

Из лучевых методов диагностики применялись рентгенография в стандартных проекциях и компьютерная томография. Основными рентгенологическими симптомами повреждения ДЛЛС являлись: расширение суставной щели ДЛЛС более чем на 2 мм на передне-задней рентгенограмме; расположение оси головки локтевой кости за пределами лучевой кости на боковой рентгенограмме (в норме локтевая кость располагается на одной линии с III пястной костью).

Компьютерная томография выполнялась в сомнительных случаях для уточнения диагноза. Использование аксиальной компьютерной томографии и мультипланарной реконструкции изображений позволяло детально оценить анатомотопографические соотношения в ДЛЛС и диагностировать минимальные тыльные и ладонные подвывихи. 3D-реконструкции давали объемное представление о взаимоотношении отломков и степени подвывиха ГЛК.

При ретроспективном изучении результатов консервативного лечения 47 больных с переломами дистального эпиметафиза лучевой кости и переломом шиловидного отростка локтевой кости, с частичным или полным разрывом ДЛЛС выявлено, что своевременная хорошая репозиция лучевой кости и устранение вывиха/подвывиха головки локтевой кости обеспечивает восстановление стабильности ДЛЛС. В сроки от 3 месяцев и более при сращении лучевой кости у 16-ти пациентов (34,0%) подвывих не был устранен, отмечено несращение шиловидного отростка локтевой кости, сохранялось расширение щели ДЛЛС. Клинически у больных сохранялся болевой синдром, усиливающийся при осевой нагрузке, и ограничение пронационно-супинационных движений, нестабильность ДЛЛС. В 6 случаях возникла необходимость оперативного лечения для восстановления формы и длины лучевой кости, и вправления ГЛК.

**Заключение.** Повреждения дистального лучелоктевого сочленения среди больных с переломами дистального эпиметафиза лучевой кости со смещением встречаются в 64,6% случаев. При переломах дистальных эпиметафизов лучевой и локтевой костей должна проводиться диагностика и поврежденный дистального лучелоктевого сочленения. В алгоритм диагностики поврежденный дистального лучелоктевого сочленения следует включать рентгенографию и компьютерную томографию дистального отдела предплечья.

## **ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ КИСТИ**

*Обухов И.А., Гилев М. В., Нудельман Н.С.*

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Лечение тяжелых послеожоговых деформаций верхней конечности представляет собой трудную проблему в связи с вовлеченностью в рубцовый процесс разных анатомических структур (кожи, сухожилий, суставов) и необходимость их хирургической коррекции. Применение кожных пластик, микрохирургических технологий замещения кожи и подлежащих тканей не обеспечивает полноценного восстановления функции кисти и пальцев. Одним из перспек-

тивных направлений лечения тяжелых послеожоговых деформаций является применение дистракционного метода, позволяющего мобилизовать достаточное количества пластического материала, нарастить мягкие ткани для замещения рубцовых дефектов и восстановления подвижности суставов.

**Цель исследования** - оценка эффективности дистракционного метода в хирургической коррекции послеожоговых деформаций кисти и пальцев.

**Материалы и методы исследования.** Проведено ретроспективное исследование историй болезней 52 больных с послеожоговыми рубцовыми деформациями кисти, лечившимися в отделении ортопедии МУ ЦГКБ №24 г. Екатеринбурга и Екатеринбургском центре пластической и эстетической хирургии с 2000 – 2010 гг. Использовались клинический и статистический методы исследования. Больные были в возрасте от 20 до 60 лет, мужчины – 69%, женщины – 31%. Среди этиологических факторов ожоги пламенем отмечались в 53,8%, ожоги жидкостями - 17,3%, контактные ожоги – в 15,4%, электроожоги – в 13,5% наблюдений. У 7 больных имели место послеожоговые деформации на обеих кистях, всего было 59 пораженных кистей. Послеожоговые дерматоде-смаартрогенные контрактуры (деформации 3 степени по Парину Б.В.) выявлены нами на 44 кистях. Деформации 4 степени (с выраженным рубцовым процессом, вывихами фаланг пальцев, анкилозами, дефектами костей) наблюдались на 15 кистях. Операции на кистях выполнялись в сроки от 4 месяцев до 11 лет после ожогов: от 4 до 6 месяцев – 12, от 6 месяцев до 1 года - 18, от 1 года до 3 лет - 20, свыше 3 лет – 9.

