

ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ДИСТАЛЬНОГО ЛУЧЕЛОКТЕВОГО СОЧЛЕНЕНИЯ

В.Ю. Никитин, М.П. Ломая

*ФГУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена Росздрава»,
директор – д.м.н. профессор Р.М. Тихилов
Санкт-Петербург*

Прочное место в комплексе способов лечения неправильно сросшихся переломов дистального метаэпифиза лучевой кости, сопровождающихся вывихом головки локтевой заняла резекция ее головки. Преклонный возраст пациентов, наличие у них обширной сопутствующей патологии, с одной стороны, и не очень большие функциональные запросы, с другой, склоняют чашу весов в сторону паллиативных операций.

Идея резекции головки локтевой кости как способ, позволяющего гарантированно, в короткий срок и с минимальной затратой усилий добиться положительного эффекта, родилась давно. Подробно эта операция описана W. Darrach в 1912 г. [8], она и сейчас широко известна под его именем. Однако имеются сведения о том, что Моог сообщал о ней в 1880 г., а DeSault – в 1798 г.

Резекция головки производится поднадкостнично на уровне шейки локтевой кости. Оставшиеся после удаления головки локтевой кости структуры (коллатеральная связка, остатки капсулы дистального лучелоктевого сустава с тыльной и ладонной лучелоктевыми связками, треугольный фиброзно-хрящевой комплекс с шиловидным отростком локтевой кости, который сохраняется как точка фиксации последнего) ушиваются в виде тяжа. Заложенная идея совершенно правильна и направлена на стабилизацию проксимального конца локтевой кости после её резекции. Предлагались и другие технические решения [7, 10].

В то же время уже давно известно о нежелательных побочных явлениях, которые со временем развиваются после операции. Речь идёт о развитии импиджмент-синдрома между лучевой костью и проксимальным концом локтевой, дислокации костей запястья, возникновении подвывихов и деформирующего артроза между ними [12]. В настоящее время эту проблему принято рассматривать с позиций нестабильности кистевого сустава, что совершенно справедливо [3]. Но невозможно представить «вилку» кистевого сустава и, соответственно, его стабильность, без головки локтевой кости. Минимизация ущерба, наносимого стабильности кистевого сустава, – это одна из актуальных задач, которые приходится решать при резекции головки локтевой кости.

Обычно пациент предъявляет жалобы на болевой синдром, ограничение объёма движений, особенно ротационных, снижение силы кистевого схвата, косметический дефект. В объективной клинической картине особое место занимают симптомы нестабильности кистевого сустава и дистального лучелоктевого сочленения. Среди последних особое значение имеют симптомы «клавиши», «пресс-тест», Ватсона и Ригана [3, 13, 14]. Рентгенологически определяется вывих головки локтевой кости того или иного типа, могут присутствовать признаки деформирующего артроза дистального лучелоктевого сочленения. Следует отметить частое несоответствие рентгенологической и клинической картин [12].

Показаниями к операции являются определённые жалобы и клинические признаки нестабильности дистального лучелоктевого сочленения. Из объективных методов обследования хочется особо подчеркнуть динамометрию. Несостоятельность дистального лучелоктевого сочленения приводит к резкому снижению показателей динамометрии – до 10% от контралатеральной конечности.

При наличии значительного тыльного или ладонного смещения головки локтевой кости резекция на уровне сигмовидной вырезки не приводит к восстановлению ротационных движений. Поэтому иногда завышается уровень резекции локтевой кости. Именно среди подобных пациентов в отдалённые сроки и отмечаются случаи выраженного лучелоктевого импиджмента, дислокации запястья. Можно предположить, что при высоком уровне резекции локтевой кости стабилизация её становится невозможной.

Как известно, вращение лучевой кости вместе с кистью происходит вокруг неподвижной локтевой. При этом ее головка находится в сигмовидной вырезке лучевой кости, представляя дистальную часть оси вращения. Восстановление ротационных движений достигается за счёт воссоздания оси вращения предплечья, а не за счёт её укорочения. Локтевая кость (и её культя) должна находиться в сигмовидной вырезке лучевой на уровне сустава или чуть проксимальнее. Первый вариант является, по сути, артропластикой дистального лучелоктевого

сочленения [7]. Второй вариант приближается к исходной операции Darrach (по высоте резекции).

