

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-

ти, у 29- застарелые вывихи и перелома-вывихи костей запястья, у 5 - послеожоговые деформации кисти. Хирургическая тактика при застарелых повреждениях кистевого сустава определялась состоянием сочленяющихся лучевой, локтевой костей и костей запястья, давностью травмы, состоянием мягких тканей. У 34 больных операции по устранению контрактуры кистевого сустава сочетались с оперативными вмешательствами по поводу неправильно срастающихся и сросшихся переломов лучевой кости, застарелых вывихов полулунной кости и ложных суставов ладьевидной кости.

Показанием к оперативному вмешательству служили стойкие контрактуры кистевого сустава с амплитудой движений менее 30° сроком более 6 месяцев при безрезультатности предшествующего консервативного лечения. Стойкие сгибательно-разгибательные контрактуры кистевого сустава отмечались у 39 больных, у 15 - разгибательные контрактуры и у 18 – сгибательно-разгибательные контрактуры кистевого сустава. Во всех случаях лечение проводилось с помощью метода distraction аппаратами Илизарова.

При неправильно срастающихся переломах осуществлялся закрытый distractionный остеосинтез аппаратом Илизарова, и в этом же аппарате проводилась distraction мягких тканей на уровне кистевого сустава, при неправильно сросшихся переломах лучевой кости - остеотомия и distractionный остеосинтез лучевой кости, а затем – distraction на уровне кистевого сустава.

При застарелых вывихах полулунной кости – первым этапом – distractionный остеосинтез на уровне кистевого сустава, вторым – открытое вправление вывиха полулунной кости с фиксацией спицей и аппаратом, и спустя 3 недели – distraction мягких тканей на уровне сустава по разработанной в клинике технологии.

При послеожоговых дерматодесмоартрогенных контрактурах кистевого сустава через среднюю треть лучевой кости и локтевую кость проводились две спицы перекрестно друг к другу, через дистальный метафиз лучевой кости – одна спица, две спицы проводились через II-V пястные кости. Спицы натягивались и закреплялись в аппарате Илизарова, состоящем из трех

колец, соединенных между собой винтовыми шпильками, а на уровне кистевого сустава – шарнирными соединенными, позволяющими осуществлять дистракцию в направлении, противоположном сформировавшемуся ограничению движений сустава. Проводилась дозированная дистракция на большую (10- 12 мм) величину, причем преимущественно в направлении, противоположном дооперационной деформации сустава. После снятия аппарата осуществлялось комплексное восстановительное лечение: интенсивная разработка движений в суставе, физиотерапевтическое лечение, массаж.

Отдаленные результаты лечения изучены у 44 больных, которым применялась увеличенная дистракция и у 5 больных, которым применялась традиционная технология. К хорошим отнесены случаи восстановления активной амплитуды сгибательно-разгибательных движений в кистевом суставе более 110° (более 80% от нормы), отсутствие болевого синдрома; к удовлетворительным – $60-100^\circ$ (40 – 80%), наличие периодических болей при выраженной нагрузке; к неудовлетворительным – амплитуда движений менее 60° (менее 40%), наличие постоянных болей в лучезапястном суставе.

Положительные результаты отмечены у 41 больного (93,2%), из них хорошие у 30 больных, удовлетворительные – у 11. Неудовлетворительные результаты (3 случая) были связаны с нарушением выполнения описанной технологии и проявлялись в виде рецидива контрактур, стойкого болевого синдрома, вероятно, обусловленного деформирующим остеоартрозом лучезапястного сустава после неправильных сращений лучевой кости.

Анализ результатов показал высокую эффективность дозированной дистракции мягких тканей кистевого сустава на большую величину, что дает основание продолжить применение в практике данной технологии в лечении тяжелых контрактур кистевого сустава.