

УДК 616.717.71

Г.Г. Балагурова, Д.Б. Кихтенко, С.Д. Забанов, С.Н. Редков, В.Н. Алексеев, О.В. Дивух

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ И ДРУГИХ КОСТЕЙ ЗАПЯСТЬЯ  
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТРАВМПУНКТА № 1 МУЗ ГКБ № 3

МУЗ ГКБ № 3 (Иркутск)

*Анализ неубоветворительных результатов доказал, что результаты лечения переломов костей запястья на амбулаторном этапе прямо пропорционально зависят от сроков обращения пострадавших за медицинской помощью. Больные обращались в сроки от двух недель до месяца после травмы без адекватной иммобилизации. У этой категории больных консервативное лечение было неэффективным, и они направлялись на оперативное лечение. Хорошие результаты дают основание считать консервативный способ лечения переломов костей запястья основным методом при ранних сроках обращения и правильной диагностике, тактике ведения больных. Применение гипсовой повязки является доступным и неинвазивным методом лечения на амбулаторно-поликлиническом звене.*

**Ключевые слова:** перелом, кости запястья, гипсовая повязка

THE TREATMENT OF FRACTURES OF NAVICULAR AND OTHER BONES OF A WRIST  
BY THE RESULTS OF TRAUMA SERVICE N 1 OF STATE CLINICAL HOSPITAL N 3

G.G. Balagurova, D.B. Kihntenko, S.D. Zabanov, S.N. Redkov, V.N. Alekseev, O.V. Divuh

State Clinical Hospital N 3, Irkutsk

*The analysis of unsatisfactory results proved, that the results of treatment of carpal bones fractures on an outpatient basis are in direct proportion to the period of patient's calling for medical help. These periods were from two till four weeks since the injury without adequate immobilization. The treatment of this category was ineffective and they were recommended the surgical treatment. Good results let us consider the conservative way of treatment of carpal bones fractures to be the main method of treatment if early calling for medical help, right diagnostics and way of treatment. Use of plaster bandage is available and noninvasive method of treatment on the out-patient and polyclinic stage.*

**Key words:** fracture, carpal bones, plaster bandage

В структуре частоты переломов костей запястья переломы ладьевидной кости занимают первое место 61 – 88 % [1, 3 – 6, 10 – 12, 14 – 16]. По отношению ко всем костям скелета на долю переломов ладьевидной кости запястья приходится 0,5 – 3,9 % [4, 5, 7 – 9, 11, 13]. По классификации переломов ладьевидной кости при свежих переломах: 1 место – дистальный перелом – 26,2 %; 2 место – проксимальный перелом – 17,5 %, 3 место – перелом бугорка – 7,5 %. При несвежих переломах 1 место – проксимальный перелом – 37 %, 2 место – дистальный перелом – 7,0 % (19).

При этом в 22 – 50 % случаев развивается асептический некроз проксимального сегмента кости и образование ложных суставов [18, 20 – 22]. Анализ литературных данных показывает рост переломов ладьевидной кости запястья [4; 19; 5; 16]. Сохраняется высокий процент поздней диагностики, и как следствие, доля застарелых переломов составляет 60 – 70 % [13]. По мнению некоторых авторов трудности в лечении переломов ладьевидной кости, кроме поздней диагностики, заключа-

ются в недостаточно эффективном консервативном лечении с неблагоприятными исходами в 3 – 50 %, в противовес им выступают большинство авторов, утверждающих, что при ранней диагностике, непрерывной жесткой гипсовой иммобилизации сращение свежих переломов наступает в 94 – 98 % [2]. Последствия этих переломов: значительное нарушение функции кистевого сустава, инвалидизация, необходимость в медицинской, социальной и трудовой реабилитации больных.

Нами проведен ретроспективный анализ больных за 2004 – 2006 гг., обратившихся и находившихся на амбулаторном лечении в травмпункте № 1 г. Иркутск.

