

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 последствиях травм 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.¹, Аристов А.Ю.², Чибрик Д.В.¹

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург¹
Центральная городская клиническая больница № 24, г. Екатеринбург²

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.

Целью настоящего исследования явилось оценка диагностических возможностей компьютерной томографии и тактики лечения больных с тыльными гигромами кистевого сустава.

Материал и методы. Проведено изучение результатов лечения 15 больных с гигромами тыльной поверхности кистевого сустава, находившихся на лечении в отделении ортопедии ЦГКБ № 24 и центре пластической хирургии г.Екатеринбурга. Больные были в возрасте от 19 до 45 лет. Во всех случаях были женщины. Давность возникновения гигром от 3 месяцев до 10 лет. В 5 из 15 случаев больные обращались в клинику с рецидивами гигром после оперативных вмешательств, выполненных в различных медучреждениях города и области. Исследование включало клиническое предоперационное и интраоперационное исследование гигром (оценку локализации, размеров гигромы, определение «ножки», её протяженности, направления и места прикрепления), рентгенологическое исследование и компьютерное томографическое исследование кистевого сустава.

При клиническом обследовании было выявлено наиболее типичное расположение тыльных гигром на уровне лучезапястного сустава, над полулунной или головчатой костями, размеры гигром в среднем составляли 1,2х2,3х1,3 см, иногда достигающая 4,5 см³. У больных отмечалась боль в кистевом суставе, как правило, в проекции гигромы, слабость захватов кисти, косметический дефект. На рентгенограммах в стандартных проекциях в двух случаях на уровне тыльной части полулунной кости, и в 1 – в головчатой кости отмечались локализованные просветления, позволяющие заподозрить кисты. В остальных случаях признаков костной патологии нами не выявлено. На компьютерных томограммах в 12 случаях из 15 (80,0%) отмечались изменения костей запястья. В 9 случаях (60,0%) выявлен дефект сочленяющихся поверхностей (преимущественно со стороны головчатой кости), причем в 6 из них выявлена кистозная перестройка кости. Во всех случаях зона дефекта располагалась под гигромой или рядом (расстояние от зоны дефекта до гигромы не превышало 10 мм). Размеры дефекта не превышали 3 мм². Из 6 случаев без дефекта суставных поверхностей в 3 отмечалась кистовидная перестройка кости.

Показаниями для хирургического удаления гигром запястья являлись: её болезненность, значительное ограничение движения в кистевом суставе, локальное сдавление тыльной кожной веточки лучевого нерва (в 2 случаях); неэстетичный внешний вид кисти, неэффективность неоперативных методов лечения и быстрый рост образования.

Оперативная техника имела ряд особенностей. Разрез длиной до 2,5 см проводился поперечно, или по ходу бывшего рубца для обеспечения полноценного доступа к гигроме, ее ножке и внутрисуставной части. Во всех случаях обнаружено проникновение гигромы между влагалищами сухожилий разгибателей вглубь через капсулу сустава. При интраоперационном исследовании в 13 случаях из 15 обнаружена ножка гигромы, идущая под связочный аппарат кистевого сустава с прикреплением ее к костям в проекции ладьевидно-головчатого или головчато-полулунного, или ладьевидно-полулунного суставов. Ножка гигромы осторожно изолировалась и иссечение продолжалось до источника гиомы в соответствующем

суставе. После иссечения гигромы вместе с ножкой обязательно проводилась обработка зоны дефекта суставного края кости с помощью миниложки Фолькмана и подшивание связок в зоне образовавшегося дефекта мягких тканей на месте удаленной гигромы. В послеоперационном периоде осуществлялась иммобилизация ладонной гипсовой шиной в положении разгибания под углом 20-25 градусов в течение 3 недель после операции.

Ближайшие и отдаленные результаты (через 6 месяцев и более после проведенной операции) изучены у всех 15 больных. Боли не возобновлялись. Рецидивов гигром не выявлено. Косметических и функциональных дефектов не было.

Заключение. В диагностический алгоритм тыльных гигром запястья следует включать компьютерную томографию для более точного определения места и размеров дефекта суставного края костей запястья. Необходимо удалять гигромы вместе с ножкой и основанием в области сустава, с последующим укреплением связочного аппарата кистевого сустава.

ПОКАЗАТЕЛИ КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ФАЛАНГ И ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ КИСТИ ВНЕСУСТАВНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Педченко В.В., Сергеев К.С.

Тюменская государственная медицинская академия, г. Тюмень

Актуальность. Среди разнообразных повреждений кисти на переломы костей данного сегмента приходится более 30 %. В общей структуре переломов костей кисти на переломы пястных костей приходится 36% случаев, проксимальных фаланг- 23 %, средних -13%, дистальных -20%. Внесуставные переломы диафиза коротких трубчатых костей кисти составляют до 45%, в 78% переломы не сопровождаются повреждениями сухожилий, нервов и связочного аппарата (Волкова А.М., 1996). По данным многих авторов неуклонно растут частота и тяжесть повреждений костей кисти с длительной утратой нетрудоспособности – до 30% и высокой инвалидностью – до 30% (Азолов В.В. с соавт., 1995; Гришин И.Г. с соавт., 1986). Наибольшее число пациентов с данным видом травм приходится на лиц трудоспособного возраста (более чем в 80% случаев), что связано с производственной деятельностью и активной жизненной позицией. Несмотря на достижения современной травматологии остается высоким процент ошибок и осложнений при диагностике и лечении переломов кисти. При этом лечебные ошибки, заключающиеся в виде неполного восстановления поврежденных анатомических структур и использования нерациональных способов фиксации костных фрагментов составляют не менее 37 % от всех случаев обращений к врачу поликлинического уровня (Волкова А.М., 1996). В связи с этим поиск новых схем лечения и внедрение в практику хирургии кисти инновационных лечебных технологий и средств фиксации не теряет своей актуальности.

Материалы и методы исследований. Изучены результаты лечения двух групп больных со свежими закрытыми внесуставными переломами фаланг