

УДК 616.717.9-001.5/6

БОРЗЫХ А.В., СОЛОВЬЕВ И.А., ПОГОРИЛЯК А.И., ТРУФАНОВ И.М., КРАВЧЕНКО А.В., БОРЗЫХ Н.А.
НИИ травматологии и ортопедии Донецкого национального медицинского университета
им. М. Горького
Областная клиническая травматологическая больница, г. Донецк

ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Резюме. Авторами приведен опыт лечения 107 пациентов с внутрисуставными повреждениями пальцев кисти. Установлено, что пролонгирование оперативного лечения у пациентов с внутрисуставными переломами, вывихами и переломовывихами пальцев кисти более 1 месяца приводит к необходимости артродезирования или пластики сустава. У таких пациентов необходимо отдавать предпочтение эндопротезированию суставов пальцев кисти, а при повреждении нескольких пальцев — пластике «утильным» суставом.

Ключевые слова: внутрисуставные переломы, вывихи, переломовывихи фаланг пальцев кисти.

Совершенствование лечения пациентов с внутрисуставными переломами, переломовывихами и вывихами пальцев кисти является актуальным вопросом. По данным литературы, внутрисуставные повреждения пальцев кисти составляют от 28 до 32 % среди всех травм кисти [1–3]. Несмотря на важность проблемы и наличие различных методик лечения, число осложнений при лечении пациентов с данной патологией, по данным различных авторов, колеблется от 30 до 80 % [4]. Наиболее частыми осложнениями при лечении пациентов с внутрисуставными переломами и вывихами пальцев кисти являются посттравматические контрактуры, анкилозы суставов, несросшиеся переломы, деформации пальцев, болевой синдром.

При неудовлетворительном результате лечения повреждения даже одного сустава пальца нарушается функция кисти в целом.

Материалы и методы

Был проведен анализ 107 историй болезней пациентов, находившихся на лечении в отделении микрохирургии кисти областной травматологической больницы г. Донецка в период с 2008 по 2011 годы со свежими и застарелыми внутрисуставными переломами, переломовывихами и вывихами пальцев кисти. В числе пациентов было 88 мужчин и 19 женщин, средний возраст которых составил 32 года, при этом 82 пациента (77 %) были в возрасте до 50 лет. Большинство пациентов — 63 человека (59 %) — поступили в течение 24 часов после травмы, 44 (41 %) — в сроки от 10 дней до 6 месяцев. Из них 5 поступили после ранее проводимого оперативного лечения, 11 пациентов не обращались в медицинские учреждения вовсе или у них не было диагностировано повреждение, 28 пациентов лечились консервативными методами (медицинская помощь оказана в ближайшие сроки после травмы в пределах попытки репозиции перелома или вправления вывиха с последующей гипсовой иммо-

билизацией). Такие пациенты поступали для оперативного лечения в сроки от 3 недель после травмы.

Пациенты были разделены на 4 группы. В первую группу входили пациенты с закрытыми или открытыми внутрисуставными переломами или переломовывихами пальцев кисти, поступившие в ургентном порядке, — всего 64 пациента (59 %); во вторую — с застарелыми внутрисуставными переломами пальцев кисти — 21 (20 %); в третью — с застарелыми вывихами фаланг пальцев кисти — 9 (8 %); в четвертую — с застарелыми переломовывихами — 13 (13 %).

Пациентам 1-й группы в 46 случаях (72 %) выполнен металлоостеосинтез спицами или винтами, в 14 (22 %) — первичный артродез, в 2 случаях (3 %) — скелетное вытяжение рамочными конструкциями, в 2 случаях (3 %) — аутоартропластика. Во 2-й группе: первичный артродез — в 11 случаях (52 %), металлоостеосинтез спицами — в 4 случаях (19 %), удаление фрагмента — в 4 случаях (19 %), скелетное вытяжение рамочными конструкциями — в 2 случаях (10 %). В 3-й группе пациентам с застарелыми вывихами фаланг пальцев кисти в 4 случаях (44 %) выполнены открытое вправление и фиксация спицами, эти пациенты поступили в сроки до 1 месяца. В 5 случаях (56 %) — артродез более чем через 1 месяц после травмы. В 4-й группе пациентам с застарелыми переломовывихами пальцев кисти в 11 случаях (85 %) выполнен артродез, в 2 (15 %) — открытое вправление, репозиция и фиксация спицами.

Результаты и обсуждение

Основными осложнениями, приводившими к вторичному артродезу, являлись посттравматические контрактуры, артрозо-артриты с выраженным болевым синдромом, деформации, несращения переломов, дефекты костной ткани.

При своевременном оперативном лечении пациентов 1-й группы — моделировании суставных поверхностей и

восстановлении капсульно-связочного аппарата — у большинства наблюдались хорошие и удовлетворительные результаты. Первичная аутоартропластика суставов пальцев кисти была выполнена «утильным» суставом, взятым с ампутированного в итоге значительного повреждения пальца того же пациента, в результате был получен хороший функциональный результат. При внутрисуставном повреждении по типу пилона с многооскольчатым характером повреждения была наложена дистракционная рамочная конструкция — результат удовлетворительный.

