

**ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ*****Каракулько Н.А., Рузанов В.И., Чибриков А.Г., Хачатрян А.Г.****ФГУ «СарНИИТО Росмедтехнологий», отдел новых технологий в травматологии, г. Саратов*

Проблема лечения переломов дистального метаэпифиза лучевой кости до настоящего времени весьма актуальна. По данным различных авторов данная патология составляет до 32% от всех видов скелетной травмы. Общепринятой тактики лечения данной патологии не существует. В Саратовском НИИ травматологии и ортопедии обследовано 80 больных с переломами лучевой кости в типичном месте, которым применялись различные виды консервативного и оперативного лечения. Из оперативных методов лечения применялся компрессионно-дистракционный метод аппаратами внешней фиксации, открытая репозиция отломков с фиксацией спицами Киршнера, открытая репозиция отломков с фиксацией наkostной пластиной с угловой стабильностью. Больные обследованы в сроки до двух лет. Лучшие результаты получены в группе больных, которым применялась наkostная пластина с угловой стабильностью.

**Ключевые слова:** лучевая кость, дистальный метаэпифиз, перелом, лечение

Вопросы диагностики и дифференцированного подхода к лечению переломов дистального метаэпифиза лучевой кости до настоящего времени остаются актуальными. Переломы данной локализации занимают ведущие позиции в общей структуре травматизма. По данным различных авторов переломы лучевой кости в типичном месте составляют от 15 до 32% всех видов скелетной травмы и 90% - среди переломов костей предплечья, причем доля внутрисуставных переломов составляет 25,2–47% [1]. Среди пациентов подавляющее большинство составляют женщины (61%), в возрасте старше 45 лет – 81,9% пациентов. При этом высок уровень неудовлетворительных результатов лечения (от 15,5 до 37,9%) и инвалидизации пациентов (до 3,6% всех случаев переломов костей). В 15-18% инвалидность обусловлена несвоевременным и неадекватным лечением [2]. Продолжительность временной нетрудоспособности лиц с переломом дистального отдела лучевой кости в среднем составляет 6-8 недель. За прошедшие два столетия изучения проблемы дистальных переломов костей предплечья разработаны и опубликованы различные классификации данных переломов, общую основу которых составляют: локализация перелома, смещение отломков, целостность суставной поверхности дистального отдела костей предплечья (АО (Miller et al (1990), Melone (1993), Fernandez (1993), MEU Lanlan et al, 2007 и т.д.) [3].

В свою очередь, в настоящее время продолжают изучаться и разрабатываться адекватные методы обследования пациентов, происходит поэтапное внедрение и оптимизация оперативных видов медицинской помощи пациентам с данной нозологией на основе дифференцированного подхода, ввиду неудовлетворенностью результатами «классического» консервативного лечения методом гипсовой иммобилизации (в 20,9–83% случаев диагностируется вторичное смещение отломков, в 14,9% развивается синдром Зудека) [4]. Независимо от вышеуказанного, в России основным методом лечения переломов дистального метаэпифиза лучевой кости остается консервативный, поэтому значительная частота неудовлетворительных функциональных исходов этих переломов диктует необходимость поиска более эффективных способов лечения, обеспечивающих возможность ранней функциональной нагрузки на конечность и активной реабилитации пациентов [5].

Цель работы: выбор наиболее эффективных методов хирургического лечения переломов дистального метаэпифиза лучевой кости.

Материалы и методы: проведен анализ результатов лечения 80 пациентов (54 женщины – 67,5% и 26 мужчин – 32,5%) в возрасте от 32 до 65 лет, находившихся на лечении с переломами дистального





отдела лучевой кости в отделении травматологии и реконструктивной хирургии СарНИИТО с 2004 по 2009 гг. Распределение больных по классификации АО (ASIF) следующее:

Переломы типа А (внесуставные) – 21 пациент (26,2%); переломы типа В (частично внутрисуставные) – 12 пациентов (15%); переломы типа С (внутрисуставные) – 37 пациентов (46,3%); в 10 случаях (12,5%) имели место неправильно сросшиеся переломы с деформацией сегмента. Пациентам проводилось клиническое, рентгенографическое, ультразвуковое исследования. Методы лечения пациентов были дифференцированы в зависимости от локализации перелома и вовлечения суставной поверхности лучевой кости. 21 пациенту с переломами типа А в 26,2% случаев выполнялось консервативное лечение методом одномоментной закрытой ручной репозиции, гипсовой иммобилизации. У 69% пациентов с переломами типа В и С, с неправильно сросшимися переломами выполнялось хирургическое лечение: дистракционный остеосинтез в аппарате внешней фиксации (АВФ) (тип С 66% - 39 пациентов); накостный остеосинтез (тип С 25,4% - 15 пациентов, из которых 10 пациентам (16,9%) выполнялись корригирующие остеотомии; открытая репозиция, диафиксация спицами (тип В 8,6% - 5 пациентов).