С травмами костей запястья обратилось 134 человека, из них 95 мужчин (70,9 %) и 39 женщин (29,1 %). По возрастным группам: до 20 лет – 15 (11,2 %); от 20 – 29 лет – 47 (35,0 %); от 30 – 39 лет – 29 (21,6 %); от 40 – 49 лет – 27 (20,1 %); от 50 – 59 лет – 9 (6,7 %); от 60 и старше – 6 (4,5 %). Из них правая конечность – 75 (55,9 %), левая конеч-

ность 57 (42,5 %), двухсторонний перелом — 2 (1,5 %). Механизм травмы заключался в падении на кисть с тыльным переразгибанием 125 (91 %); прямой механизм (удар по кисти) — 6 (4,5 %); сдавление кисти — 3 (2,2 %).

Переломы ладьевидной кости запястья составили 83 случая (62 %), полулунной кости — 9 (6,7 %), крючковидной кости — 11 (8,2 %), трехгранной — 7 (5,2 %), кости трапеции — 3 (2,2 %), трапециевидной кости — 3 (2,2 %), гороховидной — 1 (0,7 %) случай. На долю вывихов костей кисти приходится 12,8 %. Переломы ладьевидной кости без смещения костных отломков составили 58 (70 %) и со смещением костных отломков 25 (30 %). По уровню перелома: краевые переломы — 22 (26,5 %), переломы дистального отдела — 16 (19,2 %), проксимального отдела — 27 (32,5 %), при прохождении линии перелома через тело ладьевидной кости — 18 (21,7 %) случаев. Изолированные переломы костей запястья обнаружены у 86 (64,1 %) пострадавших, а у 40 (29,8 %) больных обнаружены в сочетании с переломами других костей и травмами. При анализе перелом ладьевидной кости и перелом шиловидного отростка локтевой кости составили 5 случаев (3,7 %); с переломом шиловидного отростка лучевой кости — 3 (2,2 %); лучевой кости в классическом месте — 6 (4,4 %); один случай через ладьевидно-перилунарный вывих и перелом шиловидного отростка локтевой кости; один случай с отрывом кортикальной пластинки крючковидной кости, перелом головки 5-ой пястной кости со смещением костных отломков; один случай — открытый перелом нижней трети лучевой кости со смещением костных отломков, отрывом шиловидного отростка локтевой кости, перелом крючковидной кости, перелом 3-ей и 4-ой пястных костей со смещением костных отломков, рвано-ушибленная рана кисти; перелом ладьевидной кости в сочетании с ЗЧМТ. С сотрясением головного мозга два случая; в 17 случаях (12,7 %) оскольчатые переломы ладьевидной кости.

По нашим данным в день травмы обратилось 50 человек (37,3 %), на следующий день 49 человек (36,6 %), через два дня 25 человек (18,6 %), в более поздние сроки 10 человек (7,5 %). Клинически было отмечено, что в первые дни обращения после травмы у больных преобладал болевой синдром в запястье, связанный с сопутствующим повреждением мягких тканей кисти, с явлениями гемартроза и реактивным воспалением в лучезапястном суставе. При повреждении дистального отдела ладьевидной кости запястья болевой синдром был более интенсивным в зоне «анатомической табакерки». При повреждении проксимального отдела ладьевидной кости болевой синдром имел более разлитой характер. Отек тыла кисти и сглаженность контуров запястья наблюдались в большинстве случаев со свежими переломами. Нарушение функции кисти в виде ограничения движений в лучезапястном суставе и снижение силы кисти поврежденной конечности так же определялись в большинстве случаев.

