

В.А. Ланда, Е.И. Качур

О КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Московский центр реабилитации больных и инвалидов с нарушением функции опорно-двигательного аппарата, нервной системы на базе Московской городской больницы № 10

Переломы дистального метаэпифиза лучевой кости нередко осложняются дистрофией предплечья и кисти. Одним из важнейших факторов, предрасполагающих к ее развитию, является неустраненное смещение фрагментов лучевой кости.

Под нашим наблюдением находились 18 больных с неправильно сросшимся переломом дистального метаэпифиза лучевой кости, осложненным посттравматическим нейродистрофическим синдромом (II, III фаза). Среди них было 17 женщин и 1 мужчина. Средний возраст больных 58,4 года.

II фаза посттравматического нейродистрофического процесса отмечалась у 14 (78%) больных. Обращала на себя внимание штыкообразная деформация нижней трети предплечья, были характерны умеренно выраженные боли в области поврежденного сегмента конечности, трофические нарушения (кожа с цианотично-багровым оттенком, лоснящаяся, напряженная, отек конечности). III фаза определялась у 4 (22%) больных. Для нее характерны значительное уменьшение болевого синдрома, нормализация трофики, формирование стойких контрактур суставов кисти (сгибательно-разгибательной контрактуры межфаланговых и пястно-фаланговых суставов, сгибательно-разгибательной и ротационной контрактуры лучезапястного сустава), нарушение схвата кисти, снижение ее силы.

Все больные поступили после снятия гипсовой повязки, в среднем через 100,7 дня после получения травмы. 12 (66,7%) больных жаловались на умеренные ноющие боли в области кисти, испытываемые в состоянии покоя и усиливающиеся при движениях (физическая нагрузка), 1 больная отмечала усиление болей ночью. У 1 пациентки были боли в области кисти, предплечья и плеча, у 1 — в области шейного отдела позвоночника, плечевого и локтевого сустава, т.е. развились синдромы плечо — кисть и шея — рука. Все больные жаловались на ограничение движений в лучезапястном, межфаланговых и пястно-фаланговых суставах, скованность при движениях в этих суставах, снижение силы кисти, нарушение ее схвата. Наблюдался отек кисти и предплечья.

Кроме того, имелось повреждение локтевого и срединного нервов, что проявлялось снижением чувствительности в зоне иннервации этих нервов на кисти, гипотрофией мышц первого межпальцевого промежутка, мышц тенара, симптомом «листка» и т.д.

Рентгенологически у всех больных в день получения травмы был диагностирован перелом дистального метаэпифиза лучевой кости со смещением дистального отломка в тыльную сторону, причем у 12 (66,7%) больных отмечался отрыв шиловидного отростка локтевой кости. После проведения репозиции и наложения гипсовой повязки неудовлетворительное стояние отломков сохранялось. При поступлении в нашу больницу у всех пациентов определялись умеренно выраженные признаки мозолеобразования в области перелома, смещение дистального фрагмента к тылу, пятнистый остеопороз дистальных отделов конечности.

Помимо клинического обследования, проводились инструментальные исследования (реовазография, электромиография, динамометрия кисти). Во II и в меньшей степени в III фазе при реовазографии выявлялось нарушение кровообращения в поврежденной конечности: снижение пульсового кровенаполнения, повышение сосудистого тонуса, затруднение венозного оттока. При электромиографическом исследовании у 3 (16,7%) больных подтверждена заинтересованность локтевого нерва, у 2 (11,1%) — локтевого и срединного нервов.

Для лечения больных с неправильно сросшимся переломом лучевой кости в типичном месте, осложненным посттравматическим нейродистрофическим синдромом, применялась методика, предусматривающая этиопатогенетически обоснованное воздействие, которая включала медикаментозную терапию, физиотерапию, массаж, лечебную гимнастику, ортопедические укладки, трудотерапию.

Поскольку во II фазе посттравматического нейродистрофического синдрома наиболее выражены нейрососудистые изменения, основной акцент в лечении на данном этапе делали на устранение этих нарушений. В связи с повышением проницаемости сосудистой стенки, развивающимся при рассматриваемой патологии, назначали аскорутин. Принимая во внимание тенденцию к спазму сосудов, проводили курсы лечения спазмолитическими препаратами (но-шпа, ксангинола никотинат, дибазол, папаверин). При заинтересованности нервных стволов лечебные мероприятия осуществляли с учетом этих повреждений. Физиотерапевтические процедуры проводили сегментарно и локально. С целью нормализации процессов микроциркуляции назначали курс электрофореза и фонофореза эуфиллина, электрофореза кальция и фосфора, для улучшения проводимости по нервным стволам применяли электрофорез дибазола и прозерина. Для купирования болевого синдрома использовали электрофорез новокаина, для уменьшения отека и нормализации микроциркуляции применяли магнитотерапию и локальную баротерапию (камера Кравченко).