Результаты: отдаленные результаты лечения данной группы больных изучены в сроки до двух лет. Сроки лечения консервативным методом в среднем составили от 6 до 10 недель (иммобилизация в репозиционном положении, этапная гипсовая лонгета после выведения конечности из репозиционного положения, восстановительное лечение). Срок реабилитации увеличивался в зависимости от длительности сращения перелома, продолжительности восстановительного лечения и присоединившихся трофических нарушений. В группе больных, пролеченных с помощью метода дистракционного остеосинтеза, сроки реабилитации приравнивались по длительности к консервативным методам, что обусловлено необходимостью длительной репозиции отломков во времени в АВФ, необходимостью дополнительной внешней фиксации конечности после снятия аппарата. Больные, пролеченные с помощью открытой репозиции с последующей фиксацией отломков спицами Киршнера, также требовали последующей гипсовой иммобилизации, что увеличивало срок общей реабилитации, который составлял около 7 недель. Следующая группа больных была пролечена методом открытой репозиции с фиксацией отломков накостной пластиной с угловой стабильностью. Операция производилась под проводниковой анестезией из ладонного разреза. Достигалась полная репозиция отломков, стабильная фиксация с помощью пластин с угловой стабильностью. Особое внимание уделялось восстановлению суставной поверхности лучевой кости. Гипсовой иммобилизации не требовалось, напротив, со второго дня после операции начиналась лечебная физкультура. На 5-7 сутки после операции объем движений в лучезапястном суставе приближался к полному. Общий срок реабилитации составил в целом 3-4 недели.

Выводы: таким образом, хирургический метод лечения пациентов с переломами лучевой кости в типичном месте различных категорий сложности по всем показателям превосходит консервативный. Из хирургических методов особое предпочтение отдается открытой репозиции с фиксацией пластиной с угловой стабильностью, которая дает возможность в максимально сжатые сроки восстановить анатомическую целостность кости, функцию в смежных суставах, не дожидаясь полного сращения перелома, и избежать возможных осложнений (трофические нарушения, контрактуры лучезапястного сустава), вероятность которых увеличивался при увеличении сроков иммобилизации.



---

ЛИТЕРАТУРА

1. Кавалерский Г.М., Гаркави А.В., Волыков П.Г. Оперативное лечение внутрисуставных переломов дистального метаэпифиза лучевой кости с применением пластин с угловой стабильностью – LCP // Медицинская помощь. – 2005. - № 6. – С. 22-27.
2. Копылов А.Ю. Современные аспекты лечения переломов дистального отдела костей предплечья // В помощь практикующему врачу. – С. 108-111.
3. Кошкин А.Б. Дистальные переломы предплечья. История, современность. Будущее // Остеосинтез. - 2008. - № 3 (4). – С. 3-20.
4. Васильев А.Ю., Буковская Ю.В. Магнитно-резонансная томография в диагностике повреждений сухожильно-связочного аппарата лучезапястного сустава и кисти // Медицинская визуализация. – 2005. - № 6. – С. 7-12.
5. Ребров В.Н., Гаврюшенко Н.С., Малыгина М.А. и др. Изучение прочностных характеристик дистального метаэпифиза лучевой кости и систем «кость-фиксатор» // Вестник травматологии и ортопедии им Н.Н.Приорова – 2008. - № 2. – С. 57-60.

#### CHOICE OF THERAPEUTIC APPROACH FOR DISTAL RADIUS FRACTURE

**Karakulko N.A., Ruzanov V.I., Chibrikov A.G., Hachatryan A.G.**

*Department of New Technologies in Traumatology, FGU « SarNIITO Rosmedtechnologies », Saratov, 410002, Chernishevskogo st 148.*

**Abstract.** The problem of treatment of distal radius metaepiphysis fracture is of topical interest at present. According to the data of different authors the given pathology makes up 32 % of all kinds of orthopedic trauma. Generally accepted therapeutic approach to the given pathology does not exist. In Saratov Research and Development Institute of Traumatology and Orthopaedics 80 patients with distal radius fractures gone through various kinds of conservative and surgical treatment were examined. Among all surgical methods of treatment compressive and destructive method by external fixation devices, open reduction of fragments with Kirschner wire fixation, open reduction of fragments with bone plating with angular stability were applied. Patients were examined within the period of two years. The best results are received in the group of patients who went through the bone plating with angular stability.

**Key words:** radius, distal metaepiphysis, fracture, treatment