Восстановление правильных соотношений между костями предплечья возможно, но требует дополнительной стабилизации. Остатки надкостницы, капсулы дистального лучелоктевого сустава, коллатеральной связки, ушитые в виде тяжа, являются недостаточным стабилизатором.

Нами предлагается способ стабилизации локтевой кости после её резекции, который может быть использован в различных вариантах. Данная методика легко выполнима, существенно не усложняет операцию [4, 5].

Из разреза на тыльной поверхности предплечья в проекции головки локтевой кости выделяется сухожилие локтевого разгибателя кисти. Выполняется его продольный разрез в дистальном направлении до точки прикрепления и в проксимальном – на 10 – 12 см (возможен дополнительный разрез в средней трети предплечья). Продольный отщеп сухожилия с дистальной точкой фиксации выводится в рану (рис. 1).

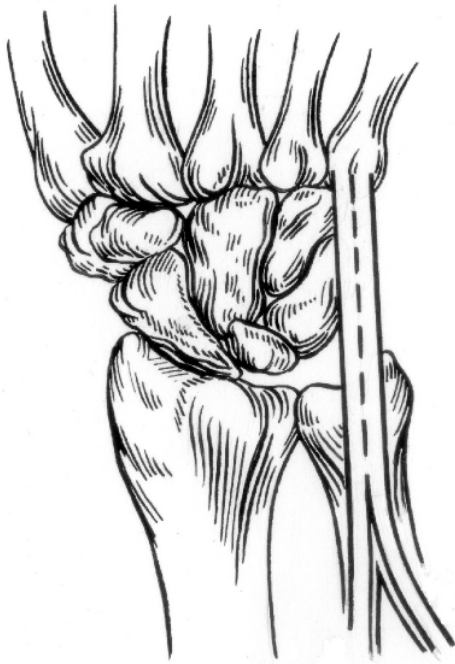


Рис. 1. Продольный отщеп сухожилия локтевого разгибателя кисти.

Далее, в зависимости от выполняемой операции, возможны следующие варианты использования трансплантата.

При открытом вправлении вывиха головки локтевой кости и пластике связочного аппарата дистального лучелоктевого сочленения в головке локтевой кости тонким сверлом выполняется Г-образный канал продольно по оси локтевой кости и

поперечно с выходом в подголовчатой зоне в межкостный промежуток. При выполнении артродеза дистального лучелоктевого сочленения резецируются суставные поверхности последнего и сегмент локтевой кости. Ауто сухожильный трансплантат – отщеп с дистальной точкой фиксации – при помощи изогнутой иглы и нити проводится в Г-образный канал. После выхода в сторону межкостного промежутка свободный конец огибает локтевую кость с ладонной поверхности и возвращается на тыльную при ладонном вывихе, и через тыльную поверхность на ладонную – при тыльном вывихе. Далее небольшой raspator проводится параоссально на уровне поперечной части канала в головке локтевой кости по тыльной поверхности лучевой кости при ладонном вывихе и по ладонной – при тыльном. Свободный конец трансплантата прошивается и проводится параоссально поперёк лучевой кости на противоположную сторону, где с натяжением и при вправленном положении локтевой кости фиксируется «на валике» (рис. 2).

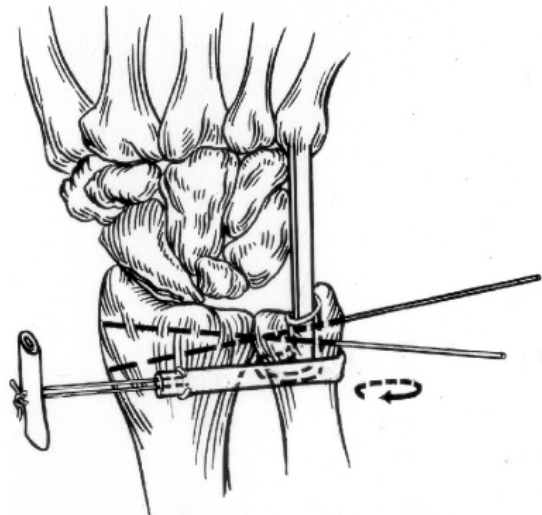


Рис. 2. Восстановление дистального лучелоктевого сочленения.

