

Иммобилизация производилась гипсовой лонгетой в положении умеренного сгибания пальцев и кисти сроком до 3 недель. В послеоперационном периоде на четвертые сутки после операции назначали УВЧ, пассивную разработку движений в пальцах. Через 3 недели гипсовую повязку снимали, и основной упор делали на активные движения в суставах пальцев. Всем больным назначали нейротропное лечение, физиолечение(УВЧ, кварц, ДДТ) и антибиотики по показаниям. Через 2-3 месяца направляли на санаторнокурортное лечение. Для устранения выраженных сгибательных контрактур пальцев использовали этапные лонгеты или дистракционный метод.

У большинства больных (24 пациента) получены хорошие результаты, у 3-х удовлетворительные (что связано с нарушением режима).

В заключение необходимо отметить, что лечение этих больных является очень сложной проблемой, требующей тщательного отбора на операцию, длительного лечения (не менее 6 месяцев), применения современных технологий и большого терпения от врачей и пациентов.

## **МЕТОД ДИСТРАКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ СТОЙКИХ КОНТРАКТУР ЛУЧЕЛОКТЕВЫХ СУСТАВОВ И ЗАСТАРЕЛЫХ ВЫВИХОВ ГОЛОВКИ ЛОКТЕВОЙ КОСТИ**

*Обухов И.А.*

Уральская государственная медицинская академия,  
ЦГКБ № 24, г. Екатеринбург

Проблема пронационно-супинационных контрактур лучелоктевых сочленений актуальна в связи с наличием большого количества больных с повреждениями переломами дистального эпиметафиза лучевой и локтевой костей, длительной иммобилизацией кисти и предплечья в функционально невыгодном положении. Стойкое нарушение ротационных движений предплечья наиболее часто встречаются при неправильно срастающихся или сросшихся переломах дистального эпиметафиза лучевой кости, вывихах головки локтевой кости.

**Целью работы** явилось изучение результатов лечения больных со стойкими пронационно-супинационных контрактурами лучелоктевых суставов, возникших после сросшихся и неправильно сросшихся переломов лучевой кости (6 случаев), в сочетании с застарелыми вывихами головки локтевой кости (5 случаев).

Больные обращались за медицинской помощью спустя 3 недели и более, из них 4 человека – в сроки от 3 недель до 6 недель, 6 человека – в сроки от 6 до 9 недель, 1 человек – в сроки более 4 месяцев. Во всех случаях позднее обращение было связано с ошибками диагностики и лечения на этапе амбулаторной службы. Мужчин было 7, женщин – 4. Больные были в возрасте от 17 до 52 лет.

Клинически определялось: выстояние головки локтевой кости в тыльную сторону (при пронационных контрактурах – 9 случаев) или ладонную сторону (при супинационных контрактурах – 2 случая), фиксация предплечья в положении супинации или пронации, пружинистая фиксация в дистальном лучелоктевом суставе при попытках ротации предплечья. При застарелых вывихах головки локтевой кости происходило формирование стойкой ротационной контрактуры. Головка локтевой кости в большинстве случаев смещалась в дорсальную сторону относительно лучевой кости, при этом возникала стойкая пронационная контрактура предплечья.

На рентгенограммах, выполненных в прямой и боковой проекциях определялись щель между локтевой и лучевой костями более 2 мм, особенно хорошо определяемая при выполнении сравнительных рентгенограмм. На боковых рентгенограммах отмечалось смещение головки в волярную или дорсальную стороны. Для исключения артрогенного компонента контрактуры, обусловленного смещением костных фрагментов лучевой кости, в трех случаях проводилась компьютерная томография дистального лучелоктевого сустава.

Для устранения вывиха головки локтевой кости и лечения контрактуры дистального лучелоктевого сустава применялся метод distraction с помощью аппарата Илизарова. Суть операции: под верхней проводниковой анестезией через среднюю и нижнюю треть локтевой кости проводились три спицы. Через

дистальный метафиз лучевой кости проводились две спицы. Все спицы закреплялись в 3 кольцах аппарата Илизарова с винтовыми шпильками. Спицы, введенные в лучевую кость, закреплялись на дистальном кольце аппарата. Между дистальным и промежуточным кольцом аппарата устанавливались деротационные приспособления, с помощью которых дозировано, устранялось смещение лучевой кости относительно локтевой и ликвидировалась порочная установка предплечья и кисти. Постепенное вправление головки осуществлялось в течение 2,5-3 недель. Контрольная рентгенография проводилась после клинически определяемого вправления вывиха головки локтевой кости. При наличии расширения суставной щели между лучевой и локтевой костями более 2 мм в 2 случаях в локтевую кость вводилась одна спица с упором, которой локтевая кость прижималась к лучевой. Затем аппарат стабилизировался на срок 3 недели, после чего снимался. Выполнялась интенсивная лечебная физкультура, направленная на восстановление пассивных движений в лучелоктевых сочленениях. Затем присоединялась активная гимнастика лучелоктевых суставов и механотерапия.

При стойких ротационных контрактурах дистального лучелоктевого сустава, образовавшихся после сращения дистального эпиметафиза лучевой кости, техника выполнения операции и послеоперационного ведения была аналогичной. Следует отметить, что после устранения стойких контрактур стабилизация аппаратом осуществлялась в течение 2 недель.

Отдаленные результаты лечения прослежены у всех 11 больных в сроки от 6 до 12 месяцев после операции. Хорошие результаты с восстановлением активных пронационно-супинационных движений в лучелоктевых сочленениях получены у 6 больных, удовлетворительные – у 4, неудовлетворительные - 1 больного. Рецидивов вывиха головки локтевой кости не отмечено. В 2 случаях на рентгенограммах в сроки 12 месяцев выявлены начальные явления деформирующего остеоартроза лучелоктевого сустава.

**Анализ результатов лечения** показал, что метод дистракции с помощью аппаратов Илизарова эффективен в лечении застарелых вывихов головки локтевой кости и стойких контрактур луче-локтевых суставов.