

Министерство здравоохранения Республики Беларусь  
Государственное учреждение «Республиканский научно-практический  
центр травматологии и ортопедии»



# **Актуальные вопросы связочной нестабильности коленного сустава**

материалы международной  
научно-практической конференции

29 мая 2015 г.

Минск  
2015

в больших дозировках (Кальций-Д3 Никомед Форте по 3 таб./сут.). Значительных отклонений в результатах при проведении лабораторных тестов остеопороза (определение Бетта-кросс Лапса и соотношения кальций/креатинин в моче) не было.

## ■ ВЫВОДЫ

1. При неполных суставных переломах дистального метаэпифиза лучевой кости (типа B2–B3 по Muller-AO) у пациентов с остеопорозом предпочтение отдается остеосинтезу накостными пластинами (удержание отломков и более точное воссоздание анатомии метаэпифиза лучевой кости).
2. Применение «минутного» теста на остеопороз и определение индекса Барнетта – Нордина у пациентов с переломами дистального метаэпифиза лучевой кости позволяют определить вероятность понижения костной плотности на ранних этапах лечения.

## ■ ЛИТЕРАТУРА

1. Неверов, В.А. Хирургическое лечение больных с переломами дистального метаэпифиза лучевой кости [Текст] / В.А. Неверов [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова: научно-практический журнал. – 2009. – Т. 168, № 1. – С. 66–70.
2. Комаровский, В.М. Современные проблемы лечения переломов дистального метаэпифиза лучевой кости и оценки его результатов [Текст] / В.М. Комаровский, О.П. Кезля // Военная медицина. – 2011. – № 4. – С. 130–133.
3. Семенкин, О.М. Хирургическое лечение больных с переломами дистального метаэпифиза лучевой кости [Текст] / О.М. Семенкин // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2010. – № 4. – С. 84–89.
4. Лоренс, Б. Риггз Остеопороз. Этиология, диагностика, лечение [Текст] / Б. Лорренс Риггз, Л. Джозеф Мелтон; пер. с англ. М.: «БИНОМ», 2000.

---

Киевец И.Н., Беспальчук П.И.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

6-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

## Туннельная апоневрэктомия при лечении контрактуры Дюпюитрена

### ■ ВВЕДЕНИЕ

Контрактура Дюпюитрена – заболевание соединительной ткани, вызванное рубцовым перерождением ладонного апоневроза, приводящее к возникновению сгибательно-разгибательных контрактур пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов пальцев кисти. Чаще эта патология затрагивает IV, V или III пальцы (2). Консервативное лечение контрактуры Дюпюитрена, за более чем полуторавековой период применения, исчерпало свои ресурсы. Общеизвестно, что положительных результатов при данном заболевании можно добиться только путем хирургического вмешательства (3).

Основные разновидности оперативных пособий при контрактуре Дюпюитрена включают открытую или перкутанную апоневротомию (в том числе при помощи внеочагового компрессионного остеосинтеза) рубцовых тяжей ладонного апоневроза и их апоневрэктомия (1).

## ■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выбор хирургической тактики зависит от степени выраженности патологии и напрямую связан с изменением кожных покровов кисти. Исходя из опыта работы республиканского центра хирургии кисти, функционирующего на базе 6-й клинической больницы г. Минска, наиболее оптимальные результаты хирургического лечения как в функциональном, так и в косметическом плане наблюдаются в случаях выполнения оперативных доступов по ладонным складкам и у основания пораженных пальцев. Вначале производится выделение и иссечение трапециевидного участка ладонного апоневроза через открытый доступ, выполненный по одной из продольных складок у основания кисти. Затем выделяется рубцово-измененный тяж апоневроза, который тупо и остро отделяется подкожно в дистальном направлении от окружающей подкожной клетчатки и ладонных сосудисто-нервных образований. После этого производится пересечение рубцового тяжа и извлечение его проксимального участка через первичный доступ. Следующим этапом осуществляется разрез кожи по дистальной ладонной складке. Выделенный рубцово-измененный тяж ладонного апоневроза захватывается зажимом Кохера и отделяется от окружающих тканей в проксимальном и дистальном направлениях. При значительном распространении уплотненной ладонной фасции на палец в отдельных случаях выполняется дополнительный кожный разрез у основания пальца и полное иссечение рубцово-измененного тяжа. Осуществляется тщательный гемостаз. Раны ушиваются узловыми швами. Накладывается давящая асептическая повязка. Гипсовая иммобилизация кисти в течение двух недель, после чего снимаются кожные швы и проводится курс физиотерапевтического лечения, ЛФК.

## ■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Изучены результаты хирургических вмешательств у 20 больных в возрасте от 37 до 66 лет, оперированных по данной методике. Во всех случаях функция пальцев кисти восстановлена полностью, чувствительность их не нарушена, кожные покровы ладони мягкие, неотличимы от соседних участков. Спустя год и более после выполнения хирургических вмешательств операционные доступы идентифицируются с большим трудом, так как совпадают с естественными ладонными складками пациента.

## ■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наши наблюдения позволяют рекомендовать выполнение туннельной апоневрэктомии при наличии у пациентов контрактуры Дюпюитрена II–III ст. с преимущественным поражением одного из пальцев кисти в тех случаях, когда кожные покровы, располагающиеся над рубцово-измененным тяжом ладонного апоневроза не имеют трофических нарушений, довольно мобильны, участок рубцово-измененный тяжей ладонного апоневроза хорошо идентифицируется в окружающих мягких тканях.

## ■ ЛИТЕРАТУРА

1. Rayan, G.M. Dupuytren's disease: Anatomy, pathology, presentation, and treatment / G.M. Rayan // J. Bone Joint Surg. (Am.). – 2007. – Vol. – 89 (1). – P. 189–198.
2. Norotte, G., Apoil, A., Travers, V. A ten years follow-up of the results of surgery for Dupuytren's disease / G. Norotte, A. Apoil, V. Travers // Ann. Chir. Main. – 1988. – Vol. 7. – P. 277–281.
3. Prommersberger, K.G. Dupuytren's contracture / K.G. Prommersberger // FESSH Instructional Course Book. – Poznan. – 2009. – P. 71–72.