

УДК 616.717.5-001.5

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Балакишиев Амир Алязович,

Врач травматолог-ортопед, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва 127473, Долгоруковская ул., д. 4, стр. 3
E-mail: fvbh0538@gmail.com

Калачев Александр Сергеевич,

Врач-рентгенолог, ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Иваново 153012, Шереметевский проспект, д. 8
E-mail: alex.kalachev2017@yandex.ru

Горбунов Александр Дмитриевич,

Врач травматолог-ортопед, ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Иваново 153012, Шереметевский проспект, д. 8
E-mail: rok-08@list.ru

Аннотация

Статья посвящена особенностям экстренной помощи пациентам с переломами дистального метаэпифиза лучевой кости. Актуальность темы связана с высокой частотой данной травмы, риском вторичного смещения, компрессии срединного нерва, стойкого болевого синдрома и функциональных нарушений кисти. Новизна работы состоит в систематизации современных русскоязычных публикаций с позиции решений, принимаемых врачом на раннем этапе: первичная оценка, лучевая диагностика, обезболивание, репозиция, иммобилизация и маршрутизация пациента. Цель исследования – определить рациональную последовательность экстренной помощи при переломах данной локализации. Для решения цели применены анализ научных источников, сравнительный метод и клинико-логическое обобщение. Рассмотрены публикации о консервативном лечении, спицевой фиксации, волярном остеосинтезе, пронатор-сберегающей технике и лечении пожилых пациентов. В выводах сформулированы признаки, требующие раннего направления к оперативному лечению. Статья предназначена для травматологов-ортопедов, врачей приемных отделений и ординаторов.

Ключевые слова: перелом дистального метаэпифиза лучевой кости, экстренная помощь, лучезапястный сустав, репозиция, иммобилизация, рентгенография, компьютерная томография, спицы Киршнера, волярная пластина, травматология.

FEATURES OF EMERGENCY CARE FOR PATIENTS WITH DISTAL RADIUS METAEPIPHYSEAL FRACTURES

Amir A. Balakishiev,

Traumatologist-orthopedist, A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia; N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow 4/3 Dolgorukovskaya St., 127473

Alexander S. Kalachev,

Radiologist, Ivanovo State Medical University, Ivanovo, Russia, 8 Sheremetevsky Avenue, 153012

Alexander D. Gorbunov,

Traumatologist-orthopedist, Ivanovo State Medical University, Ivanovo, Russia, 8 Sheremetevsky Avenue, 153012

ABSTRACT

The article discusses emergency care for patients with distal radius metaepiphyseal fractures. The relevance of the topic is associated with the high frequency of this injury, the risk of secondary displacement, median nerve compression, persistent pain, and impaired hand function. The novelty of the study lies in the systematization of recent Russian-language publications from the standpoint of early clinical decision-making: primary assessment, imaging, analgesia, reduction, immobilization, and referral. The aim of the study is to define a rational sequence of emergency care for fractures of this localization. Source analysis, comparative method, and clinical-logical synthesis were used. Publications on conservative treatment, K-wire fixation, volar osteosynthesis, pronator-sparing technique, and elderly patient management were reviewed. The conclusions define clinical and radiological signs requiring early referral for surgical treatment. The article is intended for orthopedic trauma surgeons, emergency physicians, and residents.

Keywords: distal radius fracture, emergency care, wrist joint, reduction, immobilization, radiography, computed tomography, Kirschner wires, volar plate, traumatology.

Введение

Переломы дистального метаэпифиза лучевой кости относятся к числу наиболее частых повреждений верхней конечности. Типичный механизм травмы связан с падением на вытянутую кисть, при котором нагрузка передается на лучезапястный сустав и дистальный отдел предплечья. На раннем этапе врач сталкивается не только с болью, отеком и деформацией, но и с риском внутрисуставного повреждения, компрессии срединного нерва, нарушения кровоснабжения пальцев и вторичного смещения после первичной репозиции. Ошибки в первые часы после травмы повышают вероятность поздней операции, длительной иммобилизации, контрактуры и стойкого снижения функции кисти. Поэтому экстренная помощь требует единой последовательности: клиническая оценка, фиксация нейрососудистого статуса, лучевая диагностика, обезболивание, репозиция при смещении, контрольное исследование и выбор дальнейшей тактики.

