

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Винник А.А., Науменко Л.Ю.

*ДУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»,
КУ «Днепропетровская городская клиническая больница №2»*

Переломы дистального метаэпифиза лучевой кости (ДМЭЛК) – один из самых распространенных видов повреждения опорно-двигательного аппарата у лиц старшего возраста и составляют в структуре ургентной патологии 15,6% случаев [3, 4].

Несмотря на распространенность данного вида повреждений, в клинической практике часто пренебрегают остеопорозом при оказании помощи лицам старшего возраста [11]. Вместе с тем вероятность развития нестабильности кистевого сустава, повторного смещения в поздних сроках и неправильного сращения увеличивается пропорционально снижению плотности костной ткани [9]. Неудовлетворительные результаты лечения этих повреждений у пациентов старшего возраста достигают от 35 до 92,9% [2, 8, 10, 12].

Цель работы – усовершенствовать комплекс диагностических и лечебных мероприятий у больных с переломами дистального метаэпифиза лучевой кости у лиц старшего возраста.

Материалы и методы

Нами было проведено обследование и лечение 85 пациентов (13 мужчин и 72 женщины) с переломами ДМЭЛК, которые были вызваны травмирующим фактором низкой интенсивности. Средний возраст пациентов составил 59,6 лет.

При рентгенологическом обследовании определялся не только тип перелома по классификации АО (табл. 1) и степень смещения отломков, но и метакарпальный индекс (Barnett-Nordin) [1, 8].

Как видно из табл. 1, в группе наблюдения преобладали частично внесуставные переломы (тип В) – 43,5%. Среднее значение индекса Barnett-Nordin составило – 0,35, что свидетельствует о снижении плотности костной ткани.

В основу проводившегося лечения был положен щадящий подход, снижающий травмирующее воздействие на костные отломки как при

консервативном, так и при оперативном методах лечения.

При закрытой репозиции у 43 (50,6%) пациентов группы наблюдения нами применен способ щадящей закрытой репозиции перелома ДМЭЛК [5]. Щадящая репозиция применялась, преимущественно, при переломах типа А – у 22 (51,2%) больных, при переломах типа В – у 14 (32,6%) больных, при переломах типа С – у 5 (16,3%) больных.

Программа восстановительного лечения была разделена на 3 периода: иммобилизационный, постиммобилизационный (ранней функциональной нагрузки), усиленной кинезотерапии [6].

В иммобилизационном периоде, применялись гипсовые повязки у 46 (54,1%) больных, аппараты внешней фиксации – у 19 (22,3%) больных, а также нами была разработана и внедрена функциональная шина (20 (23,5%) больных) [7]. Целью применения функциональной шины была фиксация отломков с одновременным осуществлением пассивных движений в лучезапястном суставе. Данная задача решалась за счет конструктивных особенностей шины: наличие пневмоэлемента на уровне дистального метаэпифиза лучевой кости и шарнирного узла на уровне лучезапястного сустава.

Задачами мероприятий постиммобилизационного периода были: устранение гипотрофии мышц и тугоподвижности в суставах кисти, восстановление движений в лучезапястном суставе, восстановление подвижности пальцев, освоение навыков самообслуживания, улучшение трофики тканей и кровотока в поврежденном сегменте.

Таблица 1. Распределение больных на группы по типу перелома

Тип перелома	Абс. число	%
Тип А	26	30,59
Тип В	37	43,53
Тип С	22	25,88
Всего	85	100

Таблиця 2. Результати лікування больних з повредженням дистального метаепіфіза лучевої кістки

Результат	Спосіб іммобілізації			Всього
	Гіпсові пов'язки	АВФ	Функціональна шина	
	Абс. число (%)	Абс. число (%)	Абс. число (%)	Абс. число (%)
Хороші	29 (37,18)	6 (7,69)	16 (20,51)	51 (65,38)
Удовлетворительні	10 (12,82)	8 (10,26)	4 (5,13)	22 (28,2)
Неудовлетворительні	3 (3,84)	2 (2,56)	–	5 (6,42)
Всього	42 (53,84)	16 (20,51)	20 (25,64)	78 (100)

Таблиця 3. Динаміка відновлення функції кінечності по шкалі клініки Мейо

Показателі	Сроки спостереження		
	Через 3 місяці	Через 6 місяців	Через 9 місяців
Середній балл по шкалі клініки Мейо	47,05	51,23	72,17

Задачами заходів періоду посиленої кінезотерапії були: ліквідація залишкових контрактур суглобів і гіпотрофії м'язів, повне відновлення порушених функцій, трудова і соціальна реабілітація.

