

ЛЕЧЕНИЕ НЕПРАВИЛЬНО СРАСТАЮЩИХСЯ И НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ЭПИМЕТАФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ МЕТОДОМ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ

Обухов И.А. Морозов И.Б., Лексин С.В., Шаламов И.А.

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

Лечение последствий повреждений дистального эпиметафиза лучевой кости представляет трудную задачу в связи с частым возникновением контрактур, неврологических расстройств. Основными принципами лечения этих повреждений являются наиболее точное восстановление анатомической формы и оси лучевой кости, надежная фиксация костных отломков на весь период сращения кости и ранняя функциональная нагрузка поврежденной конечности.

Проведено лечение 52 больных с неправильно срастающимися и неправильно сросшимися переломами дистального эпиметафиза лучевой кости. Больные поступали в сроки от 3 недель до 8 месяцев после травмы. При рентгенологическом исследовании обнаруживали «сминание» спонгиозной костной ткани с укорочением лучевой кости, изменение волярного и ульнарного углов наклона ее суставной поверхности, лучевую девиацию кисти, и угловое смещение отломков лучевой кости и дисконгруэнтность суставных поверхностей. Переломы дистального эпиметафиза лучевой кости в большинстве случаев встречались в сочетании с переломом шиловидного отростка локтевой кости, и в 5 случаях - вывиха головки локтевой кости. Клинически в случаях имел место синдром карпального канала, обусловленный грубым смещением дистальных отломков лучевой кости к тылу. У большинства больных на основе рентгенологического исследования определялся остеопороз костей предплечья и костей запястья.

Во всех случаях больным проводилось лечение с использованием аппаратов Илизарова. При неправильно срастающихся вне- и внутрисуставных переломах лучевой кости применялась технология закрытого остеосинтеза лучевой кости аппаратом

Илизарова. Она предусматривала проведение трех спиц через лучевую кость, одну из них через лучевую и локтевую кости. В дистальные отломки проводились две или три спицы, с учетом постиммобилизационного остеопороза, с двусторонним или консольным их креплением в аппарате. Дополнительно две спицы проводились через II-V пястные кости. Все спицы фиксировались в аппарате, состоящем из 3 колец, соединенных винтовыми шпильками, а на уровне кистевого сустава и шарнирными соединениями, с возможностью дозированного перемещения в направлении репозиционного положения.

Проводилась постепенное растяжение на уровне стыка костных отломков для формирования дистракционного регенерата, превышающего по своей величине размеры лучевой кости на 4-5 мм. Метод внешней фиксации обеспечивал возможность предотвратить компрессию эпиметафиза за счет создания постоянной тяги и осуществить постепенную репозицию костных отломков

В 4 случаях при выявлении дефекта лучевой кости в процессе дистракции и отсутствии признаков регенерации проводилась костная аутопластика кортикально-губчатым трансплантатом из гребня подвздошной кости.

По завершению репозиции в этом же аппарате при стабильной фиксации костных отломков лучевой кости проводилась дистракция мягких тканей на уровне кистевого сустава в режиме 1 мм в сутки для последующего устранения контрактуры. В послеоперационном периоде осуществлялась фиксация кисти аппарате в течение 3 недель. Затем аппарат снимался, и выполнялась интенсивная разработка движений в кистевом суставе.

При неправильном сращении лучевой кости с нарушением движений в кистевом суставе, болевом синдроме, ограничении движений пальцев, ослаблении силы схвата, проводилась корригирующая остеотомия лучевой кости на вершине деформации перелома доступом с тыльной стороны предплечья. Использование аппаратов внешней фиксации позволяло осуществлять на первом этапе дозированную, малотравматичную репозицию костных отломков с одновременным формированием дистракционного регенерата на уровне остеотомии, а на втором –

дистракцию мягких тканей кистевого сустава для восстановления его функции.

Отдаленные результаты лечения изучены у 40 больных в сроки более 1 года. Хороший результат получен в 28 случаях, удовлетворительный – в 11. Неудовлетворительный результат у одного больного был связан с преждевременным снятием аппарата и самовольным прекращением реабилитации.

Таким образом, метод внешней фиксации с помощью аппаратов Илизарова позволяет получить положительные отдаленные анатомические и функциональные результаты у больных с неправильно срастающимися и сросшимися переломами дистального эпиметафиза лучевой кости. Метод отличается малой травматичностью.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ КОНТРАКТУР КИСТЕВОГО СУСТАВА

Обухов И.А.

Уральская государственная медицинская академия,
г. Екатеринбург

Контрактуры кистевого сустава являются следствием тяжелых повреждений костей, образующих этот сустав: неправильно сросшихся эпиметафизарных переломов лучевой кости, переломов и застарелых вывихов костей запястья. Лечение тугоподвижности кистевого сустава представляет актуальную проблему хирургии кисти в связи с частым повреждением кистевого сустава и высоким процентом неудовлетворительных результатов.

Целью исследования являлся анализ результатов комплексного лечения посттравматических контрактуры кистевого сустава с помощью метода дистракции.

Материал и методы. В отделении хирургии кисти и центре косметологии и пластической хирургии проведено лечение 72 больных с контрактурами кистевого сустава. Мужчин было 49 женщин – 23. Возраст – от 13 до 58 лет. Больные поступали в сроки от 2 месяцев до 1,5 лет после травмы. В анамнезе у 38 больных были переломы дистального эпиметафиза лучевой к-