

СИСТЕМА ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМ КИСТИ

Обухов И.А.

Уральский государственный медицинский университет,
Центральная городская клиническая больница № 24,
Центр косметологии и пластической хирургии г. Екатеринбург

Актуальность. Несмотря на многообразие методов, способов, средств внешней фиксации, проблема лечения последствий травм костей и суставов, контрактур еще не решена. В последние десятилетия в лечении последствий травм пальцев и кисти находят применение различные АВФ, неравноценные по конструктивным особенностям, жесткости и репонирующим свойствам. При бесконечном разнообразии травм и последствий повреждений костей и суставов кисти трудно надеяться на создание универсальной конструкции аппарата для лечения любого вида и локализации повреждений и последствий травм костей и суставов кисти.

Материал и методы. В работе представлены результаты лечения 650 больных с последствиями травм костей и суставов кисти, лечившихся в отделении хирургии кисти ЦГКБ № 24 и Центра косметологии и пластической хирургии г. Екатеринбурга за период с 2004 по 2013 гг. Большинство пациентов (559; 86,0%) поступало на оперативное лечение в сроки более 3 месяцев после травмы. Из общего числа больных у 194 имели место множественные повреждения костей и суставов. Всего было 844 застарелых повреждений, из них: в 187 случаях отмечались последствия диафизарных переломов; в 389—повреждения суставов; в 268 наблюдениях повреждения костей и суставов кисти сочетались с застарелым повреждением сухожилий сгибателей, разгибателей, десмогенными, рубцовыми и артрогенными контрактурами пальцев кисти. Во всех случаях использовалась разработанная в клинике система внешней фиксации (СВФ). СВФ основана на единой методологии, учитывающей жесткость различных средств фиксации, биомеханику и индивидуальные особенности случая. Выбор средства и способа ВФ определялся в каждом конкретном случае локализацией и видом повреждения кости и сустава, направлением смещения костных отломков, их количеством и величиной, локализацией и размерами рубца, величиной дефекта кости, суставного конца, кожного покрова. Наличие грубого рубца не являлось препятствием для проведения фиксаторов в костные отломки, так как

во всех случаях имелась альтернатива мест расположения фиксаторов и внешних опор аппарата. Аппараты собственных конструкций и усовершенствованные аппараты с известными подсистемами фиксации и перемещения, монтировались с учетом изученных в эксперименте биомеханических особенностей внутрисуставных повреждений и жесткости фиксации АВФ. В каждой группе последствий переломов, представляющей типичные ситуации, использовались стандартные конструкции (базовые модели аппаратов). На основе этих базовых моделей аппаратов (спицевых, стержневых и спицестержневых) выполнялись производные конструкции с учетом конкретных условий случая. При сочетании последствий травм костей и суставов кисти применялись конструкции аппаратов, обеспечивающие одновременно устранение деформаций поврежденных костей и стойких контрактур, дефектов пальцев кисти. При тяжелых многоструктурных повреждениях первым этапом устранялись деформации скелета, восстанавливалась ось, длина и форма поврежденной кости, вторым – восстанавливались пассивные движения суставов, третьим – проводились сухожильные и кожные пластики.

Использовались клинический, рентгенологический и статистический методы исследования.

Оценка результатов лечения проводилась в сроки 3, 6, 12 месяцев и более после операций по системе Маттис-Львова, а также по системе DASH.

Результаты. Оценка результатов проводилась по группам повреждений: последствия диафизарных переломов, внутрисуставных повреждений, застарелых многоструктурных повреждений костей, суставов, сухожилий, кожного покрова.

В первой группе хорошие и удовлетворительные результаты лечения получены в 94,6% случаев. Неудовлетворительные результаты были связаны с формированием стойких контрактур суставов, с образованием ложного сустава, с вторичным смещением и неправильным сращением.

В группе больных с последствиями внутрисуставных повреждений количество хороших и удовлетворительных результатов достигало 57,2% и 35,4% соответственно. Наиболее трудным было восстановление подвижности суставов после повреждений сухожилий (тенногенные контрактуры) и послеожоговых рубцовых контрактур пальцев кисти. Неудовлетворительные результаты (7,4%) отмечены в случаях рецидива стойких контрактур пораженных суставов, неправиль-

но сросшихся внутрисуставных переломов, рецидивов вывиха. В большинстве случаев неудовлетворительные результаты лечения были связаны с преждевременным снятием аппарата ВФ и с отсутствием восстановительного лечения после снятия АВФ.

В группе последствий травм, сочетающихся с контрактурами, застарелыми повреждениями сухожилий, рубцовыми деформациями положительные результаты составили 85,6%. Меньшая «результативность» оперативного лечения последствий травм костей, рубцов и повреждений сухожилий была связана с «накоплением» неудовлетворительных результатов после каждого из этапов, т.е. после каждого из этапов добавлялись новые случаи неудовлетворительных результатов. Результаты лечения тяжелых многоструктурных повреждений определяются не столько возможностью восстановления скелета и пассивных движений в суставах, сколько эффективностью хирургического восстановления сухожилий при их дефектах.

Заключение. Применение системы внешней фиксации обеспечивает восстановление анатомии и функции поврежденных костей и суставов пальцев и кисти. СВФ должна шире использоваться в реконструктивно-восстановительной хирургии кисти.

НЕЙРООРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ КОНТРАКТУРЫ ФОЛЬКМАННА

*Орешков А.Б.¹, Агранович О.Е.¹, Рождественский В.Ю.¹,
Шапкова Е.Ю.², Абдулрахим М.³*

Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера¹,
Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии²,
Лаборатория клинического ортезирования «Ортогералия», Санкт-Петербург³.

Актуальность. В 1881 г. Richard von Volkmann (Ellis H., 2012) в немецком журнале *Zentralblatt für Chirurgie* написал об ишемии, как о первопричине в ряде случаев паралича и контрактуры предплечья и кисти (реже голени и стопы). К схожему патологическому состоянию могут приводить сдавление плотной повязкой, отрыв или ушиб магистрального сосуда сегмента, его непреднамеренное перевязывание в ходе хирургического вмешательства. Не являясь казуистикой, данное состояние не встречается часто. Понимание этиологии и патогенеза в последние годы позволили несколько улучшить исходы этого заболевания, однако дискуссии специалистов продолжаются с каждым но-