При изучении литературных данных при переломах ладьевидной кости запястья авторами

рекомендуется обращать внимание на классические симптомы. Проанализировав, мы решили уместным напомнить себе и другим травматологам эти симптомы, клинически более точно подтверждающие диагноз. **Симптом Гирша**: кисть больного в положении локтевого сгибания, врач производит давление большим пальцем на анатомическую табакерку; **симптом Гирша — Финстера**: больному предлагают сомкнуть пострадавшую кисть в кулак и при легком поколачивании врачом по головкам 1-ой и 2-ой пястных костей вызывается боль в области ладьевидной кости; **симптом Шнека-1**: при фиксированном предплечье больного производят пассивные про- и супинационные движения кисти, при этом возникает боль в области ладьевидной кости; **симптом Шнека-2**: при фиксированном предплечье больного одной рукой врача, другой рукой препятствуют активному сгибанию кисти при этом контурируются под кожей сухожилие длинной ладонной мышцы, а сухожилие лучевого сгибателя запястья не визуализируется.

В более поздние сроки обращения клинические симптомы были менее выражены. Основными симптомами были болезненность в проекции перелома и нарушение функции кисти.

Основное лечение больных проводилось консервативно: классическая ладонная гипсовая повязка, адекватное назначение ЛФК (по периодам), физиолечение (УВЧ, электрофорез с КИ, лазероманнитная терапия). При симптомах лимфovenозной недостаточности назначались препараты капилляротоники (троксевазин, детралекс и др.). Эффективность лечения не у всех больных удалось проследить. Часть пациентов — 22 (16,4 %) — не явились на повторный прием по неизвестным нам причинам. При этом основная категория небросовестных больных — это работники ЧП и неработающие. Больные других районов — 20 (14,9 %) — после оказания первичной помощи были направлены на лечение по месту жительства.

Расхождение первичного рентген-диагностического заключения врачей и рентгенологического описания составил 14 случаев (10,4 %). При наличии клиники, но отсутствии рентгенологического подтверждения всегда использовалась жесткая иммобилизация. Обязательно назначалось повторное рентгенологическое обследование больного через 10 — 14 дней. При сохранении клиники, но отсутствии рентгенологического подтверждения иммобилизация продолжалась. Из 14 случаев у 10 был подтвержден перелом ладьевидной кости контрольными рентгенограммами, в 4 случаях установлен диагноз гемартроз лучезапястного сустава.

Средний срок нетрудоспособности у больных с переломами костей запястья от 42 до 47 дней. Оценка результатов лечения производилась по трехбальной системе. Хорошим результатом лечения считалось полное восстановление функции кисти с отсутствием болевого симптома и подтверждением сращения перелома рентгенологически, удовлетворительные результаты — при сохране-

Оценка результатов лечения

Метод лечения	Хороший	Удовлетворительный	Плохой
Консервативный	117	11	6
	87,3 %	8,2 %	4,5 %

нии непостоянных болей и малом ограничении функции кисти, плохой результат — все случаи несросшихся переломов, ложных суставов и асептических некрозов (табл. 1).

Результаты лечения переломов костей запястья на амбулаторном этапе прямо пропорционально зависят от сроков обращения пострадавших за медицинской помощью. Анализ неудовлетворительных результатов доказал это. Больные обращались в сроки от двух недель до месяца после травмы без адекватной иммобилизации. У этой категории больных консервативное лечение было неэффективным, и они направлялись на оперативное лечение. Хорошие результаты дают основание считать консервативный способ лечения переломов костей запястья основным методом при ранних сроках обращения и правильной диагностике, тактике ведения больных. Применение гипсовой повязки является доступным и неинвазивным методом лечения на амбулаторно-поликлиническом звене.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Апанасенко Б.Г. Актуальные вопросы ранней диагностики, профилактики и лечения несросшихся переломов и ложных суставов ладьевидной кости запястья / Б.Г. Апанасенко, Н.В. Шарварок // Ортопед, травм. — 1973. — № 6. — С. 78—80.
2. Ашкенази А.И. Хирургия кистевого сустава / А.И. Ашкенази. — М.: Медицина, 1990. — 352 с.
3. Башуров З.К. Лечение свежих переломов костей запястья / З.К. Башуров // Повреждение и деформации кисти. — М., 1963. — С. 85—88.
4. Богоявленский И.Ф. Переломы костей запястья / И.Ф. Богоявленский. — Л.: Медицина, 1972.
5. Вакарчук И.Г. Хирургические методы лечения несросшихся переломов и ложных суставов ладьевидной кости кисти / И.Г. Вакарчук, И.М. Марин, Ф.М. Горня // Материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященные 25-летию кафедры травматологии и вертебрологии Харьковской медицинской академии последипломного образования. — 2005. — Режим доступа: [www.Mosmedclinic.ru](http://www.Mosmedclinic.ru)
6. Гориневская В.В. Повреждения кисти и их лечение / В.В. Гориневская. — М.: Медгиз, 1948. — 250 с.
7. Гришин И.Г. Метод лечения асептических некрозов полулунной кости, несросшихся переломов и ложных суставов ладьевидной кости запястья / И.Г. Гришин, М.Г. Диваков // Ортопед, травм. — 1982. — № 10. — С. 37—41.
8. Евдокимов В.М. Оценка надежности основных типов гипсовой иммобилизации, применяемых при повреждениях ладьевидной кости кисти /

