

8. Кузник В.И., Васильев Н.В., Цыбиков Н.Н. Иммуногенез, гемостаз и неспецифическая резистентность организма. — М., 1989.

9. Кашиникова Л.Н., Панасюк А.Ф., Хайретдинова Т.В. Тезисы докладов IV Всесоюзного съезда ревматологов — Минск, 1991. — С. 154—155.

10. Лекарственная терапия воспалительного процесса/ Сигидин Я.А., Шварц Г.Я., Арзамасцев А.П., Либерман С.С. — М., 1988.

11. Маянский Д.Н. Хроническое воспаление. — М., 1991.

12. Насонова В.А., Сигидин Я.А. Патогенетическая терапия ревматических заболеваний. — М., 1985.

13. Салихов И.Г., Фомина Л.Л., Маянский А.Н., Копышкина Т.Н.// Лабор. дело. — 1989. — № 2. — С. 9—12.

14. Fassbender H.G.// EULAR Bull. — 1986. — № 2. — P.59—65.

15. Hunder G.G., McDuffie F.C.// J. Lab. Clin. Med. — 1972. — Vol. 79. — P. 62—74.

16. Kazatchkine M.// Sem. Нфр. — 1988. — Vol. 64. — P. 510—512.

УДК 616.717.6 — 001.6 — 089.8

СПОСОБ ОТКРЫТОГО ВПРАВЛЕНИЯ ЗАСТАРЕЛОГО ЛАДОННОГО ВЫВИХА ГОЛОВКИ ЛОКТЕВОЙ КОСТИ В ДИСТАЛЬНОМ ЛУЧЕЛОКТЕВОМ СУСТАВЕ

Г.Г. Неттов

Научно-исследовательский центр Татарстана “Восстановительная травматология и ортопедия”
(директор — чл.-корр. АНТ, проф. Х.З. Гафаров)

По данным литературы [1], открытое вправление застарелых вывихов головки локтевой кости давностью свыше 1,5—2 месяцев не имеет смысла, так как оно становится трудным, травматичным и ведет к неблагоприятным функциональным исходам. Мы не можем согласиться с этим утверждением, ибо даже на сроках более 2,5 месяца после переднего вывиха головки локтевой кости в дистальном лучелоктевом сочленении удается атравматично открытым способом вправить вывих и получить хорошие функциональные результаты. Свидетельством тому является наш небольшой опыт (2 случая) открытого атравматичного вправления с хорошими результатами.

Сущность нашего способа открытого атравматичного вправления ладонного застарелого вывиха головки локтевой кости в дистальном лучелоктевом сочленении заключается в следующем. Оперативный доступ осуществляем не общепринятым методом по локтевому краю предплечья, а с тыльного волнообразного доступа в проекции головки локтевой кости, при этом исключается опасность повреждения тыльной ветви локтевого нерва. Разрезаем кожу, тыльный удерживатель сухожилий рассекаем продольно в проекции пятого костно-фиброзного канала. Разгибатель V пальца крючком отводим в сторону. Далее продольно рассекаем, ближе к локтевой кости, тыльную лучелоктевую связку и осторожно отделяем ее от рубцовой спайки, с помощью которой она соединяется с суставной вырезкой лучевой кости. Суставную вырезку лучевой кости следует тщательно освобо-

дить от рубцовой ткани, не травмируя при этом суставную площадку вырезки, что является очень важным моментом в операции. Так же атравматично освобождаем от рубцовой ткани и головку локтевой кости, стараясь не повредить часть суставного диска, отделяющую лучезапястный сустав от дистального лучелоктевого сочленения. Эта часть суставного диска, как правило, при травме остается на месте, а фрагменты суставного диска, расположенные между вывихнутой головкой локтевой кости и лучевой костью, тщательно удаляем. Скрупулезное выполнение указанных деталей оперативной техники облегчает последующие манипуляции вправления вывиха и улучшает функциональные исходы операции.

Между локтевой и лучевой костями, проксимальнее лучелоктевого сустава вставляем лопаточку Буяльского и с ее помощью плавно производим легкое приподнимание (редрессацию) “утолщенной” головки локтевой кости, используя при этом лучевую кость как упор рычагу (лопаточке Буяльского). По достижении подвижности между костями лопаточку удаляем. Острым крючком оттягиваем в сторону рассеченную и освобожденную от рубцов тыльную лучелоктевую связку, чтобы она при вправлении вывиха не защемилась в лучелоктевом сочленении. Затем производим пронацию предплечья, при этом головку локтевой кости легко, без усилий вправляем на свое место, то есть устанавливаем в суставной вырезке лучевой кости. Придав предплечью среднее положение (между супинацией и пронацией), локтевую кость двумя спи-

цами поперечно за пределами сустава фиксируем к лучевой кости. Чтобы заживление раны протекало без осложнений, концы спиц выводим в противоположную от раны сторону предплечья и загибаем, а со стороны раны спицы скусываем на уровне поверхности кости.