Дистальное лучелоктевое сочленение фиксируется спицами. В послеоперационном периоде накладывается гипсовая иммобилизация на 3 – 4 недели.

При выполнении операции Darrach (резекции головки локтевой кости на уровне её шейки) аналогичный Г-образный внутрикостный канал выполняется в культе локтевой кости. Трансплантат проводится и фиксируется аналогично предыдущему варианту. За время иммобилизации происходит прочная фиксация сухожильного трансплантата в чрескостном канале и в паракортикальном слое (рис. 3).

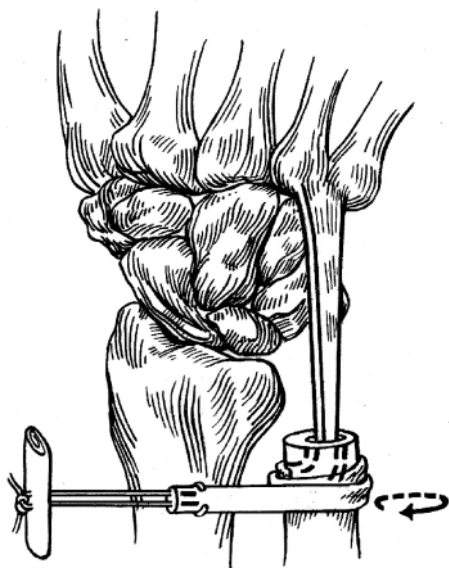


Рис. 3. Стабилизация локтевой кости после её «высокой» резекции.

При выполнении операции Sauve-Karandji выполняются артродез дистального лучелоктевого сочленения и резекция сегмента локтевой кости. Дополнительно создается канал, просверленный продольно в головке локтевой кости и Г-образно – в проксимальном отделе. Трансплантат (отщеп сухожилия локтевого разгибателя) проводится в канал головки локтевой кости, далее в проксимальный отдел с выходом наружу и фиксируется швами «на себя» (рис. 4). Операция заканчивается фиксацией дистального лучелоктевого сочленения 2 спицами и иммобилизацией гипсовой лангетной повязкой до 6 недель.

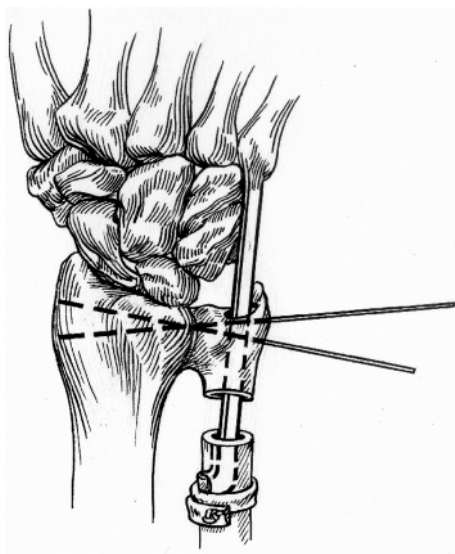


Рис. 4. Операция Sauve-Karandji, дополненная стабилизацией локтевой кости в зоне искусственного ложного сустава.

После формирования артродеза лучелоктевого сустава созданная связка, расположенная по оси локтевой кости, надёжно удерживает ее проксимальный конец от поперечных смещений, не препятствуя ротационным движениям.

На рисунке 5 представлен вариант резекции дистальной (выступающей) части головки локтевой кости по линии кистевого сустава с устранением тыльного или ладонного вывиха и восстановлением положения культи локтевой кости в сигмовидной вырезке. По сути, это – артропластика дистального лучелоктевого сочленения, где проведённый по предложенной технологии трансплантат стабилизирует локтевую кость и, кроме того, является интерпонирующей прокладкой между лучевой и локтевой костями. Этот вариант следует рассматривать как наиболее полноценный.

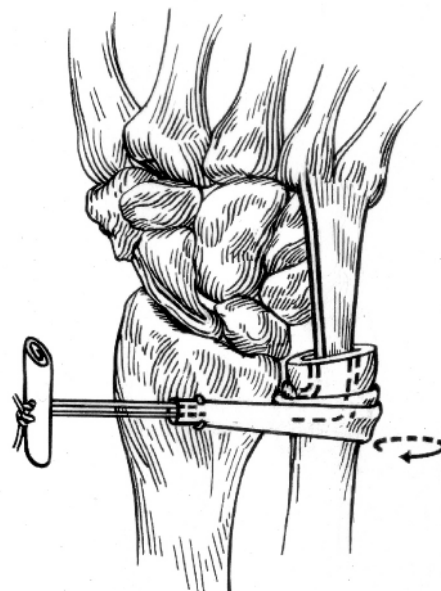


Рис. 5. Резекция головки локтевой кости с восстановлением дистального лучелоктевого сочленения.

