

ID: 2014-05-25-T-3848

Тезис

Трошкин А.Ю.

Повреждение дистального метаэпифиза лучевой кости и особенности его лечения

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра травматологии и ортопедии

Научный руководитель: д.м.н., доцент Левченко К.К.

Повреждения дистального метаэпифиза лучевой кости составляют 25% среди переломов длинных трубчатых и 66-90% повреждений костей предплечья, из числа которых 52% составляют внутрисуставные, а также оскольчатые переломы. Большую часть пострадавших составляют лица трудоспособного возраста (72%) (Измалков С.Н., Семенкин О.М., 2005). Всё перечисленное свидетельствует об актуальности вопроса эффективного лечения переломов данной локализации.

Выделяют 3 основных механизма рассматриваемой травмы: переразгибание (перелом типа Коллес), сгибание (перелом типа Смит), осевая компрессия (Т-образные, крестообразные переломы). Другие параметры также оказывают влияние на тип перелома: это энергия травмы и механическое качество кости (K. Guelmi, G. Candelier, 2005).

В диагностике учитывают укорочение лучевой кости, угловое смещение запястья и кисти к тылу и в лучевую сторону. В результате перелома страдает функция не только лучезапястного, но и дистального лучелоктевого сустава, а также сила кисти (Измалков С.Н., Семенкин О.М., 2005).

В качестве современной классификации, ориентированной на выбор способа лечения в зависимости от вида перелома применяют Универсальную классификацию переломов (УКП) АО ASIF. При выборе способа лечения переломов дистального метаэпифиза лучевой кости необходимо определить, является повреждение стабильным или нестабильным (D. Fernandez, J. Jupiter, 1996). Консервативному лечению подлежат стабильные переломы, при которых отломки поддаются не прямой репозиции и удержанию в гипсовой лонгете. Хирургический метод выбирают при нестабильных переломах. Производят закрытую репозицию отломков и стабилизацию их спицами Киршнера или аппаратом внешней фиксации (Измалков С.Н., Семенкин О.М., 2005), а также открытую репозицию с накостным остеосинтезом пластинами (Hochwald N. et al., 1997; Walz M. et al., 2004).

Применение аппарата внешней фиксации позволяет уменьшить потерю длины и ладонного наклона лучевой кости после репозиции, однако возникновение функциональных расстройств и осложнений отмечают в 4 раза больше (Karkkainen J. et al., 2003).

В зависимости от вида перелома и смещения отломков, при открытой репозиции с накостным остеосинтезом пластинами применяют один из двух доступов к дистальному отделу лучевой кости: ладонный и тыльный. Остеосинтез пластиной с ладонной стороны – наиболее часто используемый способ лечения больных с переломами лучевой кости в типичном месте. (Измалков С.Н., Семенкин О.М., 2005).

При некоторых видах нестабильных переломов каждый в отдельности доступ не в состоянии обеспечить анатомически точную репозицию и стабильность отломков на противоположной стороне. Для лечения таких сложных переломов выполняют одновременную фиксацию костных фрагментов тыльной и ладонной пластинами (Ring D. et al, 2004).

Ключевые слова: дистальный метаэпифиз лучевой кости, лечение