

**Ковзель В.А., Трубина Н.В. Помогаева Е.В.**  
**ПЕРЕЛОМ ДИСТАЛЬНОГО ЭПИМЕТАФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ**  
**(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

Кафедра травматологии и ортопедии  
Уральский государственный медицинский университет,  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Kovzel V. A., Trubina N. V. Pomogaeva E. V.**  
**A FRACTURE OF THE DISTAL EPIMETAPHYSIS OF THE RADIAL**  
**BONE (CLINICAL CASE)**

Department of traumatology and orthopedics  
Ural state medical university,  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: nataday97@gmail.com

**Аннотация.** В данной статье представлен клинический случай перелома дистального эпиметафиза лучевой кости.

**Annotation.** This article presents a clinical case of a fracture of the distal epimetaphysis of the radius.

**Ключевые слова:** перелом дистального эпиметафиза лучевой кости, перелом лучевой кости в типичном месте.

**Key words:** fracture of the distal epimetaphysis of the radius, fracture of the radius in a typical place.

**Введение**

В современном мире увеличилось количество переломов костей предплечья - 41% от всех переломов костей скелета. При этом на долю переломов дистального эпиметафиза лучевой кости приходится от 60 до 90% случаев [1]. Данный тип травмы имеет высокую медико-социальную значимость, так как большинство пациентов составляют лица трудоспособного возраста.

Исход травмы зависит от характера перелома, так при оскольчатых повреждениях в 38% происходит неправильное сращение. Ошибки в выборе метода лечения приводят к снижению качества жизни пациентов, продолжительной нетрудоспособности, и даже к инвалидизации. На данный момент процент инвалидизации составляет 3,5%, он объясняется тяжелым характером травм предплечья, а также сложным анатомическим строением кисти и ее уникальными практическими функциями [2].

Причиной переломов является падение на руку, спортивная травма, дорожно-транспортная травма. Метафизарные переломы также встречаются у пациентов старших возрастных групп, из-за остеопороза, который приводит к утончению кортекса лучевой кости. Частота переломов у женщин возрастает с

40-летнего возраста. У пожилых лиц переломы дистального эпиметафиза лучевой кости могут возникнуть в результате гипоэнергических травм, например, падение с высоты своего роста, причем наиболее распространенным механизмом травмы является падение на вытянутую руку с кистью в положении тыльного сгибания образуются переломы типа Коллеса. Менее распространенным является перелом типа Смита, при котором падение происходит на кисть в положении ладонной флексии, вследствие чего дистальный отломок смещается кпереди [3,4].

Существует несколько классификаций переломов дистального отдела лучевой кости по морфологии и механогенезу, но во врачебной практике используется классификация переломов ДОЛК по АО/ASIF, которая выделяет:

Внесуставные переломы (тип А),

Частичные внутрисуставные переломы (тип В)

Полные внутрисуставные переломы (тип С).

Каждый тип затем разделяется на три группы, отражающие сложность морфологии перелома, выбор тактики лечения и прогноза благоприятного исхода [5].

**Цель исследования** – демонстрация клинического случая перелома дистального эпиметафиза лучевой кости.

#### **Материалы и методы исследования**

Изучены и проанализированы данные амбулаторной карты, а также данные рентгеновских снимков пациентки Г, 66 лет за период наблюдения с 2 по 23 февраля 2019 гв Центральной городской клинической больнице №24. Изучена и проанализирована научная литература, описывающая механизм травмы, клинику, status localis, методы диагностики и лечения переломов дистального эпиметафиза лучевой кости.

Представлен клинический случай перелома эпиметафиза лучевой кости справа у пациентки Г, 66 лет за период наблюдения с 2 по 23 февраля 2019 г. Из анамнеза жизни: наследственность не отягощена, хронические заболевания: гипертоническая болезнь 3 степени, до этого травм и ранений не получала, операции и гемотрансфузии отрицает. Аллергический анамнез без особенностей, привычных интоксикаций не имеет. Беременностей - 2, родов - 2.

