

4) организация амбулаторной реабилитации в поликлинических отделениях ЛПУ в крупных городах области.

Оптимизация организационной системы обеспечит повышение качества оказания медицинской помощи больным с патологией кисти и уменьшение сроков временной нетрудоспособности.

ПРИМЕНЕНИЕ ДИСТРАКЦИОННОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ЭПИМЕТАФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Обухов И.А.¹, Лукин С.Ю.², Столбиков С.А.², Морозов И.Б.³, Субботин А.И.²
Уральский государственный медицинский университет¹,
Городская больница (травматологическая) №36²,
Центральная городская клиническая больница № 24³ г. Екатеринбург

Актуальность. Неправильное сращение лучевой кости является одним из наиболее частых осложнений (от 23,6% до 90%) этих видов переломов. Неправильное сращение лучевой кости приводит к существенному ухудшению качества жизни пациентов, сопровождается развитием стойких тяжелых контрактур кистевого сустава и суставов предплечья, посттравматического артроза, неврологических расстройств, повреждений сухожилий. Используемые в настоящее время технологии оперативного лечения позволяют восстановить анатомию лучевой кости, между тем функциональные результаты лечения заставляют желать лучшего.

Целью работы. Улучшение результатов лечения больных с неправильным сращением дистального эпиметафиза лучевой кости в сочетании с вывихом головки локтевой кости (ВГЛК), контрактурами кистевого сустава (КС) и суставов предплечья (СП).

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование 42 больных с неправильносрастающимися и сросшимися переломами дистального эпиметафиза лучевой кости (ДЭМЛК), находившихся на лечении в отделении хирургии центра косметологии и пластической хирургии, отделения хирургии кисти (ортопедии) ЦГКБ № 24 и отделения ортопедии ГКБ № 36 г. Екатеринбурга в период с 2008 по 2014 гг. Мужчин было 6, женщин 36. Пациенты были в возрасте от 23 до 78 лет. В анамнезе - переломы ДЭМЛК по классификации АО: В2, В3, С1, С2, С3. Больные поступали на лечение из различных больниц города и Свердловской об-

ласти в сроки от 1 месяца до 3, 5 лет после травмы: в сроки от 1 месяца до 3 месяцев - 11, от 3 до 6 месяцев - 19, свыше 6 месяцев - 12. Большинство больных лечилось консервативным методом: проводилась закрытая репозиция и иммобилизация гипсовой повязкой в течение 4-6 недель. У большинства больных вторичное смещение наступало в сроки до 10-14 дней после травмы. Между тем, пациенты продолжали лечиться в гипсовых повязках. У 6 больных из 42 в лечебных учреждениях по месту жительства на предшествующих этапах лечения проводились оперативные вмешательства (остеосинтез пластинами, спицами или аппаратом Илизарова).

При поступлении больных для оперативного лечения выявлено: у всех 42 больных отмечалось существенное ухудшение качества жизни, обусловленное слабостью кистевых захватов, болезненностью при выполнении захватов кисти и осевой нагрузки на предплечье. В 13 случаях отмечалась стойкая клиника посттравматической нейропатии локтевого нерва или нейропатии срединного нерва. Посттравматические деформации ДЭМЛК сопровождались: в 100% случаев контрактурой в КС и в 14 (33,3%) ограничением супинационно-пронационных движений в СП. Ограничение сгибательно-разгибательных движений в КС составляло в среднем 63 градуса (39,4% от нормы), в СП - до 72 градуса (47,2% от нормы). В 12 случаях у пациентов отмечалась выраженная клиника КРБС (комплексного регионального болевого синдрома).

На контрольных рентгенограммах в отдаленные сроки после травмы определялись: сращение лучевой кости с укорочением более чем на 3 мм, нарушение оси суставной поверхности лучевой кости со смещением костей запястья (коллапс запястья), импичмент-синдром, подвывих или ВГЛК, в 20 (47,1%) случаях имел место остеопороз дистальных отделов костей предплечья и кисти. У всех 12 больных в сроки более 6 месяцев после травмы отмечены явления деформирующего остеоартроза разной степени выраженности.

Использовались клинический, рентгенологический и статистический методы исследования.

Всем 42 пациентам проводилось оперативное лечение с использованием дистракционного метода. Выбор технологии лечения зависел от состояния сращения ЛК, величины смещения отломков и остеопороза, превалирования различных видов ограничения движений в КС и СП. При неправильно срастающихся переломах ЛК проводился закрытый ДО по типу лигаментотаксиса в сочетании с дистракцией дистальных

отломков спицами, консолюно закрепленными на дистальном кольце аппарата. Проводилось постепенное устранение деформации посредством distraction дистального отломка по 1 мм в сутки с последующим закреплением этих спиц в проксимальной секции аппарата по достижению удовлетворительного положения отломков ДЭМЛК. Данная технология использовалась и при неправильно срастающихся переломах в условиях остеопороза костей предплечья. Для устранения контрактуры КС проводилась distraction мягких тканей сустава по 1 мм в сутки в сторону преобладающего ограничения движений. Сроки фиксации в аппарате составляли 6-7 недель. После снятия АВФ проводилась пассивная и активная разработка движений.

При неправильно сросшихся переломах после остеотомии на вершине деформации постепенно проводилась репозиция костных отломков в аппарате с формированием distractionного регенерата и стабилизацией достигнутого положения. Наличие КРБС не являлось противопоказанием к выполнению остеотомии и distractionного остеосинтеза. Вторым этапом, не дожидаясь минерализации distractionного регенерата лучевой кости, осуществлялась distraction мягких тканей на уровне КС, а при супинационно-пронационных контрактурах СП - постепенная деротация лучевой кости относительно локтевой. Срок лечения в аппарате составлял 7-9 недель.

Ближайшие и отдаленные результаты (через 6 месяцев и более после операции) изучены у всех 42 больных по системе DASH.

Во всех случаях достигнуто сращение лучевой кости в правильном положении и восстановление амплитуды движений в КС и СП.

В 30 случаях получен хороший результат, в 12 - удовлетворительный. Плохих результатов не выявлено.

Заключение. В лечении больных с неправильно срастающимися переломами и неправильными сращениями ДЭМЛК в сочетании с ВГЛК, стойкими контрактурами КС и СП следует шире применять distractionные технологии, сочетающие возможности одновременного восстановления анатомии лучевой кости и движений в кистевом суставе и суставах предплечья. Восстановление длины и оси лучевой кости обеспечивает устранение ВГЛК и способствует устранению контрактур КС.

Изменение тенденций – надо оперировать и при неправильных сращениях, так как идет неизбежно ухудшение качества жизни, боли, ограничение движений в кистевом суставе, ограничение осевой нагрузки.