Метод использован в 14 случаях: 6 – при пластике связочного аппарата дистального лучелоктевого сочленения, 2 – при резекции головки локтевой кости, 6 – при выполнении операции Sauve-Karandji.

В ближайшие сроки после прекращения иммобилизации было осмотрено 7 больных: 4 – через 2–3 месяца и 3 – в сроки от 1 до 1,5 лет. У всех пациентов достигнуты хорошие и отличные результаты. Во всех случаях достигался объём движений, приближающийся к полному, без болевого синдрома и с силой кистевого схвата около 90% от здоровой конечности. За время наблюдения эффект от выполненных операций сохранялся. Несмотря на статистически малое количество наблюдений и небольшие в большинстве

случаев сроки, предлагаемый способ является перспективным для широкого использования.

Литература

1. Аренберг, А.А. Изолированный вывих головки локтевой кости / А.А. Аренберг, М.Н. Каплан // Ортопедия, травматология. — 1976. — № 12. — С. 47—48.
2. Ашкенази, А.И. Хирургия кистевого сустава / А.И. Ашкенази. — М. : Медицина, 1990.
3. Голубев, И.О. Повреждения и нестабильность кистевого сустава : дис. ... д-ра мед. наук / Голубев И.О. — Иваново, 2006. — 367 с.
4. Пат. 2285478 РФ. Способ лечения застарелого вывиха головки локтевой кости / Никитин В.Ю., Ломая М.П. — № 2004133572/14 ; заявл. 27.11.2004 ; опубл. 20.10.2006, Бюл. № 29.
5. Пат. 2285479 РФ. Способ пластики связок дистального лучелоктевого сочленения при застарелом его повреждении / Никитин В.Ю., Ломая М.П. — № 2004133575/14 ; заявл. 17.11.2004 ; опубл. 20.10.2006, Бюл. № 29.
6. Реут, Н.И. Лечение изолированных повреждений дистального лучелоктевого сочленения / Н.И. Реут, Ф.А. Кадыров // Ортопедия, травматология. — 1971. — № 4. — С. 55—56.
7. Bowers, W.H. Distal radioulnar joint arthroplasty: the hemiresection-interposition technique / W.H. Bowers // J. Hand Surg. — 1985. — Vol. 10-A, N 2. — P. 169—178.
8. Darrach, W. Partial excision of the lower shaft of the ulna for deformity following Colles fracture / W. Darrach // Ann. Surg. — 1913. — Vol. 57, N 4. — P. 482—491.
9. Field, J. Poor results of Darrach's procedure after wrist injuries / J. Field, R.J. Majakowski, L.J. Leslie // J. Bone Joint Surg. — 1993. — Vol. 75-B, N 1. — P. 53—57.
10. Jonson, R.K. Stabilization of distal ulna by transfer of the pronator quadratus origin / R.K. Jonson // Clin. Orthop. — 1992. — N 275. — P. 130—132.
11. Kapandji, I.A. Kapandji-Sauve procedure / I.A. Kapandji // J. Hand Surg. — 1992. — Vol. 17-B, N 2. — P. 125.
12. Lamey, D.M. Results of the modified Sauve-Kapandji procedure in the treatment of chronic posttraumatic derangement of the distal radioulnar joint / D.M. Lamey, D.L. Fernandez // J. Bone Joint Surg. — 1998. — Vol. 80-A, N 12. — P. 1758—1769.
13. Lester, B. «Press test» for diagnosis of TFCC tears of the wrist / B. Lester, J. Halbrecht, I.M. Levy // Ann. Plast. Surg. — 1995. — Vol. 25, N 1. — P. 41—45.
14. Watson, H.K. Matched distal ulna resection for posttraumatic disorders of the distal radioulnar joint / H.K. Watson, G.M. Gabuzda // J. Hand Surg. — 1992. — Vol. 17-A, N 5. — P. 724—730.