

шью сосудистого зажима. Замораживание подлежащих тканей без нажима наконечника производится двукратно с экспозицией воздействия 8 секунд. После этого криокаутер удаляется из раны до оттаивания подлежащих тканей. Двукратное воздействие на сосуд позволяет дозированно разрушить только нервные окончания конечного симпатического пути, не повреждая сосудистой стенки и содержимого сосуда. Накладывают отдельные узловые швы на кожу, обрабатывают раствором антисептика и применяют давящую повязку.

После операции всем больным рекомендуется комплексное медикаментозное лечение, направленное на улучшение периферического кровотока, коррекцию вегетативных нарушений, с целью закрепления эффекта от симпатодеструкции, без учета клинично-морфологической формы и степени тяжести заболевания.

Для объективной оценки результатов лечения нами предложена балльная шкала, в основу которой положены показатели реовазографии, капилляроскопии и компьютерной КИГ. Каждый показатель оценивался по четырехбалльной системе.

Результаты исследования. В отдаленном периоде суммарный балльный показатель лечения, характеризующий отличные результаты в основной группе, был почти в 3 раза выше, чем в группе сравнения. Результаты предложенного комплексного лечения показали значительное превосходство интегрального показателя. Так, на 3 балла было оценено показатели в 3 раза более чем при лечении традиционными методиками.

Вывод. Использование ПКСД в комплексном лечении больных с КРБС позволяет добиться положительных результатов в 96% наблюдений.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕТОДА ДИСТРАКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ТЕНОГЕННЫХ КОНТРАКТУР ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Зубов Д.А., Обухов И.А.

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Метод дистракции в лечении контрактур пальцев кисти используется в течение более 30 лет. Применяются различные устройства и способы, однако до настоящего времени эффективность применения дистракции при тяжелых контрактурах пальцев кисти не превышает 72-78%. На кафедре травматологии, ортопедии и ВПХ УГМА на базе отделения хирургии кисти ЦГКБ №24 г. Екатеринбурга в конце 90-х годов была разработана и внедрена технология одномоментной дистракции на уровне всех суставов пораженных пальцев кисти. С помощью данной технологии удалось улучшить функциональные результаты лечения у больных с рубцовыми теногенными контрактурами, однако требуется совершенствование технологии для лечения тяжелых теногенных контрактур пальцев кисти.

Цель исследования – изучение эффективности технологии последовательной дистракции мягких тканей суставов пальцев кисти аппаратами внешней фиксации.

Материал и методы исследования. Представлен опыт лечения 136 больных с рубцовыми теноненными контрактурами пальцев кисти. За период с 2000 по 2010 гг. дистракционный метод использован в лечении 136 больных с рубцовыми посттравматическими теноненными контрактурами пальцев кисти. Для исследования выбраны данные истории болезней 85 больных с рубцовыми теноненными деформациями пальцев кисти. Больные были в возрасте от 18 до 60 лет. Средний возраст - 34 года. Больные распределены на 2 группы в зависимости выбранного способа оперативного лечения. В первую группу вошло 40 больных (53 пораженных пальца), во вторую группу – 45 больных (59 пораженных пальцев). В обеих группах имели место повреждения межфаланговых суставов. Контрактуры пястнофаланговых суставов соответственно отмечены в 14 случаях (1 группа) и 16 случаях (2 группа).

Во всех случаях применялся метод дистракции с использованием разработанных в клинике аппаратов всшей. Преимущественно использовались аппараты со сквозным проведением спиц через фаланги пальцев. В отличие от известного способа применения дистракционных аппаратов, в нашей клинике применялась дистракция мягких тканей, затем проводилась разработка движений в пораженном суставе. При дистракции происходил рост мягких тканей. После снятия АВФ ткани не успевали «затвердеть» и частично теряли способность к быстрому сокращению. Для уточнения тактики лечения перед операцией выполнялась рентгенография пораженных суставов в боковой проекции и рассчитывалась величина необходимой дистракции мягких тканей, окружающих сустав.

