

А.Г. Игнатьев, А.В. Тютюнников, М.Э. Гегер, А.А. Агеев

## НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Омская государственная медицинская академия (Омск)

В лечении 16 пациентов с переломами головки лучевой кости разработан и применен новый метод накостного остеосинтеза. Получены хорошие отдаленные результаты во всех случаях.

**Ключевые слова:** лучевая кость, перелом, остеосинтез

## NEW TREATMENT METHOD OF RADIUS CAPUT FRACTURES

A.G. Ignatjev, A.V. Tutunnikov, M.E. Geger, A.A. Ageyev

State Medical Academy, Omsk

The authors applied a new method of osteosynthesis in treatment of 16 patients with fractures of radius caput. In all cases good results were achieved.

**Key words:** radius caput, fracture, osteosynthesis

В настоящее время в травматологической практике нередко встречаются раздробленные, многооскольчатые внутрисуставные переломы головки лучевой кости, которые приводят к ограничению сгибания, разгибания, вращения предплечья и утрате трудоспособности на длительный период времени. Несомненно, данная проблема требует разработки оптимальных способов ее решения, направленных на максимально полное восстановление функции конечности и скорейшую социальную реабилитацию пациента.

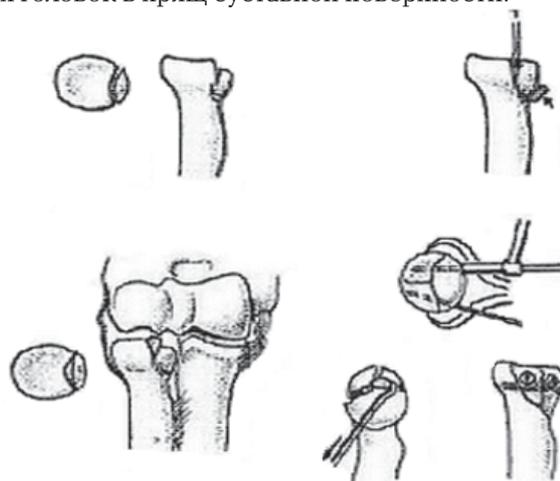
В настоящее время существует несколько вариантов решения данной проблемы.

Известен способ, предложенный А.В. Капраном [1]. В этом случае удаляют головку лучевой кости, а образовавшийся дефект заполняют локтевой мышцей, отделяемой от проксимального участка локтевой кости. Данная методика приводит к неудовлетворительным отдаленным анатомо-функциональным результатам. Итог относительного укорочения лучевой кости — подвывих головки локтевой кости и лучевая косорукоость. Пациенты предъявляют жалобы на боли и слабость кисти и предплечья. Лечение данного состояния оказывается весьма непростым.

Представляется обоснованным решение проблемы путем максимально полного и раннего восстановления анатомии и функции сустава.

Представляет интерес способ остеосинтеза головки лучевой кости, предложенный группой швейцарских ученых АО [2]. В своей работе авторы предлагают через классический дорсолатеральный доступ обнажать место перелома и осуществлять репозицию костных отломков специальными узкими щипцами, используя ourselves в хирургии кисти, или тонкими спицами Киршнера. При наличии вдавленных областей предлагается их репонировать, а возникшие дефекты заполнять губчатой костью из расположенного рядом надмыщел-

ка (рис. 1). Стабилизация достигается шурупом 1,5 мм или 2,0 мм, которые вводят в различных плоскостях и на разных уровнях, с погружением их головок в хрящ суставной поверхности.



**Рис. 1.** Схема оперативного вмешательства: заполнение дефекта губчатой тканью.

Однако, как показывает лечебная практика, данный метод хорош для крупнооскольчатых переломов, однако довольно часто мы сталкивались с многооскольчатыми переломами. В этих случаях оперировать методом, описанным выше, не представлялось возможным, поскольку фиксация одними лишь винтами нестабильна ввиду мелкооскольчатого характера перелома.

Головка лучевой кости является важнейшим элементом локтевого сустава и, в известной степени, определяет его функционирование. Данный сустав является очень важным для верхней конечности, поскольку, благодаря в том числе и ему, человек адаптирован к ручному труду. Мы считаем, что для сохранения функции локтевого сустава необходимо стремиться к максимально возможному восстанов-

лению ее анатомии. Это создает оптимальные условия для восстановления качества жизни пациента. Поэтому поиск способов разрешения проблемы остеосинтеза головки лучевой кости представляется весьма актуальным. Решение ее возможно посредством применения конструкций, обеспечивающих стабильную фиксацию, в том числе и мелких отрепонированных отломков головки лучевой кости, что позволит применять раннюю ЛФК и максимально быстро восстановить качества жизни пациента.

В нашей клинике был разработан и предложен метод остеосинтеза оскольчатых переломов головки лучевой кости, который предполагает использование наkostных минификсаторов, применяемых в лечении переломов костей кисти (подана заявка на патент).

