

## НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

*Антониади Ю.В.<sup>1</sup>, Волокитина Е.А.<sup>2</sup>, Черницын Д.Н., Зверев Ф.Н.<sup>1</sup>  
Жиряков Д.Л.<sup>1</sup>, Мукменов М.М.<sup>1</sup>, Журавлев А.А.<sup>1</sup>*

Центральная городская клиническая больница № 24, г. Екатеринбург<sup>1</sup>  
Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург<sup>2</sup>

**Актуальность.** Актуальность поиска оптимальной технологии лечения переломов дистального эпиметафиза лучевой кости обусловлена тем фактом, что после применения традиционной методики закрытой репозиции и гипсовой фиксации в 5 - 17 % случаев наступает вторичное смещение костных фрагментов и нарушается конгруэнтность суставных поверхностей. М. Knirk и V.Jupiter (2002) доказали, что если в процессе лечения перелома целостность суставной поверхности лучезапястного сустава не была восстановлена, то частота проявлений посттравматического артрита достигает 91%, тогда как в случаях восстановления конгруэнтности сустава артрит возникает лишь в 11% случаев.

В настоящее время при лечении переломов дистального эпиметафиза лучевой кости в нашей стране продолжает широко использоваться традиционная консервативная методика ручной репозиции костных фрагментов и фиксации в гипсовой повязке, а также метод чрескостного остеосинтеза аппаратом Илизарова. Однако, при переломах типа В и С (Универсальная классификация переломов. М.Мюллер, 1998 г.) точная репозиция костных фрагментов с восстановлением конгруэнтности в лучезапястном суставе возможна только при открытом остеосинтезе. Целью работы является определение оптимального метода лечения больных с переломами дистального эпиметафиза лучевой кости и особенностей послеоперационного ведения.

**Материал и методы.** Изучены результаты лечения 154 больных, от 20 до 72 лет, поступивших в травматологическое отделение №1 Центральной городской клинической больницы № 24 (ЦГКБ №24) с 2007 по 2009 годы по поводу перелома дистального эпиметафиза лучевой кости. Возраст пациентов составил в среднем  $50,3 \pm 2$  года. Показанием для госпитализации являлись типы переломов В и С по классификации М.Мюллера. Консервативно, с применением закрытой ручной репозиции и фиксации гипсовой повязкой было пролечено 80 (52%) человек. Хирургический метод применен в 74 (48%) случаях: закрытый чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова выполнен в 42, открытый остеосинтез пластинами с угловой стабильностью - в 32 случаях. Длительность пребывания в стационаре составила в среднем ( $16 \pm 3$  дней). Отдаленные результаты лечения (6 и 12 месяцев) по методике закрытого остеосинтеза ЧКО отслежены у 30 пациентов, после открытого остеосинтеза пластиной с угловой стабильностью - у 16 пациентов. Оценка результатов лечения проводилась с использованием шкалы SF-36.

**Результаты исследований.** Анализ результатов лечения больных с переломами дистального отдела лучевой кости показал, что продолжительность хи-

рургического вмешательства, вне зависимости от вида остеосинтеза, была в среднем  $180 \pm 15$  минут. Во всех случаях открытого остеосинтеза пластинами с угловой стабильностью была достигнута точная репозиция костных фрагментов с восстановлением конгруэнтности суставных поверхностей лучезапястного сустава. Непосредственно после операции, для профилактики развития послеоперационного артрита конечность на 3 - 4 дня фиксировалась в положении максимальной тыльной флексии кисти гипсовой лонгетой. Надежная фиксация лучевой кости пластиной с угловой стабильностью позволяла начать ЛФК и восстановительное лечение уже на 5-е сутки после операции. при этом вторичного смещения костных фрагментов не наблюдалось.

В случаях применения закрытого ЧКО по Илизарову при лечении переломов дистального отдела лучевой кости не всегда удавалось достигнуть точной репозиции костных фрагментов. Активная разработка движений в лучезапястном суставе становилась возможной только через 3-4 недели после снятия дистального кольца аппарата Илизарова.

К моменту изучения отдаленных результатов (6 месяцев после операции) нами отмечено, что амплитуда движений в лучезапястном суставе после открытого остеосинтеза перелома пластиной с угловой стабильностью была полностью восстановлена, в 2 случаях присутствовал невыраженный болевой синдром (проявление послеоперационного артрита), который после проведения физиолечения был полностью купирован.

У пациентов, пролеченных закрыто методом ЧКО, к 6-ти и 12 месяцам после операции имелась контрактура лучезапястного сустава: амплитуда движений оставалась сниженной на 30-50% по сравнению с нормой. Кроме того, в 7-ми случаях присутствовал выраженный болевой синдром, и отмечались рентгенологические признаки артрита лучезапястного сустава.

**Выводы.** Таким образом, одним из эффективных методов лечения пациентов с переломами дистального отдела лучевой кости типа В и С считаем открытый остеосинтез пластинами с угловой стабильностью, позволяющий достигнуть точной репозиции и надежной фиксации костных фрагментов, восстановить конгруэнтность суставных поверхностей и начать раннюю разработку движений в лучезапястном суставе. Применение дополнительной фиксации конечности гипсовой лонгетой в положении максимальной тыльной флексии кисти в ближайшем послеоперационном периоде улучшает условия для заживления мягких тканей в области операционного разреза, снижает риск развития послеоперационного артрита и позволяет повысить функциональную результативность метода.