

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Переломы дистального метаэпифиза лучевой кости встречается наиболее часто среди всех переломов костей предплечья. В 90% случаев причиной перелома является падение на вытянутую руку. Типичные сопутствующие повреждения: перелом шиловидного отростка локтевой кости, перелом ладьевидной и вывих полулунной костей, разрывы лучезапястных и лучелоктевых связок.

В большинстве случаев наблюдается разгибательный тип этого перелома, или перелом Коллеса, при котором отломки образуют угол, открытый в тыльную сторону. Реже встречается сгибательный перелом лучевой кости в типичном месте или перелом Смита, обратный перелому Коллеса. При переломе лучевой кости в типичном месте, как правило, возникает ее укорочение с выстоянием вперед головки локтевой кости и подвывихом в дистальном лучелоктевом суставе. Этот подвывих является главной причиной неудовлетворительных функциональных результатов. Для полной и безболезненной функции предплечья, в первую очередь ее пронации-супинации, особое значение имеет реконструкция суставных поверхностей дистального лучелоктевого сустава и анатомичное восстановление соотношений в лучезапястном.

Оперативное лечение показано при нестабильных переломах, имеющих тенденцию к вторичному смещению отломков, а также при наличии смещения суставной поверхности. Существует ряд методов оперативного лечения данного типа переломов. Так, отломки могут фиксироваться спицами, проведенными чрескожно, применяют остеосинтез компрессионно-дистракционными аппаратами или внутренний на костный остеосинтез.

С учетом многообразия имеющихся методов оперативного лечения актуальным является подбор фиксаторов, которые позволят начать раннюю реабилитацию, обеспечат надежную фиксацию и сократят срок лечения. Кроме этого, важным представляется выбор оперативного доступа, который обеспечит возможность проведения анатомичного восстановления целостности кости с минимальным повреждением мягкотканых структур. Такой конструкцией может быть на костная Т-образная анатомичная пластина с угловой стабильностью винтов для дистального метаэпифиза лучевой кости, установка которой осуществляется из ладонного доступа.

Нами изучены ближайшие результаты остеосинтеза у 18 больных с нестабильными переломами дистального метаэпифиза лучевой кости. В первой

группе у 10 больных проводили внеочаговый остеосинтез компрессионно-дистракционными аппаратами. Во второй группе у 8 пациентов при таких же переломах был выполнен внутренний остеосинтез на костными Т-образными пластинами с угловой стабильностью винтов для дистального метаэпифиза лучевой кости, установка которых осуществлялась из ладонного доступа. В послеоперационном периоде проводили локальную компрессионную гипотермию оперированного сегмента и иммобилизацию в первые 3 суток после операции брейсом с последующим комплексом физиофункционального лечения.

Результаты и обсуждение. Пациенты первой группы были выписаны из стационара через 5-8 дней после операции. На момент выписки и до демонтажа аппарата внешней фиксации движения в кистевом суставе были не возможны. Проводили только ЛФК пальцев кисти. После демонтажа аппарата дефицит объема движений по сравнению со здоровым кистевым суставом составлял в среднем около 50%. Потери репозиции в послеоперационном периоде не наблюдалось. Восстановление полного объема движений наблюдалось в сроки от 1 до 2,5 месяцев после демонтажа аппарата. У 2 пациентов отмечено стойкое ограничение движений в кистевом суставе (около 30%) при удовлетворительной рентгенологической картине.

Все пациенты второй группы были выписаны из стационара в среднем через 3-5 дней после операции. Дефицит объема движений при выписке составлял в среднем 30-40%, через 1 месяц – не более 15%. Полное восстановление объема движений отмечали в сроки до 1,5 месяцев после операции. Стойкого ограничения объема движений у пациентов второй группы отмечено не было, трудоспособность восстановилась полностью. Потери репозиции в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Заключение. Оценка результатов оперативного лечения больных с переломами дистального метаэпифиза лучевой кости, путем внутреннего остеосинтеза на костными Т-образными анатомичными пластинами с угловой стабильностью винтов ладонным доступом показала высокую эффективность применения данного метода, который обеспечивает анатомичную репозицию и стабильную фиксацию поврежденных структур, что позволяет проводить раннее восстановительное лечение, исключает возможность потери репозиции и существенно сокращает сроки нетрудоспособности.