В III фазе в клинической картине преобладают последствия нейрососудистых нарушений — рубцовые изменения мягких тканей и контрактуры суставов. Поэтому основное внимание мы уделяли устранению этих изменений. Назначали электрофорез

йодистого калия, ронидазы и лидазы. С той же целью, а также для нормализации процессов микроциркуляции проводили курсы лечения дециметровыми волнами, аппликациями озокерита (парафина). Сегментарная физиотерапия заключалась в воздействии синусоидальными модулированными токами на область шейно-грудного отдела позвоночника.

Лечебная гимнастика проводилась во II и III фазе индивидуальным методом. Во II фазе она была направлена главным образом на устранение нейротрофических нарушений, улучшение циркуляции и профилактики (или устранение) контрактур, предупреждение развития рубцово-спаечного процесса. В III фазе основной задачей наряду с улучшением кровотока являлось устранение уже развившегося спаечного процесса и имеющихся контрактур. В этой фазе после купирования болевого синдрома процедуру лечебной гимнастики обязательно завершали ортопедическими укладками в крайних положениях. Трудотерапию применяли как во II, так и в III фазе.

Лечение назначали курсами по 45 дней, интервал между курсами составлял 4—6 мес (в этот период проводилась лечебная гимнастика, ортопедические укладки, трудотерапия). После прохождения одного или нескольких курсов лечения (один курс — 10 больных, два курса — 6, три курса — 2) у всех больных отмечался положительный эффект. Боли купированы у 17 (95,5%) пациентов. У всех больных улучшилась трофика: прошел отек предплечья и кисти, нормализовалась цвет кожи, ее напряжение. Это подтверждается и данными реовазографии, свидетельствующими об увеличении пульсового кровенаполнения, нормализации сосудистого тонуса и венозного оттока.

Амплитуда движений в лучезапястном суставе увеличилась в среднем на 35° (25% от нормального объема движений). Сила кисти (измерение ее проводилось кистевым динамометром по общепринятой методике) возросла в среднем на 6,8 кг. К концу лечения неврологических нарушений не определялось ни у одного больного, при электромиографическом исследовании в динамике отмечена тенденция к нормализации скорости проведения возбуждения по соответствующим нервам.

У 4 (22,2%) больных пенсионного возраста достигнуто восстановление функции конечности, они полностью выполняют домашнюю работу (через 5,5 мес после получения травмы). Больные трудоспособного возраста выписаны на работу в среднем через 134 дня после травмы. По данным некоторых авторов, при оперативном лечении переломов дистального метаэпифиза лучевой кости со смещением отломков сроки нетрудоспособности составили от 70 до 120 дней. Мы связываем большую продолжительность периода нетрудоспособности у наших больных с тем, что посттравматический нейродистрофический синдром развился у них на фоне неустраненного смещения костных отломков.

Результаты лечения оценивались по 4-балльной

системе. Отличный результат (отсутствие болей, движения в лучезапястном, пястно-фаланговых и межфаланговых суставах в полном объеме, восстановление трофики и устранение неврологических нарушений) получен у 4 (22,2%) больных. Хороший результат (купирование болей, нормализация трофики, устранение неврологических нарушений, восстановление движений в лучезапястном, пястно-фаланговых и межфаланговых суставах на 75%) констатирован у 13 (72,2%) пациентов. Удовлетворительный результат отмечен у 1 больной, у которой периодически возникали боли, но интенсивность их значительно уменьшилась, трофические и неврологические нарушения были устранены, движения в лучезапястном, межфаланговых и пястно-фаланговых суставах восстановились на 60%. Неудовлетворительных результатов не было.

Анализ наших наблюдений позволяет сделать следующие выводы:

1) для реабилитации больных с неправильно сросшимися переломами дистального метаэпифиза лучевой кости, осложненными посттравматическим нейродистрофическим синдромом, эффективна методика комплексного восстановительного лечения, включающая медикаментозную терапию, физиотерапию, лечебную гимнастику, ортопедические укладки, трудотерапию;

2) разработанная методика позволяет получить вполне удовлетворительные функциональные результаты, несмотря на неполное устранение смещения фрагментов лучевой кости;

3) достижение положительного эффекта при консервативном лечении рассматриваемой патологии возможно за счет выявления компенсаторных возможностей больного, но ни в коем случае не предполагает отказа от проведения репозиции по получении травмы.

© Коллектив авторов, 1994

*А.Ю. Семенов, Л.С. Рабинович,
А.Д. Калашиник, Л.А. Якимов*

ЩАДЯЩИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Московская городская клиническая больница № 67

На кафедре травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова и ее клинической базе — больнице № 67 разработан и внедрен в практику метод внеочаговой фиксации отломков при закрытых диафизарных переломах костей голени у лиц пожилого и старческого возрастов, использование которого в сочетании с приемами функционального