Анамнез заболевания: считает себя больной с 1 февраля, когда поскользнулась на льду и упала на вытянутую правую руку, в этот момент появилась резкая, острая, нестерпимая боль в правом лучезапястном суставе и нижней трети предплечья, к вечеру пациентка заметила отек и гиперемию в области сустава. Лечилась самостоятельно: использовала мазь Диклофенак. Утром 2 февраля отметила увеличение отека и покраснения; наличие тупой, ноющей боли в области правого лучезапястного сустава, усиление боли при движении кисти. Пациентка обратилась за помощью в травмпункт ЦГКБ №24.

Жалобы при поступлении: на тупую боль в области правого лучезапястного сустава, умеренной интенсивности, которая усиливается при движении, и затруднение движений в области сустава.

Statuslocalis: область правого лучезапястного сустава гиперемирована, отечна, при пальпации болезненна. Активные и пассивные движения кисти ограничены. Неврологической симптоматики не выявлено.

Инструментальная диагностика: 2.03.19 выполнена рентгенография правого предплечья и кисти (рис.1). Снимок сделан в стандартной переднезадней и боковой проекции.



Рис. 1. Рентгенограмма от 2.03.19. Перелом луча в типичном месте (тип Коллеса).

Заключение: закрытый внутрисуставной перелом правого луча в типичном месте со смещением.

Клинический диагноз: закрытый внутрисуставной перелом правого дистального эпиметафиза лучевой кости.

Лечение: Пациентке была проведена закрытая репозиция и остеосинтез спицами (рис. 2)Ход операции: под ЭОП-контролем хирург провел закрытую ручную репозицию. Затем закрытый остеосинтез спицами, начиная заведение с шиловидного отростка, количество вставленных спиц - 6. Также произведена трансфиксация лучевой кости к локтевой тремя спицами. После выполнена иммобилизация ладонной гипсовой лонгетой в положении легкой тыльной флексиикисти, на срок фиксации до 4 недель.



Рис. 2. Рентгенограмма после операции (закрытый остеосинтез спицами).

**Выводы:**

1. Закрытый внутрисуставной перелом дистального эпиметафиза лучевой кости – частая, прогностически благоприятная травма лишь в том случае, если репозиция проведена корректно.

2. Ведущими технологиями в диагностике данного повреждения являются лучевые методы (рентгенография), а также сбор анамнеза уточнением механизма травмы.

3. Методом выбора в лечении подобных повреждений служит закрытая ручная репозиция с последующим закрытым остеосинтезом спицами и лечебной иммобилизацией сроком фиксации до 4 недель.

#### **Список литературы:**

1. Ангарская Е.Г. Особенности переломов лучевой кости в типичном месте / Е.Г. Ангарская, Б.Э. Мункожаргалов, Ю.Н. Благовещенский // Сиб. мед. журн. (Иркутск). – 2008. – №3 – С. 33-35.

2. Анкин Н.Л. Травматология Европейские стандарты диагностики и лечения / Н.Л. Анкин, Л.Н. Анкин – Киев: Книга-плюс, 2012. – 464 с.

3. Атманский И.А. Диагностика и лечение переломов дистального эпиметафиза лучевой кости: учебное пособие для врачей травматологов-ортопедов / И.А. Атманский, С.М. Кутепов, Е.А. Волокитина, М.В. Гилев – Екатеринбург, 2015. – 23 с.

4. Canale S. T. Campbell's operative orthopaedics / S.T.Canale, J.H.Beaty – Philadelphia: Elsevier, 2017. – 4776p.

5. Malhorta R. Mastering orthopaedic techniques intra-articular fractures, 1st edition / R.Malhorta. – London: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2013 – 2090 p.

УДК 61:001.89

**Костенко К.Г., Голубков Н.А., Перетолчина Т.Ф., Чернядьев С.А.,  
Кузьмин В.В.**

### **ОЦЕНКА РИСКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АБДОМИНОПЛАСТИКЕ**

Кафедра профилактической, семейной и эстетической медицины  
с курсом пластической хирургии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Kostenko K.G., Golubkov N.N., Peretolchina T.F., Chernyadyev S.A.,  
Kuzmin V.V.**

### **ASSESSMENT THE RISK OF VENOUS THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS DURING ABDOMINOPLASTY**

Department of preventive, family and aesthetic medicine  
with a course of plastic surgery  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation