

МОЖЛИВОСТІ ЗОВНІШНЬОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ У МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ З УЛАМКОВИМИ ВНУТРІШНЬОСУГЛОБОВИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТИПУ С3 ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЕПІФІЗУ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ

В.Г. Климовицький, В.Ю. Черниш, Ф.В. Климовицький
Донецький національний медичний університет Донецьк. Україна

Вступ. Лікування внутрішньосуглобових переломів, зокрема, дистального відділу променевої кістки типу С3 за АО, як відомо, базується на таких принципах, як анатомічна репозиція, рання функція та пізнє осьове навантаження. Метою медичної реабілітації постраждалих є досягнення консолідації перелому у поєднанні з відновленням об'єму рухів у променево-зап'ясному суглобі. Але вибір оптимальної методики, за наявності показань до хірургічного лікування уламкових внутрішньосуглобових переломів цієї локалізації, особливо у літніх постраждалих, певною мірою залишається дискусійним питанням (Schmelzer-Schmied N. et al., 2009). Найбільш розповсюдженою методикою на теперішній час є накістковий остеосинтез волярною пластиною. Але у багатьох публікаціях зазначається, що при його виконанні у випадках уламкових переломів типу С3 можуть спостерігатися складнощі, пов'язані з досягненням анатомічної репозиції, можливістю певної втрати корекції у перші місяці після остеосинтезу (Martinez-Mendez D. et al., 2018). Ці проблеми виникають як через зменшення мінеральної щільності кісткової тканини, так і внаслідок наявності у багатьох випадках внутрішньосуглобових переломів імпресійного компоненту або дрібних, але значущих щодо відновлення функції, кісткових уламків, що утворюють суглобову поверхню (Mignemi M.E. et al., 2013). Останній чинник при переломах С3 є актуальним для усіх вікових груп. Недостатня стабільність фіксації уламків, у свою чергу, обмежує можливості ранніх рухів у суглобі, що здатне відбитися на результатах медичної реабілітації. У таких випадках доцільною є можливість додаткового застосування тракційної репозиції або лігаментотаксису, а також шарнірних пристроїв для розробки рухів у суглобі, для чого у НДІ травматології та ортопедії Донецького національного медичного університету (НДІТО ДНМУ) застосовується методика зовнішнього черезкісткового остеосинтезу (ЧКО) апаратами зовнішньої фіксації (Черныш В.Ю., Лобко А.Я., Евтеев Р.В. та ін., 2012).

Мета. Уточнення показань до застосування ЧКО спице-стрижневими апаратами при уламкових внутрішньосуглобових переломах дистального метаепіфізу променевої кістки та демонстрація його можливостей щодо покращення умов для успішної медичної реабілітації.

Матеріал та методи. Ретроспективне дослідження. Вивчали: відсоток постраждалих з переломами типу С3 серед прооперованих з приводу перелому дистального метаепіфізу променевої кістки; розподіл за статтю та віком, результати лікування на базі наказу МОЗ України №41 1994 р..

Результати. За 7-річний період на базі НДІТО методом ЧКО було прооперовано 79 осіб з 85 переломами зазначеної локалізації. З них 31 (36,5%) втручання виконано з приводу переломів типу С3. Розподіл за статтю та віком показав, що середній вік жінок з переломами типу С3 був $58,2 + 3,4$ роки, що значуще більше ($p < 0,05$), ніж середній вік як жінок з усіма типами переломів ($46,8 + 0,2$ роки), так і чоловіків з аналогічними переломами ($34,9 + 2,5$ років). Це може опосередковано свідчити про те, що у виникненні таких ушкоджень у жінок можуть мати значення зміни, пов'язані з остеопорозом, а для чоловіків більше значення має механічний чинник (так звана високоенергетична травма). Застосування ЧКО при переломах типу С3 дозволяло доповнити репозицію основних уламків тракційною репозицією дрібних фрагментів суглобової поверхні за рахунок лігаментотаксису.

З точки зору хірургічної техніки, ми дотримувалися згаданої вище методики, розробленої в НДІТО ДНМУ, яка передбачала накладання кільцевого модуля спицестрижневого апарата зовнішньої фіксації на передпліччя та модуля на кисті з

проведенням спиці через II-V п'ясткові кістки під кутом до їх вісі для більшої стабільності зв'язку апарата з кісткою. Після відновлення співвідношень у суглобі (мануально та за рахунок репозиційної спиці, проведеної через проксимальний уламок променевої кістки поблизу лінії перелому), між згаданими модулями виконувалася дистракція, за рахунок якої досягалися репозиція уламків та розвантаження суглобових поверхонь. Після 4-тижневої стабільної фіксації в апарат вводили шарнірні пристрої для забезпечення відновлення рухів у променезап'ясоному суглобі. Через 1-2 тижні, орієнтуючись на термін досягнення задовільного об'єму рухів, апарат знімали та рекомендували продовжувати частотну розробку рухів у суглобі до їх повного відновлення.

Вибір ЧКО при інших типах переломів був обумовлений наявністю відкритих переломів (13,9%) та трофічними розладами з боку м'яких тканин, у тому числі, після неодноразових невдалих спроб закритої репозиції з гіпсовою іммобілізацією та внаслідок високоенергетичної травми.

В усіх вивчених випадках було досягнуто консолідацію переломів. З точки зору відновлення функції, згідно до критеріїв Наказу МОЗ України №41 1994 р., отримано лише позитивні результати лікування, незадовільних результатів не було.

Висновки.

1. Застосування ЧКО при переломах дистального метаепіфізу променевої кістки є обґрунтованим при переломах типу С3, відкритих переломах та значних трофічних розладах з боку м'яких тканин.

2. Розроблена в НДІТО ДНМУ методика ЧКО спице-стрижневими апаратами дозволяє виконати відновлення суглобової поверхні за рахунок поєднання безпосередньої механічної та тракційної репозиції уламків, розвантажити ушкоджену суглобову поверхню та досягти ранньої функції суглобу шляхом введення в апарат на етапі лікування шарнірних пристроїв, що позитивно впливає на перебіг медичної реабілітації постраждалих та дозволяє отримати позитивний результат лікування.