За основу метода нами был принят способ остеосинтеза, предложенный группой АО (Швейцария) [2]. Доступ к месту перелома осуществляем Z-образным разрезом на разгибательной поверхности предплечья непосредственно над головкой, ориентируя разрез с учетом хода глубокой ветви лучевого нерва. Операция выполняется под гемостатическим жгутом. После вскрытия плечелучевого сустава мягкие ткани аккуратно отделяются от поврежденной головки, обращая особое внимание на проходящую рядом глубокую ветвь лучевого нерва. При выделении отломков по возможности сохраняем их питание и стараемся осуществлять репозицию непосредственно в ране, без отсечения питающих тканей, что, по нашим наблюдениям, существенно влияет на сроки консолидации и отдаленные результаты.

Временную фиксацию репонированных костных фрагментов головки, как и группа АО, мы выполняем тонкими спицами Киршнера, что предотвращает раскол мелких отломков. Возникающие анатомические дефекты мы по возможности заполняем губчатой костью из расположенного рядом надмыщелка или локтевого отростка.

Для стабилизации отрепонированной головки и фиксации ее к лучевой кости используются наkostные минификсаторы с шурупами, применяемые для остеосинтеза мелких костей. При этом, как правило, для достижения удовлетворительной стабилизации перелома достаточно двух, реже трех пластинок. После стабилизации перелома тщательно ушивается суставная капсула, мягкие ткани и кожа. Операционная рана дренируется резиновыми (перчаточными) полосками. После операции обязательна гипсовая иммобилизация, ограничивающая движение в локтевом суставе, сроком на 2 недели (до снятия швов).

Разработка локтевого сустава проводится после снятия гипсовой лонгеты, с постепенным увеличением объема движения (нагрузка и сроки разработки движений подбираются строго индивидуально в зависимости от состояния отломков).

Предлагаемый способ применен в лечении 16 больных травматологического отделения Омской областной специализированной травматолого-ортопедической больницы. Получены отличные и хо-

рошие отдаленные результаты, что позволяет рекомендовать его как метод выбора при данном типе переломов.

Однако следует отметить, что при мелкооскольчатых переломах возникают определенные трудности в репозиции и стабилизации отломков, заключающиеся, главным образом, в невозможности фиксации отломков к пластинам винтами (риск раскола очень велик) и нам приходится комбинировать с другими способами (использование скоб из NiTi). Это, в свою очередь, приводит к созданию довольно громоздких конструкций, ограничивающих движения в локтевом суставе до момента их извлечения. Поэтому мы считаем необходимым и проводим разработку новых конструкций, позволяющих исключить указанный недостаток данного метода.

Для наглядности приводим клинический пример.

**Клинический пример.** Пациентка Б., 1978 г.р. Поступила в отделение травматологии ООСТОБ 17.08.05 г. Травма в быту — повредила левое предплечье при падении на улице. После комплексного клинического обследования установлен диагноз: закрытый оскольчатый перелом головки левой лучевой кости с подвывихом лучевой кости (рис. 2).



Рис. 2. Рентгенограмма больной Б. при поступлении.

05.08.2005 была выполнена операция: открытая репозиция, остеосинтез левой лучевой кости пластинами (предложенный нами способ). Выполнен контрольный снимок (рис. 3), гипсовая иммобилизация.



Рис. 3. Рентгенограмма больной Б. Выполнена открытая репозиция, остеосинтез левой лучевой кости пластинами.



**Рис. 4.** Рентгенограмма больной Б. при контрольном осмотре.

*Послеоперационный период протекал без осложнений. На 2-й день после операции пациентке рекомендована разработка лучезапястного сустава. Швы сняты на 12 день, гипсовая лонгета через 3 недели после операции. После снятия гипсовой иммобилизации – разработка локтевого сустава, оперированной конечности с дозированной нагрузкой. Пациентка выписана 30.08.05 с хорошими результатами.*

*Повторная госпитализация в наше отделение 07.04.06 г. – для извлечения металлоконструкций. На момент поступления у пациентки движение в локтевом суставе (сгибание–разгибание, пронация–супинация) восстановлены в полном объеме. 11.04.06 г. операция: извлечение металлоконструкций (рис. 4).*

*Послеоперационный период без осложнений. Швы сняты на 10 день после операции. Выписана в удовлетворительном состоянии.*

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Закрытые травматические повреждения костей и суставов / А.Ф. Каплан и др. – М.: Медицина, 1982. – 568 с.
2. Руководство по внутреннему остеосинтезу / М.Е. Мюллер, М. Альговер, Р. Шнайдер и др.: Методика, рекоменд. группой АО (Швейцария) / Пер. с нем. А.В. Королев. – 3-е изд., расшир. и перераб. – М.: AdMarginem, 1996. – 750 с.