

стоящее время отделение является одним из базовых во время обучения курсантов на сертификационных курсах травматологов-ортопедов.

Коллектив отделения бережно хранит память о своих предшественниках сохраняет и развивает традиции заложенные профессором, доктором медицинских наук Алевтиной Михайловной Волковой, самоотверженно трудится на благо пациентов и с уверенностью смотрит в будущее.

СВЕЖИЕ И ЗАСТАРЕЛЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО ЛУЧЕЛОКТЕВОГО СОЧЛЕНЕНИЯ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

И.А. Обухов¹, И.Б. Морозов², А.Н. Шнайдер¹, С. Ахмад²
Уральская государственная медицинская академия¹,
Центральная городская клиническая больница № 24²

Актуальность. Дистальный лучелоктевой сустав (ДЛЛС) является неотъемлемой частью сложного анатомо-функционального образования - кистевого сустава и тесно связан со всеми его анатомическими составляющими. Входящие в его состав тыльная и ладонная лучелоктевые связки одновременно являются частью треугольного фиброзно-хрящевого комплекса. Повреждение связочного аппарата может быть изолированным, или сочетаться с костной травмой.

Повреждения ДЛЛС встречаются у больных при свежих, срастающихся или сросшихся со смещением переломах дистального эпиметафиза или диафиза лучевой кости, врожденных или посттравматических укорочениях лучевой кости, изолированных вывихах головки локтевой кости. Переломы лучевой кости сопровождаются подвывихом головки локтевой кости в 35-80% случаев [1, 2, 4].

Повреждение связочного аппарата дистального лучелоктевого сустава требует дифференцированного подхода при диагностике и лечении. Поздняя диагностика и соответственно лечение этой патологии приводит к значительным нарушениям функции как кисти, так предплечья, существенному снижению качества жизни [1, 3].

Шиловидный отросток локтевой кости является местом прикрепления основных стабилизирующих ДЛЛС образований: тыльной и ладонной лучелоктевых связок, диска фиброзно-хрящевого комплекса, локтевой коллатеральной связки. В связи с этим перелом основания шиловидного отростка локтевой кости следует рассматривать как повреж-

дение основных стабилизаторов дистального конца локтевой кости [4, 5]. Переломы лучевой кости, проникающие в ДЛЛС, т.е. переломы сигмовидной вырезки, требуют к себе такого же отношения, как и переломы карпальной суставной поверхности, когда смещение в 2 мм считается недопустимым, поскольку приводит к развитию деформирующего артроза в течение 5 лет в 100% случаев [1].

Диагностика повреждений ДЛЛС продолжает оставаться сложной и часто запаздывает из-за манифестирующих сопутствующих травм лучевой кости и запястья, а также из-за того, что нередко рентгенологические изменения даже при значительных повреждениях ДЛЛС минимальны. При всём этом следует отметить недостаточное количество исследований по данной теме.

Целью исследования явилось определение тактики лечения больных с повреждениями ДЛЛС в условиях центральной городской клинической больницы крупного административного центра (г. Екатеринбург).

Материал и методы исследования. Изучены амбулаторные карты и журналы обращения в травмпункт и истории болезней больных стационара центральной городской клинической больницы № 24 г. Екатеринбург. Всего было 130 больных в возрасте от 16 до 78 лет. Мужчин было 44, женщин – 86. Возрастные группы пациентов составляли: от 17 до 39 лет – 40, от 40 до 59 лет – 51; от 60 до 80 лет – 39.

Во всех случаях механизмом травмы было падение на руку. Больные поступали в сроки от нескольких часов до 6 месяцев после травмы: до 5 дней – 49 больных, от 6 дней до 3 недель – 31 больных, более 3 недель – 50 больных. Из повреждений дистального отдела предплечья перелом ДЭМЛК (оскольчатые переломы В2, В3, С1, С2 по АО) отмечался в 68 случае, перелом ДЭЛМК в сочетании с переломом шиловидного отростка лучевой кости – в 51; частичное или полное повреждение ДЛЛС без костных повреждений – в 11. Во всех 130 случаях повреждения сопровождалась подвывихом или вывихом головки локтевой кости.

