

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ДИСТАЛЬНОГО РАДИО-УЛЬНАРНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ И ТРЕУГОЛЬНОГО ФИБРОЗНО-ХРЯЩЕВОГО КОМПЛЕКСА ЗАПЯСТЬЯ

**Шамко И.А., *Волотовский А.И., **Сташевский В.А.*

**УО «Белорусский государственный медицинский университет»,*

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

Минск, Беларусь

ignat8109@gmail.com

В статье приведены данные диагностики и лечения повреждений дистального радио-ульнарного сочленения (ДРУС) и треугольного фиброзно-хрящевого комплекса (ТФХК), приводящие к нестабильности в кистевом суставе. Проанализированы случаи хирургического и консервативного лечения пациентов с оценкой качества жизни в отдаленном периоде.

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

THERAPEUTIC TACTICS FOR INJURIES OF THE DISTAL RADIO-ULNAR JOINT AND THE TRIANGULAR FIBRO-CARTILAGINOUS COMPLEX OF THE WRIST

**Shamko I.A., *Volotovskiy A.I., **Stashevskiy V.A.*

**Belarusian State Medical University,*

***6th Minsk City Clinical Hospital*

Minsk, Belarus

The article presents data on the diagnosis and treatment of injuries to the distal radio-ulnar articulation (DRUS) and the triangular fibro-cartilaginous complex (FCC), leading to instability in the wrist joint. Cases of surgical and conservative treatment of patients with an assessment of the quality of life in the long-term period have been analyzed.

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

Частота встречаемости повреждений и заболеваний запястья составляет от 13 до 36 % среди всей патологии кисти [1]. Повреждения дистального радио-ульнарного сочленения (ДРУС) и треугольного фиброзно-хрящевого комплекса (ТФХК), приводящие к нестабильности в кистевом суставе, на сегодняшний день представляют собой недостаточно изученную проблему, сложную для диагностики и лечения. В связи с малой информированностью врачей, небольшим количеством публикаций в отечественной и зарубежной литературе, довольно часто травмы локтевого края запястья остаются без должного внимания, их несвоевременно диагностируют, с запозданием начинают лечение, что приводит к росту числа застарелых повреждений и серьезным нарушениям функции кисти.

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

Материал и методы: За период с 2017 по 2020 г. нами пролечено 32 пациента с повреждением ДРУС и ТФХК, из них мужчин – 18 (56,25%), женщин – 14 (43,75%). Для диагностики использовали следующие методы: рентгенография, ультрасонография, КТ, МРТ, диагностическая артроскопия. Повреждения ДРУС и ТФХК 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].

Причинами повреждений явились: травмы при занятии спортом (9 пациентов – 28,2%); постоянная физическая перегрузка (8 пациентов – 25,0%); последствия ранее перенесенных травм (15 пациентов – 46,8%).

Консервативное лечение с гипсовой иммобилизацией проведено 12 (37,5%) пациентам. 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 физкультурой. 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.

Хирургическое лечение выполнено под проводниковой анестезией 20 пациентам с застарелыми повреждениями ДРУС и ТФХК при хронической травме, неэффективности консервативного лечения. При этом в зависимости от типа повреждения ТФХК по Palmer [3] выполнена открытая реинсерция ТФХК к локтевой кости посредством чрезкостного шва в 7 (21,9%) случаях, артроскопия с дебридментом – в 9 (28,2%), пластика связок – в 4 (12,5%) наблюдениях.

Критериями отбора для хирургического лечения послужили: постиммобилизационная контрактура кистевого сустава, сохранение синдрома локтевой боли, массивный разрыв структур ТФХК по данным МРТ [4], снижение качества жизни пациентов (диапазон значений DASH от 51,7 до 34,2 баллов).

Результаты и обсуждение. У 9 пациентов (75%) со свежей травмой при рентгенологическом исследовании выявлено нарушение взаимоотношений между костями проксимального ряда запястья, в сочетании с синдромом локтевой боли, у 3 (25%) пациентов – клинические проявления.

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). Проведена оценка функционального состояния кистевого сустава через 3 месяца от начала лечения. Среднее значение DASH составило 14,8.

Хирургическое лечение привело к восстановлению функции поврежденной конечности и исчезновению синдрома локтевой боли у 19

пациентов (95%), выполнена оценка функции поврежденной конечности спустя 3 месяца после операции, среднее значение DASH составило 7,2 балла. 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. – Иваново, 2007. – 217с.
3. Palmer, A. K. The triangular fibrocartilage complex of the wrist-anatomy and function / A. K. Palmer, F. W. Werner // J. Hand Surg. [Am]. – 1981. – Vol. 6, N. 2. – P. 153–162.
4. Green, D. P. Green's operative hand surgery / D. P. Green. – 5th ed. – New York: Churchill Livingstone, 2005. – Vol. 1. – Ch. 14. – P. 486–488.