У больных первой группы применялся способ, основанный на последовательной дистракции мягких тканей суставов после устранения деформации. На пораженные суставы пальца накладывался аппарат внешней фиксации, с помощью дозированной дистракции пальцу придавалось положение, противоположное деформации, после чего посредством поочередной постепенной дистракции за фаланги на уровне каждого из суставов, осуществлялось высвобождение сухожилий из окружающих спаек, палец стабилизировался в аппарате в растянутом положении на 12-14 дней, затем аппарат снимался, проводилась интенсивная разработка движений в суставах и шинирование пальца в положении, противоположном деформации (положительное решение по заявке на патент № 2009133535/14).

У больных второй (контрольной) группы применялся способ, основанный на одномоментной дистракции мягких тканей после устранения деформации. Существенных различий в группах по полу, возрасту, причинам и срокам возникновения контрактур не было.

При наличии рубцового спаяния шитых ранее сухожилий с окружающими тканями на уровне пальца вторым этапом показан тенолиз с иссечением поверхностного сгибателя и восстановлением кольцевидных связок А2, А4. Для профилактики рецидивов контрактур проводился комплекс мероприятий, главными из которых являлись более длительная стабилизация пальцев в АВФ и после снятия его, ночное шинирование пальца в положении гиперкоррекции (в

течение 3 месяцев); при необходимости воссоздание баланса разгибателей и сгибателей пальцев посредством восстановительных операций на мягких тканях (шва, тенолиза, пластики сухожилий и связок), которые выполнялись вторым этапом (в I группе – 5 случаев, во второй – 7 случаев). Второй этап оперативного вмешательства проводился после разработки движений в суставах пораженных пальцев.

В основной группе хорошие результаты получены на 37 пальцах (69,8%), удовлетворительные – на 13 пальцах (24,5%), неудовлетворительные – на 3 пальцах (5,7%). В контрольной группе хорошие результаты получены в 30 случаях (50,8%), удовлетворительные – в 23 наблюдениях (38,9%), неудовлетворительные – в 6 наблюдениях (10,2%).

Применение данного подхода позволило с минимальной травматичностью из известных методов лечения, без дополнительных мобилизующих операций на сухожилиях и суставах (сокращение этапов и сроков лечения) восстановить движения пальцев, обеспечило возможность одноэтапного устранения тяжелых посттравматических десмотеноартрогенных и получать положительные функциональные результаты в 94,3% случаев.

Закключение. Дифференцированная последовательная дистракция мягких тканей на уровне пораженных суставов имеет преимущества перед одновременной дистракцией на уровне нескольких. Применение способ дистракционного тенолиза позволило улучшить косметические и функциональные результаты, избежать выполнения мобилизирующих операций, сократить сроки лечения контрактур пальцев в 1,5 раза в сравнении с традиционными способами. Лечение больных с посттравматическими теногенными контрактурами пальцев должно проводиться комплексно, с учетом индивидуальных особенностей клинического случая, непрерывно до стойкого восстановления функции пальцев кисти.

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ В «КРИТИЧЕСКОЙ ЗОНЕ»

Козюков В.Г.¹, Токарев А.Е.¹, Курникова О.В.¹, Лисов С.О.²

Пермская государственная медицинская академия

им. акад. Е. А. Вагнера, г. Пермь¹

МУЗ Медсанчасть №9 им. М. А. Тверье, г. Пермь²

Высокая частота повреждений сухожилий сгибателей пальцев кисти в «критической зоне», значительный процент неудовлетворительных исходов первичного шва, трудности последующей сухожильной пластики и длительность реабилитации таких пациентов определяют социальную и медицинскую значимость проблемы.

Целью исследования явилось улучшение исходов лечения при застарелых повреждениях сухожилий сгибателей пальцев кисти в «критической зоне».