Впродовж кожного періоду застосовувався відповідний комплекс ЛФК, фізіотерапевтичного і медикаментозного лікування.

Аналіз результатів лікування больних з переломами ДМЭЛК виконувався через 3, 6 і 9 місяців після лікування. Результати лікування оцінювалися по шкалі клініки Мейо.

Результати і обговорення

Результати лікування оцінені у 78 больних групи спостереження (табл. 2).

Як видно з табл. 2, позитивні результати досягнуті у 93,58% больних. Використання функціональної шини у больних групи спостереження дозволило підвищити ефективність лікування за рахунок хороших і задовільних результатів.

При оцінці по шкалі клініки Мейо середній балл для больних групи спостереження склав 72,17 балла (табл. 3).

Як видно з табл. 3, в групі спостереження відзначалася рівномірний приріст функції впродовж строку спостереження.

Таким чином, щадяча тактика лікування больних старшого віку з переломами дистального метаепіфіза лучевої кістки, розроблена з урахуванням інтенсивності впливу травмируючого фактора і стану кісткової тканини, дозволила підвищити ефективність лікування і зменшити кількість незадовільних результатів до 6,42%. Використання щадячого методу репозиції, зменшуючого травмируюче вплив на кісткові відломки і оточуючі м'які тканини, використання функціонального методу іммобілізації, переваж-

ність реабілітаційних заходів у больних з низькоенергетичською травмою створює умови для відновлення функції пошкодженої кінечності і запобігання розвитку ускладнень.

Висновки

1. Використання щадячого підходу до лікування больних старшого віку з переломами ДМЭЛК з урахуванням інтенсивності травмируючого фактора і стану кісткової тканини дозволило досягти позитивних результатів в 93,58% випадків.

2. Можливість ранньої дозованого і постійно збільшуваної функціональної навантаження на кінечність при забезпеченні фіксації відломків у больних старшого віку з остеопоротичними переломами забезпечила рівномірний приріст функції лучезапястного суглоба впродовж строку спостереження.

Література

1. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Практическая травматология: европейские стандарты диагностики и лечения. – М., 2002. – 480 с.
2. Корж Н.А., Герасименко С.И., Климовицкий В.Г. и соавт. Распространенность переломов костей и результаты их лечения в Украине (клинико-эпидемиологическое исследование) // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2010. – №3. – С. 26-35.
3. Науменко Л.Ю., Винник А.А., Павловський М.В., Санина Г.В. Переломи променевої кістки в типовому місці у структурі ургентної патології опорно-рухового апарату // Вісник дніпропетровського університету. – 2007. – №10. – С. 79-84.
4. Науменко Л.Ю., Винник А.А. Переломи дистального метаепіфіза лучевої кістки у осіб старшої вікової групи в структурі ургентної патології опорно-двигательного апарату // Збірник наукових праць XV з'їзду ортопедів-травматологів України. – Д.: Ліра, 2010. – С. 60.
5. Науменко Л.Ю., Винник А.А. Результати лікування переломів дистального метаепіфіза лучевої кістки // Травма. – 2011. – №2. – С. 25-29.

6. Науменко Л.Ю., Винник А.А., Погребной О.В. Восстановительное лечение больных с повреждениями дистального метаэпифиза лучевой кости // Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2012. – №2. – С. 26-29.
7. Патент на винахід №75245 Україна, МПК А 61 F 5/04. Іммобілізуюча шина / Науменко Л.Ю., Вінник О.О., Ігнашкін І.С., Рожко В.Ф., Буряк А.Н.; заяв. 26.04.2004; опуб. 15.03.2006; Бюл. №3.
8. Франке Ю., Рунге Г. Остеопороз (пер. с нем.) / М. «Медицина», 1995. – С. 117-121.
9. Clayton R.A., Gaston M.S., Ralston S.H., McQueen M.M. Association between decreased bone mineral density and severity of distal radial fracture // The Journal of Bone & Joint Surgery. – 2009. – 91 (№3). – С. 613-619.
10. Rogge R.D., Adams B.D., Goel V.K. et al. An analysis of bone stresses and fixation stability using a finite and element model of simulated distal radius fractures // Am. J. Hand Surg. – 2002. – 27 (№1). – P. 86-92.
11. Smektala R., Endres H.G., Dasch B.F. et al. Quality of care after distal radius fracture in Germany. Results of a fracture register of 1,201 elderly patients // Der Unfallchirurg. – 2009. – 112 (№1). – С. 46-54.
12. Xie X., Nielsen S.P., Barenhold O. Geometric properties of distal radius and pathogenesis of Colles fracture: a peripheral quantitative computed tomography study // J. Clin. Densitom. – 2001. – 4 (№3). – P. 209-219.