Для устранения рубцовых деформаций во всех случаях применялись аппараты внешней фиксации, с помощью которых проводилось одновременно и дермотензия с целью формирования запаса кожного покрова для последующей аутопластики местными тканями, и мобилизация связок, окружающих сустав, в котором было ограничение движений.

При послеожоговых контрактурах лечение в один этап (дистракция мягких тканей аппаратом внешней фиксации) было проведено в 62,7% случаев, в 37,3% наблюдений вторым этапом проводилась кожная и сухожильная пластика. При одноэтапном лечении после снятия аппарата в течение трех месяцев в ночное время проводилось шинирование пальца. Угроза рецидива контрактуры сохранялась при неполностью устраненном кожном «парусе» и отсутствии активного разгибания пальца, обусловленного посттравматическим дефектом сухожилия.

При двухэтапном лечении метод дистракции позволял устранить порочную установку пальцев и разработать движения в пораженных суставах. Вторым этапом лечения послеожоговых контрактур являлся комплекс мероприятий, направленных на предотвращение рецидива контрактуры и укрепление разгибательного аппарата пальца посредством ЛФК, длительного шинирования пальца.

При тенденции к рецидиву контрактур через 3-4 недели после снятия аппарата проводилась кожная пластика местными тканями на участках оставшихся и вновь формирующихся «парусов» кожных складок. При наличии

послеожоговых дерматодесмотогенных сгибательных контрактур с застарелыми повреждениями (дефектом) сухожилий разгибателей, после разработки движений для воссоздания равновесия сил сгибателей и разгибателей пальцев выполнялись операции на мягких тканях: пластика сухожилий разгибателей, как правило, с использованием рубцов и дистракционного регенерата. В послеоперационном периоде лечения рубцовых контрактур кисти применялось комплексное восстановительное лечение, в основе которого была разработка движений и размягчение рубцов с помощью массажа, грязей, физиотерапевтических процедур.

**Результаты.** Проведена оценка результатов лечения 32 больных (36 кистей) в сроки от 6 месяцев до 3 лет после операции. В качестве основы использовалась оценка результатов лечения по системе DASH, а также исследование амплитуды восстановления активных и пассивных движений в суставах пальцев кисти, устранения деформаций кисти. Положительные результаты достигнуты в 59,3%, удовлетворительные – в 31,2%, неудовлетворительные – в 9,3%. Во всех трех случаях неудовлетворительных результатов удалось улучшить функцию самообслуживания.

#### **Выводы**

1. Применение дистракционного метода в лечении послеожоговых деформаций обеспечивает наиболее щадящее восстановление объема мягких тканей для замещения дефектов кожного покрова и подлежащих мягких тканей.

2. При тяжелых послеожоговых деформациях с вовлечением сухожилий и суставов показали этапное лечение, причем первым этапом допустимо применение дистракционного метода с помощью аппаратов внешней фиксации для устранения дефицита мягких тканей, застарелых вывихов и подвывихов, и контрактур суставов, а вторым – кожные пластики местными тканями, сухожильные пластики.

## **ТАКТИКА ПРИ НЕПРАВИЛЬНОРАСТАЮЩИХСЯ И НЕПРАВИЛЬНОСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО ЭПИМЕТАФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ**

*Обухов И.А.<sup>1</sup>, Морозов И.Б.<sup>2</sup>*

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург<sup>1</sup>  
Центральная городская клиническая больница № 24, г. Екатеринбург<sup>2</sup>

В настоящее время в лечении повреждений дистального отдела лучевой кости применяются различные оперативные технологии, преимущественно на костный остеосинтез пластинами с угловой стабильностью. Однако при неправильнорастающих и неправильносросшихся переломах лучевой кости с дефектом кости и укорочением её, а также с сопутствующей контрактурой кистевого сустава и дистального лучелоктевого сочленения, при наличии остеопороза дистальных метафизов костей предплечья выбор оперативной технологии представляет большие трудности.