

стороной. Исследование проводилось в положении пронации, крайней пронации, а так же супинации. Особое место занимает также исследование при проведении «stress-фактора» - т.е. исследование проводится в положении, когда пациент чувствует появления боли в суставе.

Анализ КТ-грамм при подозрении на динамическую нестабильность ДЛЛС проводился на основании различного смещения головки локтевой кости относительно сигмовидной вырезки лучевой кости. Для оценки степени смещения головки локтевой кости использовались 4 основные рентгенометрические технологии.

Объективно подтвержденный диагноз повреждения дистального лучелоктевого сочленения явился основанием для оперативного лечения 14 пациентов. В послеоперационном периоде пациентам проводилось повторное КТ исследование с целью контроля стабильности ДЛЛС.

Заключение. В диагностике лучелоктевой нестабильности следует использовать клинический, рентгенологический методы и компьютерную томографию. Проведение КТ с выполнением функциональных проб в различном положении, с выполнением «stress-фактора», является важным диагностическим тестом для выявления и подтверждения нестабильности в ДЛЛС.

К ВОПРОСУ ОБ АНТЕГРАДНОЙ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ ВНЕСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

*Баженов А.В.², Челноков А.Н.³, Чертков А.К.¹,
Рошаль С.М.², Панченко Е.Н.²*

Уральский государственный медицинский университет¹,
5 военный клинический госпиталь ВВ МВД России²,
УНИИТО им. В.Д. Чаплина³, Екатеринбург

Актуальность. Анатомические особенности строения дистального отдела плечевой кости ограничивают показания к применению антеградного интрамедуллярного остеосинтеза при переломах ниже уровня окончания канала. Используемая для антеградного введения стержня традиционная точка входа в костномозговой канал зачастую приводит к повреждению вращающей манжеты и суставной поверхности головки плеча и последующему развитию импиджмент-синдрома. Расширению показаний к антеградному интрамедуллярно-

му остеосинтезу переломов нижней трети плечевой кости может способствовать модифицированный фиксатор, разработанный на основе плоского клиновидного титанового стержня Зверева-Ключевского и применение технологии чрескостного остеосинтеза для интраоперационного управления отломками.

Цель. Оценить эффективность закрытого антеградного остеосинтеза внесуставных переломов нижней трети плечевой кости с использованием модифицированного плоского клиновидного титанового стержня и применением технологии fixator-assisted nailing.

Материал и методы. С помощью предложенного фиксатора оперированы 92 пациента с внесуставными переломами нижней трети плечевой кости. Репозиция и интраоперационное управление отломками выполнялась при помощи спицевого дистрактора, смонтированного из стандартных деталей набора для остеосинтеза по Илизарову. Остеосинтез осуществляли модифицированным эластичным плоским клиновидным титановым стержнем с возможностью проксимального блокирования (патент № 61542 РФ, 2006г.).

Результаты. Все операции были выполнены без открытия зоны перелома. В 4-х случаях потребовалась дополнительная внешняя стабилизация в течение месяца в связи с частичной потерей фиксации. В двух случаях при введении стержня в канал плечевой кости произошло его заклинивание из-за несоответствия ширины стержня и костномозгового канала плечевой кости. Сращение перелома достигнуто у 79 (85,8%) пациентов к двум мес. после операции. Одному больному был выполнен реостеосинтез ригидным стержнем с проксимальным и дистальным блокированием в связи с формированием псевдоартроза. У 89 (96,7%) пациентов через 3 мес. после операции не было ограничения амплитуды отведения в плечевом суставе.

Заключение. Применение предложенного стержня с использованием аппаратов внешней фиксации для антеградного остеосинтеза внесуставных переломов нижней трети плечевой кости позволяет избежать открытой репозиции отломков, уменьшая инвазивность вмешательства. Латерализация точки входа в канал минимизирует вероятность развития субакромиального конфликта и синдрома боли в плече. Необходимо четкое предоперационное планирование и определение размеров стержня во избежание заклинивания его в канале плечевой кости. Таким образом, закрытый антеградный интрамедуллярный остеосинтез при точном соблюдении разработанной медицинской технологии может стать методом выбора в лечении внесус-

тавных переломов дистального отдела плечевой кости в условиях специализированных отделений.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЯ РАЗГИБАТЕЛЯ II-V ПАЛЬЦЕВ КИСТИ В I ЗОНЕ

Байтингер В.Ф., Камолов Ф.Ф.
АНО НИИ Микрохирургии, г. Томск

Несмотря на кажущуюся простоту диагностики и лечения закрытых повреждений сухожилий разгибателей пальцев кисти, количество неудовлетворительных исходов лечения достигает 10–15,7%, а при сочетанных повреждениях – 61,2. Точность восстановления длины разгибателя – существенный фактор успешного лечения.

Цель исследования. Оценка отдаленных результатов оперативного лечения закрытых разрывов сухожилий разгибателей кисти в I-зоне по методике, применяемой в клинике АНО НИИ микрохирургии.

Материал и методы. Отдаленные результаты хирургического лечения оценивали в разные сроки после операции, но не ранее чем через 6 месяцев, путем случайной выборки (n=28) пациентов. Контроль регенерации сухожилия в области выполненного первичного шва осуществляли методом сонографии. Использовали также объективные критерии оценки дефицита разгибания дистальной фаланги пальцев по G.P. Crawford и субъективные данные по результатам анкетирования с помощью опросника DASH (The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand).

Результаты. По критерию дефицита разгибания дистальной фаланги (G. P. Crawford), только у 13 (46,5%) пациентов были получены отличные результаты: полное сгибание – разгибание дистальной фаланги. В 15 (53,5%) случаях были плохие результаты: дефицит разгибания дистальной фаланги от 7 до 32. По результатам опросника DASH мы получили следующие результаты: отличные у 16 (57,2%), плохие у 12(42,8%) пациентов.

Обсуждение. Дефицит разгибания дистальной фаланги обусловлен, по-видимому, неправильной иммобилизацией пальца (транссарткулярной фиксации дМФС в разогнутом состоянии). С точки зрения функциональной анатомии, при разгибании дистальной фаланги пальца (временный трансарткулярный фиксации) сухожиль-