

послеожоговых дерматодесмотеногенных 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 показано 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 накостный 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.

Целью работы явилось определение эффективности чрезкостного остеосинтеза в лечении неправильносрастающихся и неправильноросшихся переломов дистального эпиметафиза лучевой кости.

**Материал и методы.** Представлен опыт лечения 64 больных с неправильносрастающимися и неправильноросшими переломами дистального эпиметафиза лучевой кости, находившихся на лечении в отделении хирургии кисти ЦГКБ № 24 и центре пластической хирургии г. Екатеринбурга. Больные поступали в сроки от 1 месяца до 1, 5 лет после травмы: в сроки от 1 месяца до 2 месяцев - 8, от 2-3 месяцев - 33, свыше 3 месяцев - 23. В 49 (76,5%) случаях переломы сопровождались контрактурой кистевого сустава с ограничением сгибательно-разгибательных движений и движений в суставах предплечья (в дистальном и проксимальном лучелоктевом сочленениях), в 27 (42,1%) случаях имел место остеопороз дистального отдела костей предплечья.

Всем больным проводилось лечение с применением аппарата Илизарова. В клинике использована дифференцированная тактика в зависимости от сопутствующих осложнений в виде контрактуры кистевого сустава. При неправильно срастающихся переломах лучевой кости проводился дистракционный остеосинтез: постепенное устранение деформации в аппарате Илизарова закрытым шадящим путем, без травматизации зоны повреждения лучевой кости посредством постепенного растяжения зоны сращения костных отломков. Дистракция проводилась на величину, превышающую размеры лучевой кости на 4-5 мм. Данная технология обеспечивала возможность предотвратить компрессию эпиметафиза после снятия аппарата. В 5 случаях отсутствия признаков регенерации после проведенной дистракции проводилась костная аутопластика кортикально-губчатым трансплантатом из гребня подвздошной кости.

По завершению репозиции и стабилизации отломков проводилась дистракция мягких тканей на уровне кистевого сустава для устранения контрактуры. Продолжительность дистракции составляла 2,5-3 недели, последующая стабилизация на уровне положения костных отломков в аппарате Илизарова в течение 1 месяца, и вместе с тем - продолжение дистракции на уровне кистевого сустава с расширением суставных щелей на уровне лучезапястного и среднезапястного суставов на 1-1,2 см. Общий срок фиксации в аппарате составлял в среднем 2- 2,5 месяца.

При неправильных сращениях первым этапом проводилась остеотомия лучевой кости на вершине деформации. При смещении костных отломков с укорочением лучевой кости менее 6 мм костные отломки сопоставлялись в ходе операции. При смещении отломков более 6 мм через последние проводились спицы, которые консольно закреплялись в аппарате Илизарова, и постепенно проводилась репозиция костных отломков. После сопоставления отломков и восстановления конгруэнтности суставных поверхностей, подтвержденного рентгенографией, аппарат стабилизировался на 3-4 недели. Вторым этапом проводилась дистракция мягких тканей на уровне кистевого сустава с целью постепенного растяжения связочного аппарата. После расширения щели лучезапястного и среднезапястного суставов на 0,9-1,0 см, аппарат стабилизировал-

ся на срок 2 недели. При неправильных сращениях лучевой кости общий срок фиксации составил в среднем 2,5 месяца. В случаях ротационных (супинационно-пронационных) контрактур предплечья первым этапом проводился distractionный остеосинтез лучевой кости, восстанавливались анатомические взаимоотношения лучевой и локтевой костей. Вторым этапом, не дожидаясь сращения лучевой кости, проводился частичный перемонтаж аппарата с введением дополнительных консольных спиц в лучевую и локтевую кости, и в аппарате проводилась постепенная деротация лучевой кости относительно локтевой. Общий срок фиксации в аппарате составлял 2,0-2,5 месяца. После снятия аппарата больные продолжали заниматься ЛФК пальцев, кистевого сустава и суставов предплечья.

**Результаты.** Ближайшие и отдаленные результаты (через 6 месяцев и более после операции) изучены у 42 больных. Оценка отдаленных результатов проводилась по системе DASH. Во всех случаях достигнуто восстановление анатомической целостности (сращения лучевой кости в правильном положении) и амплитуды движений в кистевом и дистальном лучелоктевом сочленениях. В 26 получен хороший результат, в 16 - удовлетворительный. Плохих результатов не выявлено.

**Заключение.** В лечении больных с неправильно срастающимися переломами и неправильными сращениями в сочетании с контрактурами кистевого сустава и сустава предплечья следует применять distractionные технологии, сочетающие одновременное восстановление анатомии и функции (движений) в смежных суставах. Использование аппаратов внешней фиксации при последних травмах дистального отдела лучевой и локтевой костей обеспечивает эффективное восстановление анатомии и функции предплечья и суставов.

## **ГИГРОМЫ ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ КИСТЕВОГО СУСТАВА: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

*Обухов И.А.<sup>1</sup>, Аристов А.Ю.<sup>2</sup>, Чибрик Д.В.<sup>1</sup>*

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

Дорсальные гигромы (ганглии) запястья (70% от всех видов гигром) обычно расположены на середине тыльной поверхности запястья. Консервативное лечение гигром приводит к рецидиву в 60-70% случаев. Радикальное оперативное лечение гигромы, суть которого заключается в вылушивании ее с последующим наложением швов, приводит к рецидиву в 25-40 % наблюдений. По мнению большинства исследователей, основными причинами возникновения осложнений является неправильная техника оперативного удаления, недооценка многообразия вариантов анатомического расположения гигром, отсутствие иммобилизации после удаления гигромы, ранняя нагрузка на оперированную конечность. В последние годы ряд исследователей обратили внимание на связь возникновения гигром с патологическими процессами в самом кистевом суставе или в связочном его аппарате.