Для раннего выявления случаев повреждений ДЛЛС в клинике разработан алгоритм диагностики повреждений дистального отдела костей предплечья, включающий применение клинических и лучевых методов исследования.

Клиническая диагностика изолированных повреждений ДЛЛС основывалась на выявлении выстояния головки локтевой кости к тылу, постоянных болей в области ДЛЛС при пронации и супинации предплечья, симптома «клавиши пианино» в области ГЛК, пружинистой подвижности в ДЛЛС. Боли усиливались при осевых физических нагрузках на предплечья, сопровождалась ограничением пронационно-

супинационных движений в суставах предплечья. Определялась болезненность при пальпации вдоль линии, соединяющей верхушку шиловидного отростка локтевой кости с верхушкой гороховидной кости.

Из лучевых методов диагностики применялись рентгенография в стандартных проекциях и компьютерная томография. Основными рентгенологическими симптомами повреждения ДЛЛС являлись: расширение суставной щели ДЛЛС в сравнении со здоровой верхней конечностью; уменьшение угла (менее 90 град) между линией, проходящей перпендикулярно головкам лучевой и локтевой костей и линией, проходящей через центры головок лучевой и локтевой костей параллельно продольным осям; расположение оси головки локтевой кости за пределами лучевой кости на боковой рентгенограмме (в норме локтевая кость располагается на одной линии с III пястной костью).

Компьютерная томография выполнялась в сомнительных случаях для уточнения диагноза. Использование аксиальной компьютерной томографии и мультипланарной реконструкции изображений позволяло детально оценить анатомо-топографические соотношения в ДЛЛС и диагностировать минимальные тыльные и ладонные подвывихи головки локтевой кости. 3D-реконструкции давали объемное представление о взаимоотношении отломков и величины подвывиха ГЛК.

При переломах ДЭМЛК и при оскольчатых переломах ДЭМЛК в сочетании с переломом шиловидного отростка локтевой кости проводилась репозиция отломков лучевой кости с одновременным устранением подвывиха или вывиха головки локтевой кости с наложением гипсовой повязки(28), остеосинтез ДЭМЛК (91) различными фиксаторами: спицами, пластинами, аппаратами Илизарова.

При ретроспективном изучении 51 случаев переломов дистального эпиметафиза лучевой кости с переломом шиловидного отростка локтевой кости с частичным или полным разрывом лучелоктевого сочленения при проведении консервативного лечения в 37,2% случаев (у 19-ти пациентов) подвывих не был устранен. В 8 случаях возникла необходимость оперативного лечения для восстановления формы и длины лучевой кости и вправления ГЛК.

С учетом описанного алгоритма оказано лечение 28 пациентам со свежими повреждениями (23 больным с переломами ДЭМЛК и подвывихами ГЛК и 5 -с изолированными вывихами ГЛК). После клинической и лучевой диагностики всем больным проводилось консервативное лечение: при свежих травмах (до 1-й недели от момента травмы) выполнялась репозиция костных отломков лучевой кости и вправление вывиха ГЛК с последующей иммобилизацией глубокой гипсовой лонгетой сроком до 5-6 недель; при несвежих травмах (1-3 недели после травмы) по-

сле репозиции и вправления вывиха сроки гипсовой иммобилизации увеличивались до 8-10 недель. Во всех 18 случаях переломов ДЭМЛК и 5 случаях изолированного повреждения ДЛЛС удалось репонировать отломки, устранить вывих ГЛК и получить хорошие функциональные результаты: восстановление анатомических соотношений и полный объем пронационно-супинационных движений предплечья, сгибательно-разгибательных движений в кистевом суставе.

При свежих повреждениях ДЛЛС сроки восстановления связочно-го аппарата совпадают со сроками сращения костей, в связи, с чем после выполнения репозиции отломков и правильном сопоставлении отломков функция ДЛЛС восстанавливалась.

