

ID: 2014-05-25-T-3849

Тезис

Трошкин А.Ю.

Особенности реабилитации больных и осложнения перелома дистального метаэпифиза лучевой кости*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра травматологии и ортопедии**Научный руководитель: д.м.н., доцент Левченко К.К.*

Около 80% осевой нагрузки передается через суставную поверхность лучевой кости на предплечье (Frank J., Marzi I., 2004). Это обуславливает частые переломы в метаэпифизарной зоне, составляющие до 90% повреждений костей предплечья (Измалков С.Н., Семенкин О.М., 2005).

Несмотря на многообразие способов лечения этого вида переломов, число неудовлетворительных результатов лечения составляет от 17 до 53% всех случаев (Ortner F., Krammer G., 2002). Их причинами являются вторичное смещение отломков эпифизарной зоны лучевой кости в процессе консервативного лечения (Афаунов А.И. и соавт., 2001), длительная иммобилизация лучезапястного сустава, приводящая к формированию контрактур (Cooney W.P. et al., 1980), а также порочные биомеханические соотношения в кистевом суставе.

После выполнения остеосинтеза кистевой сустав фиксируют лонгетой в функциональном положении, что позволяет провести активную и пассивную лечебную гимнастику. (Измалков С.Н., Семенкин О.М., 2005).

Среди всех лечебных мероприятий особое значение имеет активная лечебная гимнастика. Механотерапия направлена на восстановление навыков, используемых больным в повседневной жизни и трудовой деятельности. В качестве дегидратирующего и противовоспалительного средства назначают магнитотерапию на область операционной раны (5–7 сеансов по 10 мин). Для обезболивающего и рассасывающего эффекта используют фонофорез гидрокортизона. (Измалков С.Н., Семенкин О.М., 2005)

Наиболее частые осложнения - деформирующий артроз, синдром Зудека, туннельный синдром и разрыв сухожилий (Измалков С.Н., Семенкин О.М., 2005). Деформирующий артроз возникает вследствие неправильно сросшегося внутрисуставного перелома («ступенька» более 2 мм) (Knirk and Jupiter, 1986). Гематома в области перелома, костные отломки и отек мягких тканей способствуют развитию посттравматического туннельного синдрома запястного канала, а также синдрома сдавления на предплечье в области сгибателей (Иванов А.В., Истомин М.В., 2004). Многократная, травматично выполняемая закрытая репозиция, гипсовая повязка, сдавливающая конечность, а также избыточная дистракция в аппарате внешней фиксации являются причинами развития синдрома Зудека, проявляющегося спонтанными болями в кисти, нарушением кровообращения и терморегуляции (Кузнецова Н.Л., 2004). Разрывы сухожилий (1-2%) происходят в результате травмы и нарушения скользящего аппарата сухожилий, приводящему к сужению сухожильного канала (K. Guelmi, G. Candelier, 2005).

Повреждение нервов может возникнуть при проведении спиц Киршнера через шиловидный отросток. Встречается миграция спиц, раздражение мягких тканей. Реже - миграция винтов. Очень редко развивается инфекция мягких тканей в области операционной раны и альгодистрофия (K. Guelmi, G. Candelier, 2005).

Ключевые слова: повреждение лучевой кости, осложнения, реабилитация