

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО ЭПИМЕТАФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

*Антоиади Ю.В.¹, Волокитина Е.А.¹ Гилев М.В.¹
Чернищын Д.Н.² Цыбулько И.А.²*

Уральский государственный медицинский университет¹,
Центральная городская клиническая больница № 24² г. Екатеринбург

Актуальность. В настоящее время при лечении больных с переломами дистального эпиметафиза лучевой кости в нашей стране широко используется консервативное лечение. Однако исходом закрытой репозиции перелома с фиксацией в гипсовой повязке в 5 - 17% случаев является вторичное смещение костных фрагментов с нарушением конгруэнтности суставных поверхностей (М. McQueen, 2009). По данным литературы в тех случаях, когда целостность суставной поверхности дистального отдела лучевой кости остается не восстановленной, частота развития посттравматического остеоартроза лучезапястного сустава достигает 91% (М. Knirk, 2002). Точная репозиция костных фрагментов с восстановлением конгруэнтности в лучезапястном суставе при переломах типа В и С (Универсальная классификация переломов, М. Мюллер, 1995 г.) возможна только при открытой репозиции.

Целью работы является разработка оптимальной хирургической тактики лечения сложных переломов дистального эпиметафиза лучевой кости, позволяющей восстановить конгруэнтность суставных поверхностей лучезапястного сустава.

Материал и методы. Изучены результаты хирургического лечения 111 больных в возрасте от 19 до 78 лет, поступивших в травматологическое отделение №1 ЦГКБ №24 (г. Екатеринбург) с 2010 по 2014 годы по поводу перелома дистального эпиметафиза лучевой кости. Средний возраст больных составил 52,3±2 года. Показанием для хирургической коррекции являлись переломы В (76 пациентов – 68,3%) и С (35 пациентов – 31,7%) типов (М. Мюллер, 1996). В клинике применялись три хирургические методики: первая – открытая, с применением накостного остеосинтеза пластинами LCP (75), вторая - закрытая, с применением чрескостного остеосинтеза аппаратом Илизарова (36), в случаях застарелых внутрисуставных повреждений использовалась третья методика – комбинированная (дистракционный остеосинтез аппаратом Илизарова в сокращенном объеме и открытый остеосинтез пластинами LCP (41 пациент из 76 прооперированных

открытым методом). При выполнении открытого остеосинтеза у 36 больных со свежими и застарелыми переломами импрессионный дефект был восполнен аутокостью из гребня подвздошной кости (44,7%) или синтетическим биокомпозитом (b-трикальций фосфатом) (38,1%) или углеродным наноструктурным имплантатом (17,2%). Результаты лечения изучали на контрольных осмотрах в 3, 6 и 12 месяцев после операции. Отдаленные результаты в сроке 12 месяцев после операции изучены у всех прооперированных больных. Оценка результатов лечения проводилась с использованием шкалы SF-36.

Результаты исследований. Анализ результатов лечения больных с переломами дистального эпиметафиза лучевой кости показал, что во всех случаях открытого на костного остеосинтеза пластинами LCP была достигнута точная репозиция костных фрагментов с восстановлением конгруэнтности суставной поверхности дистального отдела лучевой кости. После операции кисть фиксировали на 6 суток в передней гипсовой лонгете в положении умеренной тыльной флексии для профилактики образования разгибательной контрактуры. Ригидная фиксация лучевой кости пластиной LCP позволяла начать лечебную физкультуру уже на шестые сутки после операции, при этом вторичного смещения костных фрагментов не было отмечено. Результаты хирургического лечения в 12 месяцев после операции при использовании методов открытой репозиции и на костной фиксации представлены следующим образом: отлично – 28 (37,8%), хорошо – 20 (26,9%), удовлетворительно 22 (29,8%), неудовлетворительно – 5 (5,5%). Амплитуда движений в лучезапястном суставе была полностью восстановлена, в 2 (2,6%) случаях присутствовал невыраженный болевой синдром, который после проведения физиолечения был купирован.

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 дистальной опоры с кисти. Результаты лечения больных методом ЧКО по Илизарову в 12 месяцев после операции представлены следующим образом: отлично – 8 (22,5%), хорошо – 5 (13,4%), удовлетворительно 14 (41,1%), неудовлетворительно 9 (23,0%). К 12 месяцам после операции у 6 (16,6%) больных 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 артроза лучезапястного сустава.

В случаях застарелых повреждений выполнение первого этапа лечения (закрытый дистракционный остеосинтез) позволяло восстановить ось конечности, достигнуть удовлетворительной репозиции суставной поверхности лучевой кости, устранить грубые угловые и ротационные смещения. Вторым этапом осуществляли открытую коррекцию перелома, репозицию суставной поверхности, восполнение импрессионного дефекта аутокостью или биокомпозитом, остеосинтез пластиной LCP. Во всех случаях применения комбинированной методики, не смотря на сложный характер повреждения, в отдаленном периоде наблюдения получены положительные результаты: отлично - 14 (35,2%), хорошо - 11 (26,8%), удовлетворительно - 16 (39,0%).

Выводы. Наиболее эффективным методом 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. При лечении больных с оскольчатыми внутрисуставными переломами дистального эпиметафиза лучевой кости давностью свыше 3 недель наиболее оптимальным является применение комбинированной методики - дистракция и репозиция в аппарате Илизарова с последующим выполнением открытого остеосинтеза пластиной с угловой стабильностью. Для получения хороших функциональных результатов необходим динамический контроль за восстановлением движений в лучезапястном суставе и единая тактика ведения больных, основанная на взаимодействии врачей травмунктов, хирургических стационаров и реабилитационных отделений.