

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДИСТАЛЬНОГО РАДИО-УЛЬНАРНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ

Шамко И.А.^{1,2}, Волотовский А.И.¹, Беспальчук А.П.¹

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

г. Минск, Республика Беларусь

²МГКЦТО УЗ «6-я городская клиническая больница»,

г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Рассматриваются результаты лечения повреждений треугольного фиброзно-хрящевого комплекса (ТФХК) запястья, являющихся одной из причин боли и нарушения функции кистевого сустава. Дистальное радио-ульнарное сочленение (ДРУС) позволяет осуществлять пронацию и супинацию предплечья. Стабильность дистального отдела лучезапястного сустава обеспечивается взаимодействием между связками, мышцами и костями. Основными структурами являются треугольный фиброзно-хрящевой комплекс (ТФХК), комплекс связок локтевой кости, сухожилие разгибателя запястья и сухожильная оболочка, мышца квадратный пронатор, межкостная мембрана и связка, сама кость и капсула сустава [1,3].

Травматические повреждения локтевой части запястья являются наиболее сложными для диагностики повреждений верхней конечности [4]. Разнообразие нарушений, особенно мягкотканых анатомических структур, сложности их выявления при стандартном рентгенологическом обследовании, т.к. ТФХК относится к рентгенонегативным образованиям запястья, что затрудняет установление диагноза и может приводить к диагностическим ошибкам и неправильной тактике лечения [2].

Цель. Проанализировать результаты хирургического лечения повреждений дистального радио-ульнарного сочленения (ДРУС) и треугольного фиброзно-хрящевого комплекса запястья (ТФХК).

Материалы и методы. Проанализированы данные 33 пациентов, прошедших оперативное лечение по поводу повреждения ТФХК более года назад. Средний срок оценки результатов составил $1,3 \pm 0,23$ года. В исследуемой группе было 20 (60,6%) мужчин, 13 (39,4%) - женщин. Проводились следующие обследования: рентгенография кистевого сустава в 3-х проекциях, магнитно-резонансная томография (МРТ) кисти. Оценивались сила кулачного хвата, объем движений в лучелоктевом суставе, наличие болевого синдрома по локтевому краю запястья. Использован базовый вариант опросника, состоящий из 30 вопросов. Для субъективной оценки степени восстановления функции поврежденной конечности пациентам предлагалось заполнить опросник DASH (Disability of the Arm, Shoulder and Hand) – шкалу оценки нетрудоспособности верхней конечности, плеча и кисти. Основными причинами, приведшими к повреждениям ДРУС и ТФХК в анамнезе, явились: острые травмы при занятии спортом – 11 пациентов (33,3%); хроническая физическая перегрузка – 9 (27,3%); отдаленные последствия ранее перенесенных травм – 13 (39,4%). У

всех оцениваемых пациентов была выполнена открытая реинсерция ТФХК к локтевой кости посредством чрескостного шва. Вид выполняемой операции был выбран в зависимости от типа повреждения ТФХК, определенного по классификации Palmer. В послеоперационном периоде реализовывался индивидуальный комплекс реабилитационной программы.

Результаты. Большинство пациентов отметили улучшение функции запястья и уменьшение болевого синдрома. 93,9% вернулись к полноценной трудовой деятельности. Однако 6,1% пациентов продолжали испытывать периодические боли, что указывает на необходимость дальнейших исследований в этой области. Отличный и хороший результаты были получены у 31 пациента (93,9%). В процессе лечения осложнения наблюдались у двоих пациентов (6,1%), что связано с несоблюдением сроков иммобилизации (у 1 пациента), и миграции спиц (у 1 пациента).

Обсуждение. Дифференцированный подход к лечению пациентов по разработанным авторами методике привело к быстрому и адекватному восстановлению функции поврежденной конечности и исчезновению синдрома локтевой боли практически у всех прооперированных пациентов.

Наш опыт хирургического лечения при повреждениях связочного аппарата дистального луче-локтевого сустава показал, что выбранная нами тактика лечения определялась характером повреждения, а полученные результаты лечения и реабилитации позволило восстановить анатомические взаимоотношения в суставе и улучшить качество жизни большинства пациентов.

Заключение. Исследование показало, что своевременное и адекватное лечение повреждений ТФХК способствует восстановлению функции запястья и снижению болевого синдрома. Необходимо разработать и стандартизировать подходы к лечению пациентов с повреждением ДРУС и ТФХК для улучшения ближайших и отдаленных результатов.

Литература

1. Palmer AK, Werner FW (1981) The triangular fibrocartilage complex of the wrist-anatomy and function. J Hand Surg Am 6:153–162.

2. Голубев, И.О. Повреждения и заболевания дистального лучелоктевого сустава / И.О. Голубев // Вестн. травматологии ортопедии им. Приорова. – 1998. - №3. – Ч. 1. – С.63-67.

3. Nobauer-Huhmann IM, Pretterklieber M, Erhart J, Bar P, Szomolanyi P, Kronnerwetter C, et al. / Anatomy and variants of the triangular fibrocartilage complex and its MR appearance at 3 and 7T. Seminars in musculoskeletal radiology. – 2012. - 16(2). - P.93-103. doi: 10.1055/s0032-1311761. PubMed PMID: 22648425.

Badia A. / Management of Distal Radius Fracture-Associated TFCC Lesions Without DRUJ Instability. In: Piñal F, Luchetti R, Mathoulin C, editors. Arthroscopic Management of Distal Radius Fractures: Springer Berlin Heidelberg; - 2010. - P. 67-72.