

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

*Антониади Ю.В., Черницын Д.Н., Мокеров С.В.,
Галютдинов А.Ф., Мукменов М.М., Жиряков Д.Л.,
Бердюгин К.А., Зверев Ф.Н.*
ЦГКБ №24, г. Екатеринбург

Перелом дистального отдела лучевой кости является одним из наиболее часто встречающихся патологических состояний в травматологии. По данным ряда авторов повреждения данной локализации составляют от 19 до 33% от числа всех повреждений костей скелета и 40- 45% от числа переломов костей верхней конечности. Более 90% переломов этой локализации связано с исключительно умеренной травмой: почти всегда это падение с высоты роста или меньше. Эти данные подтверждаются сезонной моделью переломов Коллеса, которая демонстрирует увеличение частоты в зимнее время (Тромп А.М., Ooms М.Е., Popp-Snijders С. et al., 2000). В этот период времени у людей усиливаются имеющиеся функциональные нарушения, снижается сила мышц, увеличивается риск падений. Кроме того, на состоянии костной ткани отражается уменьшение абсорбции кальция и синтеза витамина D3 зимой (Bess Dawson - Hughes, 2000). Проблема консервативного лечения заключается в том, что при относительной легкости репозиции перелома в последующем сохраняется риск вторичного смещения отломков в гипсовой повязке, составляющий от 16,5 до 88,3% (Дзахов С.Д., Дзагоев С.С. 1993), стойких нарушений функции лучезапястного сустава, развитие посттравматических невритов и атрофии Зудека (Симаков В.И., 1990). В свою очередь, многообразие методик оперативного лечения не дает четкого представления об их эффективности и дифференцированных показаний к их применению.

Целью исследования стало определение эффективности применения различных вариантов лечения переломов дистального отдела лучевой кости.

Материал и методы. В травматологическом отделении №1 ЦГКБ №24 в период с 2005 по 2007 гг. пролечено 95 больных с 96 переломами дистального эпиметафиза лучевой кости, из них женщин - 62, мужчин - 33. Консервативное лечение получили 41 пациент, оперативное – 54 больных. Средний возраст пациентов составлял 46 лет. Всем пациентам в приемном покое проводилась попытка закрытой ручной репозиции с фиксацией гипсовой повязкой. На контрольных рентгенограммах в передне-задней и боковой проекциях оценивались угловые соотношения суставной поверхности – наклон 15° кпереди и до 5° кзади, наличие укорочения лучевой кости (не должно превышать 3-5 мм при восстановленной суставной поверхности). В случаях наличия патологических изменений – пациенту рекомендовалась повторная репозиция, либо оперативное вмешательство. Методом оперативного вмешательства в нашей клинике является внеочаговый чрескостный дистракционный остеосинтез спицевыми аппаратами внешней фиксации по методике Илизарова. Данная методика обеспечивает достаточное качество репозиции, прочность фиксации, но требует дисциплинированности пациента. Аппарат внешней фиксации монтировался из четырех опор, из которых дистальная демонтировалась в срок 3-4 недели после операции. Консолидация переломов наступала в срок от 4 до 14 недель, что обусловлено различными причинами - характером перелома, сроком консервативного лечения до операции, возрастом, полом, наличием остеопороза у пациента. Результаты прослежены у 46 больных, приходивших на повторный прием в отделение. Оценка проводилась как по рентгенографическим данным, так и по универсальной шкале SF-36. Результаты распределились следующим образом: отличные – у 14 пациентов, хорошие – у 26, удовлетворительные – у 6, неудовлетворительных результатов не было.

Заключение. Методика чрескостного остеосинтеза аппаратом Илизарова является эффективным методом оперативного лечения переломов дистального отдела лучевой кости и позволяет добиться нормализации взаимоотношений в поврежден-

ном лучезапястном суставе, восстановить длину и ось лучевой кости, обеспечить качественную фиксацию на весь восстановительный период до формирования смещения.

КОНЦЕПЦИЯ ЭТАПНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОНСТРУКЦИЙ АППАРАТА Г.А. ИЛИЗАРОВА

Жуков П.В.

Уральская государственная медицинская академия,
ЦГКБ №24, г. Екатеринбург

Лечение переломов костей предплечья, а больных с политравмой принято считать операциями второй очереди, в результате помощь ограничивается внешней иммобилизацией и хирургической обработкой раны при открытых повреждениях. В свою очередь, особенности оскольчатых переломов трубчатых костей, и в частности открытых переломов ставят под сомнение целесообразность использования в раннем посттравматическом периоде (период стабилизации) оперативные хирургические вмешательства, усугубляющие кризис регионального кровообращения (открытые манипуляции с отломками, интрамедуллярный и различные виды накостного остеосинтеза).

Ранее использование чрескостного остеосинтеза подтверждает, что единый технологический процесс можно разделить на отдельные этапы. Реализация данного качества проявляется в потенциальной возможности разделения технологии чрескостного остеосинтеза по:

- *целям в данный момент лечения* (противошоковые мероприятия, хирургическое восстановление анатомии поврежденных тканей, оптимизация процесса сращения перелома и восстановления тканей, восстановление функции поврежденной конечности);

- *задачам решаемым в данный момент лечения* (устранение смещения и фиксация отломков, хирургическая обработка тканей, репозиция их фиксация, индивидуальная компоновка аппарата, переход к альтернативным способам остеосинтеза)