Suppl. 1. P. 56-70.
5. External Fixation versus open reduction with plate fixation for distal radius fractures: a meta-analysis of randomised controlled trials / J. Esposito, E.H. Schemitsch, M. Saccone, A. Sternheim, P.R. Kuzzyk // *Injury*. 2013. Vol. 44, No 4. P. 409-416. DOI: 10.1016/j.injury.2012.12.003.
6. Schatzker J. Intra-articular fractures. In: Schatzker J., Tile M. *The Rationale of Operative Fracture Care: Third Edition*. Springer, 2005. P. 33-43.
7. Fernandez D.L. Distal radius fracture: the rationale of a classification // *Chir. Main*. 2001. Vol. 20, No 6. P. 411-425.
8. Ruedi T.P., Murphy W.M. *AO principles of fracture management*. Thieme, Stuttgart, NewYork, 2000. 864 p.