

крючковым упором на каждой фаланге пальца, в зависимости от степени синдактилии. Спицы затем крепят к раме дистракционного аппарата.

Однако вышеуказанный способ невозможно использовать при костной синдактилии, так как при дистракции образуется костный регенерат, ведущий к рецидиву, что усложняет выполнение второго этапа - кожной пластики.

С учетом этого нами предложен способ лечения костной синдактилии, позволяющий посредством надсечения кожи по тылу кисти разделить синостоз и провести спицы с упором через приложенные к фалангам на местах бывшего костного сращения металлические дырчатые пластинки. Количество их может быть от 1 до 3-х с каждой стороны в зависимости от протяженности костного сращения. Концы спиц для упоров устанавливаем под углом к металлической пластине. Другие концы спиц закрепляем дистракционным аппаратом и осуществляем дозированную дистракцию для разведения пальцев.

При этом способе кожа подвергается меньшей травматизации из-за небольших разрезов по тыльной поверхности пальцев, при остеотомии сосудисто-нервные пучки и кожа ладонной поверхности защищаются от повреждения, а благодаря уложенным металлическим пластинкам по смежным боковым поверхностям разделенного синостоза при дистракции не образуется костный регенерат, что обычно происходит по закону напряжения растяжения. Этим самым предотвращается рецидив костной синдактилии, чем упрощается производство второго этапа лечения.

Через три-четыре недели, по достижении достаточного запаса кожи проводим второй этап операции - формирование межпальцевого промежутка одним из принятых способов кожной пластики.

В отделении патологии кисти НИЦТ"ВТО" по данному способу выполнено две операции. Осложнений не было. В обоих случаях получен хороший результат.

Таким образом, дистракционный метод способствует созданию запаса кожи, что уменьшает объем свободной кожной пластики, а при устранении костной синдактилии предотвращает рецидив ее.

И. Е. Микусев, П. И. Лернер, А. Л. Гиммельфарб, Р. Г. Кузнецова (Казань)

Восстановление функции суставов пальцев кисти на основе метода Илизарова

Recovery of articular function of hand fingers on the basis of the Ilizarov method

Для восстановления функции кисти при последствиях внутрисуставных повреждений пальцев не существует единого универсального метода лечения. Здесь, в зависимости от исходного состояния поврежденного сустава, могут быть использованы различные способы оперативного пособия: артролиз, мобилизация суставов с применением шарнирно-дистракционных аппаратов внешней фиксации, артропластика, эндопротезирование и артродез.

Показания к использованию шарнирно-дистракционных аппаратов ставят в тех случаях, когда имеются незначительные рентгено-анатомические нарушения суставных концов с тугоподвижностью в суставе.

Преимуществом способа является возможность закрытой мобилизации сустава с динамической его разгрузкой, что дает нам основание рассматривать это вмешательство как закрытый артролиз.

Следует указать, что значение артролиза в восстановлении функции суставов пальцев кисти при последствиях внутрисуставных повреждений в литературе освещены недостаточно. Наши клинические наблюдения позволили выявить еще одно преимущество использования шарнирно-дистракционных аппаратов, позволяющих получить динамическую разгрузку сустава после открытой мобилизации

его (т.е. открытого артролиза) и значительно улучшить функцию травмированного сустава даже после тяжелых сочетанных повреждений.

С целью профилактики инфицирования сустава при использовании шарнирно-дистракционных устройств мы отдаем предпочтение внесуставному проведению спиц, в отличие от аппаратов, оснащенных осевой спицей.

Если в проксимальных межфаланговых суставах необходимо бывает восстанавливать движения в одной плоскости, т.е. сгибание и разгибание, то в пястно-фаланговых суставах, помимо этого, следует восстанавливать также разведение и сведение пальцев. В связи с анатомо-функциональными различиями между проксимальным межфаланговым и пястно-фаланговым суставами, компонентов устройств для мобилизации упомянутых суставов несколько разнятся.

При мобилизации пястно-фалангового сустава принципиальное отличие внесуставного наложения шарнирно-дистракционного аппарата по разработанной нами методике заключается в том, что базовые спицы проводят трансosseально в пястную кость с тыла с дистанционным перекрестом, в то время как при аппаратной мобилизации проксимального межфалангового сустава осуществляют П-образное проведение базовых спиц через основную фалангу. Существенными отличиями предлагаемых нами компоновок аппаратов является то, что их можно устанавливать для разработки движений даже при четырех тугоподвижных суставах, например, 2 и 4 или 3 и 5 пальцев одновременно. При наложении аппарата большое значение имеет расположение шарнирного узла по отношению к точке проведения дистальной спицы, что является биомеханически обоснованным.

При устранении разгибательной контрактуры шарнирный узел устанавливают на уровне разрабатываемого сустава, а при сгибательной - дистальнее его. Осевая дистракция фаланги (со сгибанием или разгибанием, соответственно) начинается через 1-2 дня после наложения аппарата по 0,5-1 мм в сутки дробно в 4 приема. Создают диастаз между суставными поверхностями от 5 до 7 мм.

При разгибательной контрактуре проксимального межфалангового сустава, ослабив гайку на оси шарнира, производят постепенное сгибание средней фаланги. Путем затягивания гайки можно зафиксировать шарнир в необходимой позиции для разрабатываемого сустава.

При сгибательной контрактуре этого же сустава шарнирный узел выдвигают дистальнее его. При этом перемещение фаланги в тыльную сторону производят в том же темпе. Аппарат обеспечивает дистракцию тугоподвижного сустава с последующим постепенным устранением имеющейся у больного сгибательной или разгибательной контрактуры.

В. И. Мурашка, В. П. Лысенков, Ю. И. Шкроб (Пенза)

Наш опыт компрессионного артродезирования тазобедренного сустава внесочаговыми конструкциями

Our experience of compression arthrodesing of the hip, using extrafocal constructions

Несмотря на широкое внедрение в ортопедическую практику метода эндопротезирования тазобедренных суставов, в некоторых случаях артродез является единственно возможным оперативным пособием, позволяющим сохранить больным опороспособность нижней конечности.

В своей практике мы не используем погружные конструкции, отдавая предпочтение внесочаговой фиксации, учитывая общепризнанные ее преимущества.

За 14 лет в нашем отделении выполнено 97 операций у 79 пациентов, преимущественно с коксартрозами различного генеза (54%).

В 60 случаях производились открытые артродезы тазобедренного сустава.