

Использование на костного остеосинтеза и ранее восстановление стереотипа движений обеспечивает хорошее функциональное восстановление кисти и снижает сроки временной нетрудоспособности у больных с переломами костей кисти, однако, для сращения перелома необходима стабильная фиксация костных отломков, хорошая трофика мягких тканей и ранняя функция поврежденной конечности, что заставляет, при внутрисуставных переломах, и переломах фаланг пальцев кисти, во время выбора имплантата ориентироваться на малоинвазивные способы фиксации с высокой стабильностью. Таковыми являются компрессионные канюлированные винты как создающие оптимальные условия для сращения при сохранении скользких структур кисти.

МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВОГО СПАЯНИЯ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦА ФИКСАЦИОННОГО ГЕНЕЗА

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

Центральная городская клиническая больница № 24, г. Екатеринбург

Одним из редких осложнений после остеосинтеза трубчатых костей кисти является рубцовое спаяние сухожилий сгибателей с подлежащей костью. В литературе данная проблема представлена крайне скудно. Из оперативных технологий используется тенолиз сгибателей.

Цель работы – исследование эффективности технологии лечения больных с рубцовым спаянием сухожилий сгибателей, возникшего после остеосинтеза трубчатых костей кисти

Материал и методы исследования.

В отделении ортопедии ЦГКБ № 24 по поводу переломов трубчатых костей кисти и их последствий ежегодно оперируется 250-280 больных. Основными методами оперативного лечения являются остеосинтез спицами и аппаратами внешней фиксации. За последние 5 лет выявлены 5 пациентов, у которых после оперативных вмешательств по поводу закрытого или открытого остеосинтеза переломов фаланг пальцев и пястных костей спицами и аппаратом внешней фиксации, в послеоперационном периоде обнаружено отсутствие активного сгибания пальца. Активное сгибание пальцев кисти не восстановилось после увеличенного срока фиксации (замедленная консолидация) либо при невыполнении рекомендаций, данных в отделении на проведение восстановительного периода. Чаще всего это отсутствие занятий лечебной физкультурой (отсутствие грамотного, специально подготовленного по реабилитации больных с патологией кисти, инструктора), а так же пренебрежение возможностями кабинетов физиотерапии. В результате у больных отмечалось минимальное изолированное активное сгибание ногтевой фаланги (амплитуда 10-20°), отсутствие изолированного активного сгибания средней фаланги, при сохранении активного сгибания основной фаланги (амплитуда 70-80°).

Пациенты поступали в сроки от 2-х до 5 лет после проведенных операций остеосинтеза на костях кисти. Анатомическая форма костного скелета пальца

была восстановлена полностью. Чувствительность и пассивные движения так же сохранены в полном объеме.

В связи с нарушением функции активного сгибания пальцев больным проводилось оперативное вмешательство: тенолиз сухожилий сгибателей, резекция сухожилия поверхностного сгибателя пальца. Операции проводились по следующей методике: изогнутый (зигзагообразный) разрез от дистальной ладонной складки до дистального межфалангового сустава пальца. При ревизии во всех случаях выявлено, что сухожилия поверхностного и глубокого сгибателей пальцев плотно спаяны друг с другом, со стенками костно-фиброзного канала, кольцевидными и крестообразными связками на всем протяжении I и II зон. Данный факт позволил назвать выявленный процесс адгезивным тендовагинитом. Связки расщелились Z-образно, выполнялся тенолиз сухожилий сгибателей пальца с иссечением рубцов. Для исключения дальнейшего рубцового процесса на уровне II зоны нами предложено иссечение сухожилия поверхностного сгибателя пальца в пределах адгезивного процесса. Далее проводилось восстановление связок с некоторым их удлинением, ушивание раны. Гипсовая повязка не накладывалась.

В раннем послеоперационном периоде со 2-го дня назначались занятия ЛФК (как активные, так и пассивные движения), магнитотерапия. После снятия швов начинали более интенсивную ЛФК, включающую механотерапию; электрофорез с лидазой, КJ № 10 через день; ультразвук с гидрокортизоном №10; грязи №15-20. Большое внимание уделялось беседам с пациентами для поддержания мотивации, контролировалось качество и количество проведенных мероприятий.

При отслеживании отдаленных результатов (в сроки более 6 месяцев после операции) во всех случаях получены хорошие результаты, движения в пальцах восстановлены в полном объеме.

Вывод. При рубцовом спянии сухожилий сгибателей фиксационного резе-за эффективна технология тенолиза с одновременным иссечением поверхностного сгибателя.

ЧРЕСКОСТНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КИСТИ

Моховиков Д.С.

Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия»
им. акад. Г. А. Илизарова, г. Курган

Мы располагаем опытом лечения 19 больных в возрасте от 11 до 63 лет: 10 мужчин и девяти женщин с хондромами трубчатых костей кисти. В зависимости от рентген - анатомических вариантов поражения трубчатых костей кисти, выполнялись следующие виды резекции: внутрикостная резекция - 12 больных, сегментарная резекция с сохранением хондральной пластинки смежного сустава - пять больных, сегментарная резекция с сохранением хондральной пластинки смежного сустава - пять больных, сегментарная резекция труб-