

ЛЕЧЕНИЕ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ПОЛУЛУННОЙ КОСТИ КИСТИ

В.В. Кузьменко, В.Ф. Коршунов, Д.А. Магдиев

*Кафедра травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных ситуаций
(зав. — проф. В.В. Кузьменко) Российского государственного медицинского университета*

Среди различных заболеваний кисти особое место занимает асептический некроз полулунной кости. В отечественной и зарубежной литературе имеется много работ, посвященных проблеме диагностики и лечения указанных повреждений. Однако в доступной отечественной и зарубежной литературе мы не встретили работ, посвященных лечению асептического некроза полулунной кости методом distraction и поэтому считаем необходимым поделиться своим опытом.

В специализированном отделении хирургии кисти клиники травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных ситуаций РГМУ с 1985 по 1995 г. на лечении находились 39 больных с асептическим некрозом полулунной кости кисти. Мужчин было больше (84,6%), причем преимущественно молодого возраста (до 40 лет). Чаще поражалась правая кисть (у 28), чем левая (у 11). До обращения в клинику 12 больных ранее лечились консервативно (иммобилизация гипсовой повязкой в сочетании с физиотерапевтическими процедурами). Остальным больным до обращения в клинику лечение не проводилось.

Чаще всего больные жаловались на боли постоянного характера в области запястья и лучезапястного сустава, которые усиливались даже после незначительной физической нагрузки. При осмотре отмечены припухлость у основания кисти, ограничение и болезненность движений в лучезапястном суставе, гипотрофия мышц предплечья, снижение мышечной силы кисти. Во всех случаях проводилось рентгенологическое исследование, что позволяло правильно диагностировать заболевание. Снимки лучезапястного сустава производили в двух проекциях — прямой и боковой. В сомнительных случаях при постановке диагноза делали снимки и

здорового сустава. По рентгенограммам определяли индексы кистевой высоты (отношение длины запястья к длине III пястной кости) и Шталя (отношение высоты полулунной кости к ее длине $\times 100$).

Исходя из результатов клинико-рентгенологического обследования, нами были выделены 4 стадии заболевания: для I стадии характерны боли, ограничение движений, рассасывание, некоторое уплощение полулунной кости; для II — рассасывание, уплощение, фрагментация полулунной кости; для III — склероз, уплощение, деформация полулунной кости с начальными явлениями деформирующего артроза кистевого сустава; для IV — склероз, деформация полулунной кости, выраженные признаки деформирующего артроза кистевого сустава.

Для лечения асептического некроза полулунной кости мы применяли метод distraction с помощью distractionных аппаратов, разработанных в клинике. Под местной анестезией 1% раствором новокаина в количестве 40—60 мл в область проведения спиц с помощью электродрели проводили спицы Киршнера через проксимальный метафиз II—V пястных костей и обе кости предплечья в нижней трети, на которые монтировали distractionный аппарат. После его наложения одномоментное растяжение кистевого сустава не производили, дуги аппарата на штангах оставались свободными, делали контрольную рентгенографию лучезапястного сустава в прямой и боковой проекциях.

После стихания болей в области проведения спиц начинали выполнять дозированную distraction. В зависимости от стадии заболевания темп distraction был различным. У больных с I—II стадией distraction осуществляли по 0,5 мм в сутки до восстановления высо-

ты полулунной кости с гиперкоррекцией на 2—3 мм, при III—IV стадии — по 1 мм в сутки до растяжения кистевого сустава на 1,5 см. В процессе дистракции у больных изменялась интенсивность болевого синдрома: в начале отмечалось уменьшение болей, а к концу дистракции их полное исчезновение.

При рентгенологическом обследовании больных в процессе дистракции выявлялись изменения и в самой полулунной кости: определялись патологические переломы, которые не были видны на рентгенограммах до начала дистракции, изменялись контуры кости вплоть до полного восстановления.

По завершении дистракции фиксацию поврежденной кисти осуществляли в дистракционном аппарате. Продолжительность фиксации у больных с I—II стадией заболевания составляла 12—14 недель, с III—IV стадией — 8—10 недель. В процессе фиксации больным выполняли проводниковые новокаиновые блокады, делали инъекции сосудорасширяющих препаратов (но-шпа, трентал, папаверин), что способствовало улучшению микроциркуляции и кровообращения в области поражения. После снятия дистракционного аппарата производили гипсовую иммобилизацию в течение 2—4 месяцев.

По истечении указанного срока назначали физиотерапевтическое лечение: электрофорез хлористого кальция, магнито-лазеротерапию, ЛФК, массаж кисти и предплечья, водные процедуры. В промежутках между занятиями фиксировали кистевой сустав с помощью мягкого бинта или напульсника. Для профилактики повторного снижения высоты полулунной кости фиксацию кистевого сустава с помощью напульсника продолжали в течение 4—6 месяцев. На этот же период больным не раз-

решали заниматься тяжелым физическим трудом.

Отдаленные результаты лечения изучены у 29 больных в сроки от 1 года до 10 лет. Учитывали следующие клинкорентгенологические признаки: наличие или отсутствие болей, объем движений в суставе, силу охвата кисти, степень уплощения полулунной кости, наличие деформирующего артроза кистевого сустава. Хорошие результаты лечения были отмечены у 18 больных, удовлетворительные — у 7, неудовлетворительные — у 4. Последние были связаны с преждевременным прекращением иммобилизации, ранней физической нагрузкой на пораженный сустав, что клинически проявлялось наличием болей, ограничением объема движений в суставе, а рентгенологически — уплощением полулунной кости, признаками деформирующего артроза кистевого сустава.

Таким образом, при лечении асептического некроза полулунной кости методом дозированной дистракции с последующей фиксацией в дистракционном аппарате и гипсовой иммобилизацией были получены положительные результаты у большинства больных, что позволяет рекомендовать данный способ лечения указанной патологии в других лечебных учреждениях.

Поступила 10.07.97.

TREATMENT OF ASEPTIC NECROSIS OF THE SEMILUNAR HAND BONE

V.V. Kuzmenko, V.F. Korshunov, D.A. Magdiev

S u m m a r y

The original method of the dosed distraction with the following fixation in the apparatus of the achieved level of unloading of the radiocarpal articulation are suggested. The combination of the method with the following plaster immobilization and physiotherapy allows to obtain positive results in 86% of the cases.