При застарелых повреждениях (в сроки более 3 недель) применялся остеосинтез ДЭМЛК пластинами, спицами, аппаратами внешней фиксации. Выполнение остеосинтеза лучевой кости с восстановлением ее длины и формы обеспечивало одновременное устранение и подвывиха ГЛК. Дополнительная фиксация головки локтевой кости спицами к лучевой кости проводилась в 12 случаях. При сохраняющемся смещении отломков лучевой кости более, чем на 2 мм возникала нестабильность ДЛЛС с болевым синдромом при осевой нагрузке предплечья и ротационных движениях.

Ближайшие результаты оценивались по восстановлению анатомии и функции кистевого сустава и ДЛЛС. Хорошие результаты получены в 69 (61,4%) случаях, удовлетворительные – в 33 (34,3%), неудовлетворительные – в 4 (4,2%) наблюдений.

При застарелых изолированных вывихах ГЛК в 6 случаях использована новая технология аллопластики передней лучелоктевой связки с помощью якорных фиксаторов фирмы Mitek. Ближайшие положительные результаты (в срок 6 месяцев и более) получены во всех случаях.

Выводы

1. Диагностика повреждений дистальных эпиметафизов лучевой и локтевой костей должна включать и диагностику повреждений ДЛЛС. При подозрении на повреждение ДЛЛС необходимо проводить стандартную рентгенографию и в сомнительных случаях - компьютерную томографию.

2. При выполнении закрытой репозиции отломков ДЭМЛК следует устранять и подвывих ГЛК. Хорошая репозиция отломков лучевой кости и устранение вывиха/подвывиха ГЛК обеспечивает восстановление ДЛЛС. Применение гипсовой иммобилизации при свежих повреждениях ДЛЛС позволяет получить хорошие функциональные результаты.

3. При застарелых вывихах (подвывихах) головки локтевой кости в сочетании с неправильно сросшимися и срастающимися переломами

больным показано оперативное лечение, направленное одновременно на устранение деформации лучевой кости и вправление вывиха ГЛК.

4. При сохранении хронической нестабильности ДЛЛС, обусловленной повреждением связок этого сустава больным показано оперативное лечение, направленное на укрепление связочного аппарата ДЛЛС.

Литература

1. Голубев И.О. Повреждения и заболевания дистального лучелоктевого сустава. Лечение: обзор.- Вестник травматологи. и ортопед, им. Н.Н. Приорова.- 1998- №4.-С.60-63.

2. Скороглядов А. В. Магдиев Д.А. Диагностика и лечение повреждений ДЛЛС // Травматология и ортопедия России. 2010. – №4(58).- С.59-65.

3. Axelrod T.S., McMurty R.Y. Open redaction and internal fixation of comminuted intra-articular fractures of the distal radius // J. Hand Surg.- 1990.-Vol. 15.-P. 1-10.

4. Berger R.A, Weiss A.-P.C. Hand Surgery: 1st Edition.- 2004.- Chapter 16: Adams B. D. Distal Radioulnar Joint Instability

5. Nicolaides S.C., Hildreth D.H. Acute injuries of the distal radioulnar joint. 457 2000

ВНУТРИСУСТАВНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ДИСТАЛЬНОГО ЭПИМЕТАФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ: ОСОБЕННОСТИ ПОЛОЖЕНИЯ ОТЛОМКОВ В ДИНАМИКЕ НАБЛЮДЕНИЯ

И.А. Обухов¹, А.В. Збуржиский²

Уральская государственная медицинская академия¹,
Центральная городская клиническая больница № 24²

Актуальность темы. Переломы дистального отдела лучевой кости являются наиболее частыми среди переломов длинных костей. Перелом дистального эпиметафиза костей предплечья составляют 20-25% всех переломов у взрослых, а среди переломов предплечья на их долю приходится почти 90% [1, 2]. Количество осложнений после перелома ДМЭЛК, таких как деформирующий артроз, нейротрофический синдром Зудека, подкожные разрывы сухожилий, неправильное сращение, нестабильность ДЛЛС варьируют от 10% до 90% [1, 6, 7]. Причинами описанных выше осложнений являются не только значительное первичное смещение отломков или некорректная репозиция, но и вторичное раннее после репозиции и особенно позднее смещение, которое может манифестировать после снятия гипсовой повязки [5, 6]. При консервативном