

**КОНСЕРВАТИВНОЕ ИЛИ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ? –
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПОВРЕЖДЕНИЙ
ДИСТАЛЬНОГО РАДИО-УЛЬНАРНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ И
ТРЕУГОЛЬНОГО ФИБРОЗНО-ХРЯЩЕВОГО КОМПЛЕКСА ЗАПЯСТЬЯ**

***Шамко И.А., *Волотовский А.И., *Беспальчук А.П., *Михалкевич
Д.И., **Сташевский В.А., *Беспальчук П.И.**

**УО «Белорусский государственный медицинский университет»,*

**УЗ «6-я городская клиническая больница»*

Минск, Беларусь

ignat8109@gmail.com

Частота встречаемости повреждений и заболеваний запястья составляет от 13 до 36 % [1] среди всех клинических проблем травматологии и ортопедии, хирургии кисти, что обусловлено большим разнообразием и сложностью встречающихся нозологических форм. В связи с недостаточной информированностью врачей-специалистов, небольшим количеством публикаций в отечественной и зарубежной литературе, довольно часто травмы локтевого края запястья остаются без должного внимания врача-травматолога-ортопеда, их несвоевременно диагностируют, с запозданием начинают лечение, что приводит к росту числа застарелых повреждений и серьезным нарушениям функции. Повреждение треугольного фиброзно-хрящевого комплекса возникают у пациентов с различными повреждениями запястья и дистальной части предплечья: перелом дистального метаэпифиза (ДМЭ) лучевой кости, перелом шиловидного отростка локтевой и лучевой костей предплечья, вывих головки локтевой кости. Из-за локализации дистального радио-ульнарного сочленения и треугольного фиброзно-хрящевого комплекса в одной анатомической зоне травма локтевого края запястья нередко может сопровождаться их сочетанным повреждением.

Ключевые слова: *треугольно-фиброзно-хрящевой комплекс; кисть; хирургическое лечение; дистальное радио-ульнарное сочленение, запястье.*

**CONSERVATIVE OR SURGICAL TREATMENT? – DIFFERENTIATED
APPROACH TO THE TREATMENT OF INJURIES OF THE DISTAL
RADIO-ULNAR JOINT AND THE TRIANGULAR FIBRO-
CARTILAGINOUS COMPLEX OF THE WRIST**

***Shamko I.A., *Volotovskiy A.I., *Bespalchuk A.P., *Mikhailkevich D.I.,**

****Stashevskiy V.A., *Bespalchuk P.I.,**

Belarusian State Medical University,

6th Minsk City Clinical Hospital

Minsk, Belarus

The incidence of injuries and diseases of the wrist ranges from 13 to 36% [1] among all clinical problems of traumatology and orthopedics, hand surgery, which is due to the great variety and complexity of the nosological forms encountered. Due to insufficient awareness of doctors, a small number of publications in domestic and foreign literature, quite often injuries of the ulnar edge of the wrist are left without due attention of a practicing traumatologist-orthopedist, they are diagnosed untimely, treatment is started with delay, which leads to an increase in the number of

chronic injuries and serious disorders function. Injuries of the triangular fibrocartilaginous complex occurs in patients with various injuries of the wrist and distal forearm: fracture of the distal metaepiphysis (hereinafter – DME) of the radius, fracture of the styloid process of the ulna and radius of the forearm, dislocation of the head of the ulna. Due to the localization of the distal radio-ulnar joint and the triangular fibro-cartilaginous complex in one anatomical zone, trauma to the ulnar edge of the wrist can often be accompanied by their combined damage.

Key words: *triangular-fibrous-cartilaginous complex, hand, surgical treatment, distal radio-ulnar joint, wrist.*

Цель: Разработать дифференцированный подход к лечению повреждений дистального радио-ульнарного сочленения (ДРУС) и треугольного фиброзно-хрящевого комплекса запястья (ТФХК).

Материал и методы: В приёмное отделение Городского центра травматологии и ортопедии ежедневно обращаются сотни человек, многие из них с повреждением верхней конечности, так как данное учреждение является профильным по данной локализации травм у взрослого населения города Минска. Для диагностики повреждений ДРУС использовали следующие методы: рентгенография, ультрасонография, КТ, МРТ, диагностическая артроскопия. Повреждения ДРУС встречаются у пациентов при свежих и срастающихся или сросшихся со смещением переломах дистального метаэпифиза или диафиза лучевой кости, головки и диафиза локтевой кости, врожденных или посттравматических укорочениях, изолированных вывихах локтевой кости, повреждениях Галеацци [2].

За период с 2017 по 2020 г. нами пролечено 32 пациента с повреждением дистального радио-ульнарного сочленения и ТФХК. Мужчин -18 (56,25%), женщин -14 (43,75%). Причинами повреждений явились: травмы при занятии спортом (9 пациентов – 28,2%); постоянная физическая перегрузка (8 пациентов – 25%); последствия ранее перенесенных травм (15 пациентов – 46,8%).

В случае обращения со свежей травмой предплечья и кисти, при предъявлении пациентом жалоб на боль в локтевом крае запястья и ограничение движения в кистевом суставе, иммобилизовали конечность удлинённой гипсовой лангетой с фиксацией предплечья в нейтральной позиции сроком на 4 недели, затем – укороченной гипсовой лангетой на 2 недели. Далее, на амбулаторном этапе, назначали курс физиотерапии с последующими занятиями лечебной физкультуры в отделении медицинской реабилитации.

Консервативное лечение с гипсовой иммобилизацией проведено 12-ти (37,5%) пациентам. Хирургическое лечение: открытая реинсерция ТФХК к локтевой кости посредством чрезкостного шва – 7 (21,9%), артроскопия с дебридментом – 9 (28,2%), пластика связок – 4 (12,5%).

Традиционные консервативные методы лечения не всегда приводили к выздоровлению, т. К. являлись более длительными по времени и не всегда позволяли достигнуть полного восстановления структур ТФХК.

Критериями отбора для хирургического лечения послужили: постиммобилизационная контрактура кистевого сустава, сохранение синдрома

локтевой боли, массивный разрыв структур ТФХК по данным МРТ [3], снижение качества жизни пациентов (шкала ДАШ неспособностей верхних конечностей).

Сравнительный анализ методов лечения повреждений локтевого края запястья показал, что консервативное лечение было успешным при оказании специализированной помощи в первые 3 суток после травмы (66,7% случаев).

Хирургическое лечение привело к восстановлению функции поврежденной конечности и исчезновению синдрома локтевой боли у 19 пациентов (95%). В одном случае был выявлен повторный разрыв ТФХК (по данным МРТ) из-за неправильных реабилитационных мероприятий.

Выводы: Своевременная диагностика при адекватно выбранном методе лечения, качественно проведенных реабилитационных мероприятиях приводит к восстановлению функции поврежденной конечности и повышению качества жизни пациентов.

Список литературы

1. Волотовский, А. И. Артроскопия в диагностике и лечении внутрисуставных повреждений запястья / А. И. Волотовский // Медицинский журнал. – 2009. – №2. – С.33 – 36
2. Голубев, И.О. Повреждение и нестабильность кистевого сустава: дис. ... д-ра мед. наук / И. О. Голубев. – Иванова, 2007. – 217с.
3. Green, D. P. Green's operative hand surgery / D. P. Green. – 5rd ed. – New York: Churchill Livingstone, 2005. – Vol. 1. – 31159 г.