Цель исследования — определить особенности оказания экстренной помощи пациентам с переломами дистального метаэпифиза лучевой кости на основании анализа современных русскоязычных публикаций. Для достижения цели поставлены три задачи: охарактеризовать действия врача при первичном осмотре пациента с подозрением на

перелом данной локализации; определить критерии выбора между закрытой репозицией с иммобилизацией и ранним направлением к оперативному лечению; сформулировать практическую последовательность экстренной помощи с учетом стабильности перелома, возраста пациента и состояния мягких тканей.

Методика

Материалами исследования послужили пять русскоязычных публикаций 2021–2024 гг. С.А. Джумабеков, Б.С. Анаркулов, Т.М. Донбаев, Б.Н. Калчаев [1] сравнили консервативное лечение и перкутанный остеосинтез спицами при переломах дистального метаэпифиза лучевой кости. К.А. Егиязарян, Б.И. Максимов, А.А. Аскеров [2] изучили результаты остеосинтеза с применением пронатор-сберегающей техники. К.А. Егиязарян, Б.И. Максимов, А.А. Аскеров, Н.Н. Ведерников, М.И. Матвиенко [3] рассмотрели возможности спицевой фиксации при переломах данной локализации. Н.А. Латыпов, И.О. Голубев [4] обобщили данные о лечении пожилых пациентов. Б.И. Максимов [5] проанализировал развитие методов остеосинтеза дистального метаэпифиза лучевой кости. При подготовке статьи применены анализ научных источников, сравнительный метод, клинико-логическое обобщение и систематизация данных о диагностике, репозиции, иммобилизации и маршрутизации пациента.

Результаты

Экстренная помощь начинается с оценки механизма травмы, характера боли, деформации, состояния кожи и функции пальцев. До обезболивания и репозиции фиксируются пульсация, капиллярное наполнение, температура кисти, чувствительность в зоне иннервации срединного, локтевого и лучевого нервов, активные движения пальцев. Эти данные нужны для различения исходного травматического повреждения и осложнений, возникших после манипуляции или чрезмерно тугой иммобилизации.

Первичная лучевая диагностика строится на рентгенографии лучезапястного сустава и дистального отдела предплечья в двух проекциях. Снимки позволяют оценить смещение, укорочение лучевой кости, нарушение суставной поверхности, оскольчатость и состояние дистального лучелоктевого сочленения. С.А. Джумабеков и соавт. показывают, что выбор тактики зависит от характера перелома, устойчивости отломков и возможности удержать достигнутую репозицию [1]. Компьютерная томография требуется при сложном внутрисуставном повреждении, сомнительной суставной линии, многооскольчатом переломе и планировании оперативной фиксации.

При переломе со смещением выполняется обезболивание и закрытая репозиция с последующей контрольной рентгенографией. Если восстановлены основные анатомические параметры и отсутствуют признаки нестабильности, допустима лонгетная иммобилизация с контролем отека и нейрососудистого статуса. Н.А. Латыпов и И.О. Голубев указывают, что у пожилых пациентов консервативная тактика сохраняет значение, поскольку ранние рентгенологические преимущества хирургической фиксации не всегда дают выраженное долгосрочное функциональное превосходство [4]. Поэтому возраст, остеопороз, бытовая активность, сопутствующие заболевания и способность соблюдать режим иммобилизации учитываются вместе с морфологией перелома.

Признаками неблагоприятной тактики служат неудовлетворительная репозиция, повторное смещение, внутрисуставная ступенька, выраженная оскольчатость, значительное укорочение лучевой кости, нарушение дистального лучелоктевого сочленения, открытое повреждение, нарастающий отек и симптомы компрессии срединного нерва. В таких ситуациях пациент нуждается в ранней консультации травматолога-ортопеда для решения вопроса о хирургической фиксации. К.А. Егиязарян и соавт. описывают спицевой остеосинтез как малотравматичный способ стабилизации ряда переломов, который требует правильного отбора пациентов и рентгенологического

контроля [3]. При нестабильных внутрисуставных повреждениях с высокими функциональными запросами чаще обсуждается внутренняя фиксация.

Развитие хирургических методов связано с переходом от простого удержания отломков к более точному восстановлению суставной поверхности и раннему функциональному восстановлению. Б.И. Максимов показывает эволюцию остеосинтеза от спицевой фиксации и внешней фиксации к волярным пластинам и менее травматичным доступам [5]. К.А. Егиазарян, Б.И. Максимов и А.А. Аскеров связывают пронатор-сберегающую технику с уменьшением травмы мягких тканей при волярном остеосинтезе [2]. Для приемного отделения эти данные имеют практическое значение: врач не выбирает имплант на этапе первичной помощи, но обязан вовремя распознать пациента, которому требуется раннее специализированное лечение.

