

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА МЕТОДІВ КОНСЕРВАТИВНОГО ТА ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВНУТРІШНЬО-СУГЛОБОВИХ, НЕСТАБІЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЕПІФІЗУ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ.(23-С)

I.M. Зазірний [1], A.B. Василенко [2]

[1] Центр ортопедії, травматології та спортивної медицини Клінічної лікарні «Феофанія»
[2] Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Київ, Україна.

Переломи дистального відділу променевої кістки є найчастішим видом перелому, які виникають у людей, і складають основну частину роботи ортопедичного і хірургічного відділення в усьому світі. В дослідженнях популяції, захворюваність коливається від 5,7 до 124,6 на 10.000 людина/рік. Проблема вибору тактики лікування переломів променевої кістки в дистальному відділі не втратило своєї гостроти до теперішнього часу. Труднощі лікування внутрішньо-суглобових, нестабільних переломів дистального епіметафіза променевої кістки викликана, як правило, високоенергетичним характером пошкодження, високою частотою пошкодження зв'язкових структур. Основна вимога при лікуванні таких переломів – анатомічна репозиція, відновлення суглобової поверхні, довжини променевої кістки, стабільна фіксація уламків. На сьогодні є доступними велика кількість видів лікування, включаючи закриту репозицію і накладання гіпсової шини, закритий остеосинтез перелому за допомогою спиць Кіршнера, зовнішня фіксація модульним, стержневим апаратом і відкрита репозиція та внутрішня фіксація за допомогою волярної блокуючої пластини.

Метою дослідження є покращення результатів лікування хворих з нестабільними, багатоуламковими, внутрішньо-суглобовими переломами дистального метаепіфізу променевої кістки.

Матеріали та методи. Ми провели аналіз методів лікування у пацієнтів з даною патологією, які лікувалися з 2010р. по 2013р. в травматологічному відділенні КМКЛШМД. Нами було проаналізовані 124 хворих, з них 49 чоловіків і 75 жінок у віці від 21-88 років. За класифікацією АО хворих з переломами типу 23-С було 56. При лікуванні переломів застосовувались такі методи фіксації: закрита репозиція гіпсова іммобілізація (9 випадків), закрита репозиція фіксація перелому спицями Кіршнера (2мм) (10 випадків), апаратом зовнішньої фіксації (5 випадків), відкрита репозиція - фіксація пластинами без кутової (6 випадків) та з кутовою стабільністю (26 випадків). Всі хворі були відстежені на протязі 1,5 року після травми. Для порівняльної оцінки ми вибрали пацієнтів з переломами типу 23-С та оцінили ефективність методів лікування за оціночною системою «Scoring System der AO Arbeitsgruppe distaler Radius», шкалою Green and O'Brien (в модифікації Cooney and Bussey) та шкалою Sarmiento.

Результати та їх обговорювання. При порівнянні віддалених результатів за рентгенологічною системою АО, шкалою Green and O'Brien (в модифікації Cooney and Bussey) та шкалою Sarmiento найбільший відсоток незадовільних результатів спостерігався в групі хворих, методом лікування яких була гіпсова іммобілізація та зовнішня фіксація спицями Кіршнера і склав близько 60-70% (нейродистрофічний синдром, вторинні зміщення, стійкі контрактури, посттравматичний артроз), в порівнянні з фіксацією перелому пластиною з кутовою стабільністю, де відсоток незадовільного лікування, в порівнянні з іншими методами склав лише 9%. Задовільні та добрі результати при використанні апарату зовнішньої фіксації склали близько 55%. У 26 хворих прооперованих пластиною з кутовою стабільністю спостерігалися добрі та дуже добрі результати і склали 91%, вторинні дорсальні зміщення в цій групі скали в середньому 1- 2°, а вторинне вкочення близько 1мм.

Висновок. Проаналізувавши результати дослідження, можна зробити висновок, що використання пластин з кутовою стабільністю дають кращі анатомічні та функціональні результати при лікуванні важких, нестабільних переломів ДЕМПК в порівнянні з іншими методами лікування.

Distal radius fractures are among the most common fractures, incurred by humans and making a main part of orthopaedic and surgical sector work worldwide. In population investigations the injury varies from 5.7 to 124.6 per 10.000 human/year. The problem of treatment method choice concerning the distal radius fractures became no less urgent until present time. Complexity of the treatment of intra-articular, displaced distal metaphysis radius fractures appears as a general rule, due to high-energy nature of injury, high frequency of tendon injuries. The principal requirement in respect of the fractures hereof – anatomic reduction, articular surface restoration, radius length, stable splints fixation. At present a huge number of treatment methods are made available, including closed reduction and plaster splinting, closed fracture osteosynthesis by means of Kirshner wire, external fixation by means of rod-type device, and open reduction and internal fixation by volar locking plate