В.М. Евдокимов, И.И. Лосев, Я.В. Сизоненко // Вестник СамГУ. — 2006. — № 2. — С. 131—145.

9. Ерецкая М.Ф. Ранняя диагностика, профилактика и лечение несросшихся переломов и ложных суставов ладьевидной кости запястья / М.Ф. Ерецкая, Н.В. Корнилов, В.Ф. Бок // Теоретические и клинические аспекты лечения переломов костей. — Л., 1974. — С. 68—73.

10. Заков С.Б. Переломы ладьевидной кости запястья / С.Б. Заков // Сборник трудов посвященных 40-летию юбилею проф. Н.Е. Штерна. — Саратов, 1941. — С. 158—220.

11. Коваленко В.П. Оперативное лечение несросшихся переломов ладьевидной кости / В.П. Коваленко // Ортопед, травм. — 1971. — № 4. — С. 32—33.

12. Корнилов Н.В. Травматологическая и ортопедическая помощь в поликлинике / Н.В. Корнилов, Э.Г. Грязнухин. — СПб.: Гиппократ, 1994. — 320 с.

13. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия / Н.В. Корнилов, Э.Г. Грязнухин. — СПб.: Гиппократ, 2005. — Ч. 2. — 896 с.

14. Коршунов В.Ф. Тактика лечения несросшихся переломов и ложных суставов ладьевидной кости / В.Ф. Коршунов, Д.А. Магдиев // Вестник РГМУ. — 2005. — № 7. — С. 17—20.

15. Кош Р. Хирургия кисти Будапешт / Р. Кош. — Будапешт: Из-во АН Венгрии, 1966. — 502 с.

16. Лебедев В.Ф. Разработка способов реваскуляризации трубчатых костей конечностей при ишемических некрозах травматического генеза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Иркутск, 2004. — 24 с.

17. Магдиев Д.А. Дистракционный остеосинтез при лечении повреждений костей запястья: автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1997. — 38 с.

18. Магдиев Д.А. Лечение несросшихся переломов и ложных суставов ладьевидной кости кисти / Д.А. Магдиев. — 2007. — Режим доступа: [www.Likar.org.ua](http://www.Likar.org.ua)

19. Маслаков Е.А. Переломы ладьевидной кости запястья: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Минск, 1972. — 17 с.

20. Меллер Т.Б. Карманный атлас рентгенологической анатомии / Т.Б. Меллер, Э. Райф. — М.: БИНОМ. — 2006. — 371 с.

21. Патология кисти: диагностика, лечение и реабилитация: сб. науч. трудов / отв. ред. Н.В. Корнилов. — Л., 1994. — 98 с.

22. Фоменных А.А. Хирургическая тактика при повреждениях и заболеваниях суставов кисти: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1998. — 16 с.