Раны ушиваем наглухо. На тыльную лучелоктевую связку накладываем узловые швы. На место укладываем разгибатель V пальца и узловыми швами восстанавливаем целостность пятого костно-фиброзного канала. Производим гемостаз. Накладываем кожные швы и спиртовую повязку. Кисть в умеренной тыльной флексии фиксируем тыльной гипсовой лонгетой до снятия кожных швов (10-12 дней). Спицы удаляем через 6 недель с последующим физиомеханолечением. Приводим следующее клиническое наблюдение.

А., 47 лет, поступил в отделение кисти НИЦТ "ВТО" 01.03.1995 г. с диагнозом: застарелый ладонный вывих головки правой локтевой кости в дистальном лучелоктевом суставе давностью 2,5 месяца (рис. 1).

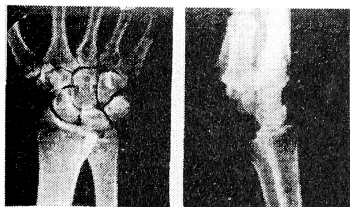


Рис. 1. Рентгенограмма больного А., 47 лет: застарелый ладонный вывих головки правой локтевой кости в дистальном лучелоктевом суставе давностью 2,5 месяца.

Из анамнеза: 2,5 месяца назад на улице крупная овчарка неожиданно схватила зубами правое предплечье и резко повернула руку по оси. Вначале травму расценили как ушиб и только спустя 3 недели при рентгенологическом обследовании был обнаружен ладонный вывих головки локтевой кости. В районной больнице была сделана попытка закрытого вправления вывиха, затем без рентгенологического контроля (ошибка!) на 3 не-

дели наложена гипсовая повязка. После ее снятия выяснилось, что вывих не устранен. Больного направили в отделение хирургии кисти центра, где 09.03.1995 г. ему было произведено открытое атравматичное вправление вывиха головки правой локтевой кости по описанному выше методу (рис. 2). Раны зажили первичным натяжением; кожные швы сняты на 10-й день; спицы удалены через 6 недель. Больной получил курс физиомеханолечения. Функция предплечья восстановлена полностью.

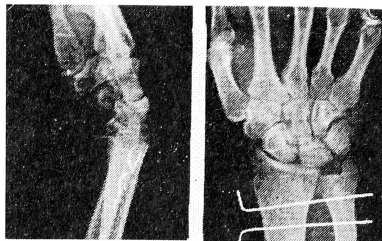


Рис. 2. Рентгенограмма того же больного после открытого атравматичного вправления вывиха головки правой локтевой кости по описанному методу и трансоссальной внесуставной фиксации спицами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкенази А.И. Хирургия кистевого сустава. — М., 1990.

Поступила 05.05.95.

OPEN SETTING METHOD OF THE CHRONIC PALM DISLOCATION OF THE ULNA HEAD IN DISTAL RADIOULNAR ARTICULATION

G.G. Nettov

Summary

The open setting atraumatic method of the chronic palm dislocation of the ulna head in distal radioulnar articulation is proposed. The author provides the necessity of careful clearance of the radius articular notch and ulna head from cicatricial tissue, retaining the anatomic structure of the dorsal radioulnar ligament and articular disk part separating the radiocarpal articulation from radioulnar one.

УДК 616.71 — 002.27 — 08

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ РЕФЛЕКТОРНЫХ СИНДРОМОВ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

В.П. Ефремов

Шахунская центральная районная больница (главрач — В.В. Шеблов) Нижегородской области

В структуре неврологической заболеваемости взрослого населения первое место (48—71,9%) среди причин временной утраты трудоспособности занимают поражения периферической нервной системы [1, 6]. Около 80% лиц в популяции на протяжении жизни пе-

реносят приступы поясничных болей. В отдельных сферах производства заболеваемость остеохондрозом с временной утратой трудоспособности варьирует от 14,5 до 25,7 на 100 работающих. Наиболее частой причиной этого заболевания являются дегенеративно-дис-