После иммобилизации пациент получает инструкции о тревожных признаках: усиление боли, онемение, похолодание пальцев, нарастающий отек, чувство распирания под повязкой, невозможность активных движений пальцами. Повязка не должна блокировать движения пальцев и усиливать компрессию тканей. Контрольный осмотр требуется для оценки положения отломков и своевременного выявления вторичного смещения. Рациональная экстренная помощь при переломах дистального метаэпифиза лучевой кости строится не на универсальном выборе операции или консервативного лечения, а на раннем разделении пациентов по стабильности перелома, состоянию мягких тканей и функциональному прогнозу.

Выводы

Экстренная помощь при переломе дистального метаэпифиза лучевой кости предполагает последовательную оценку клинической картины, нейрососудистого статуса, рентгенологических признаков повреждения, эффективности репозиции и безопасности иммобилизации.

Рентгенография в двух проекциях сохраняет значение основного метода первичной диагностики. Компьютерная томография оправдана при внутрисуставном, многооскольчатом или сомнительном по стандартным снимкам повреждении.

Закрытая репозиция с лонгетной иммобилизацией рациональна при стабильном переломе и удовлетворительном положении отломков после контрольного снимка. Раннее направление к оперативному лечению требуется при нестабильности, повторном смещении, открытом повреждении, компрессии срединного нерва, выраженной суставной деформации и высоких функциональных требованиях пациента.

Список литературы:

1. Джумабеков С.А., Анаркулов Б.С., Донбаев Т.М., Калчаев Б.Н. Сравнительный анализ результатов консервативного лечения и перкутанного остеосинтеза спицами при переломах дистального метаэпифиза лучевой кости // Евразийский журнал здравоохранения. 2024. Т. 4, № 4. С. 30–35.
2. Егиазарян К.А., Максимов Б.И., Аскеров А.А. Остеосинтез дистального метаэпифиза лучевой кости с применением пронатор-сберегающей техники: анализ результатов // Кафедра травматологии и ортопедии. 2022. № 3 (49). С. 22–31.
3. Егиазарян К.А., Максимов Б.И., Аскеров А.А., Ведерников Н.Н., Матвиенко М.И. Спицевой остеосинтез переломов дистального метаэпифиза лучевой кости // Кафедра травматологии и ортопедии. 2021. № 3 (45). С. 62–71.
4. Латыпов Н.А., Голубев И.О. Лечение переломов дистального метаэпифиза лучевой кости у пожилых пациентов: обзор литературы // Травматология и ортопедия России. 2024. Т. 30, № 1. С. 129–141.

5. Максимов Б.И. Эволюция остеосинтеза дистального метаэпифиза лучевой кости // Вестник НМХЦ им. Н.И. Пирогова. 2022. Т. 17, № 4-2. С. 106–113.

References:

1. Dzhumabekov S.A., Anarkulov B.S., Donbaev T.M., Kalchaev B.N. Comparative Analysis of the Results of Conservative Treatment and Percutaneous Osteosynthesis with Pins for Fractures of the Distal Metaepiphysis of the Radius // Eurasian Journal of Health. 2024. Vol. 4, No. 4. pp. 30–35.
2. Egiazaryan K.A., Maksimov B.I., Askerov A.A. Osteosynthesis of the Distal Metaepiphysis of the Radius Using a Pronator-Sparing Technique: Analysis of the Results // Department of Traumatology and Orthopedics. 2022. No. 3 (49). pp. 22–31.
3. Egiazaryan K.A., Maksimov B.I., Askerov A.A., Vedernikov N.N., Matvienko M.I. Spoke osteosynthesis of distal radius metaphysis fractures // Department of Traumatology and Orthopedics. 2021. No. 3 (45). P. 62–71.
4. Latypov N.A., Golubev I.O. Treatment of distal radius metaphysis fractures in elderly patients: a literature review // Traumatology and Orthopedics of Russia. 2024. Vol. 30, No. 1. P. 129–141.
5. Maksimov B.I. Evolution of distal radius metaphysis osteosynthesis // Bulletin of the Pirogov National Medical and Surgical Center. 2022. Vol. 17, No. 4-2. P. 106–113.