У пациентов 2-й группы при анализе первичных снимков в большинстве случаев при консервативном лечении можно прогнозировать заведомо негативные результаты. Такие пациенты поступали для лечения с несросшимися, срастающимися или сросшимися в порочном положении внутрисуставными переломами, дефектами костной ткани. При наличии больших фрагментов и удовлетворительном состоянии суставного хряща выполнялись репозиция и металлоостеосинтез. При несросшихся оскольчатых переломах с повреждением суставной поверхности и стабильностью сустава при движениях выполнялось удаление мелких фрагментов, при наличии нестабильности и отсутствии возможности фиксировать отломок — скелетное вытяжение в рамочных конструкциях. В остальных случаях выполнялся артродез.

Решение о выполнении артродеза у пациентов 3-й группы происходило на основании рентгенограмм и состояния суставных поверхностей непосредственно во время ревизии при оперативном вмешательстве. При сроках вмешательства до 1 месяца состояние тканей и суставной поверхности позволяло выполнить открытое вправление.

У пациентов с застарелыми переломовывихами 4-й группы практически во всех случаях рентгенологически и клинически наблюдались необратимые изменения сустава и околосуставных структур. Решение о реконструктивной операции принималось крайне редко.

У пациентов 3-й и 4-й групп, поступавших в сроки более 1 месяца после травмы, наблюдались выраженные патологические изменения суставных поверхностей, что вынуждало к артродезированию сустава. Однако и после реконструктивных операций в отдаленном периоде наблюдалось постепенное снижение функции и появление осложнений.

Анализируя отдаленный результат лечения пациентов, находившихся под наблюдением, установлено, что у 2 пациентов второй группы, 1 — третьей и 1 — четвертой возникли проявления выраженного посттравматического деформирующего артроза. 3 пациента 1-й группы после первичной открытой репозиции и металлоостеосинтеза внутрисуставных переломов повторно обращались в сроки от 1,5 до 5 месяцев с осложнениями в виде деформации, тугоподвижности, болевого синдрома. Всем пациентам выполнен артродез. У данных пациентов при первичном вмешательстве отмечалось повреждение суставной поверхности от 30 %. При оценке отдаленных результатов лечения рамочными конструкциями отмечалось выраженное снижение функции сустава в течение 1 года у пациентов с застарелыми внутрисуставными переломами 2-й группы по сравнению с таковыми из 1-й группы.

При внутрисуставных повреждениях любых суставов необходимо учитывать не только анатомическое соотно-

шение поверхностей, но и состояние капсульно-связочного аппарата и непосредственно суставных хрящей. Большинство внутрисуставных повреждений требует оперативного вмешательства, основной задачей которого является моделирование суставной поверхности. Пролонгация в лечении и соответственно начале и длительности реабилитации негативно сказывается на состоянии суставных структур — хряща, капсулы, связочного аппарата, деструктивные изменения в которых в конечном итоге ведут к ухудшению функции сустава.

Суммируя результаты лечения пациентов с застарелыми внутрисуставными повреждениями, мы видим, что большинству — 63 % пациентов, находившихся под наблюдением, в конечном итоге был выполнен артродез в результате дистрофических изменений или травматической деструкции суставных поверхностей. Таким пациентам было бы целесообразно произвести эндопротезирование поврежденных суставов [5].

Выводы

Пролонгирование оперативного лечения по показаниям у пациентов с внутрисуставными переломами и переломовывихами пальцев кисти более 1 месяца в большинстве случаев приводит к необходимости артродезирования или пластики сустава в отдаленном периоде, а также к значительному увеличению длительности лечения. При застарелых вывихах пальцев кисти в сроки более 1 месяца наступают дистрофические изменения суставных хрящей, приводящие к необходимости выполнения артродеза. При тяжелых внутрисуставных повреждениях нескольких пальцев целесообразно выполнять первичную аутоартропластику «утильным» суставом. У пациентов с внутрисуставными повреждениями пальцев кисти и осложнениями в виде посттравматических контрактур, артрозо-артритов с выраженным болевым синдромом, деформаций необходимо отдавать предпочтение эндопротезированию суставов пальцев кисти, нежели их артродезу.

Список литературы

1. Варін В.В. Стабільно-функціональний остеосинтез п'ястих кісток та фаланг пальців кисті: Автореферат канд. мед. наук. — 2000. — 9 с.
2. Курінний І.М. Особливості патогенетичних механізмів формування стійких згинальних контрактур пальців кисті у хворих з наслідками поєднаної травми кисті та передпліччя / Курінний І.М., Страфун С.С., Гайович В.В. // *Ортопедия, травматология и протезирование*. — 2000. — № 4. — С. 29-35.
3. Науменко Л.Ю. Результати хірургічного лікування хворих з наслідками травм пальців кисті / Науменко Л.Ю., Маметьєв А.А., Варін В.В. // *Травма*. — 2010. — Т. 11, № 1. — С. 34-37.
4. Дорогань С.Д. Медицинская реабилитация больных с последствиями сочетанных травм кисти / Дорогань С.Д. // *Ортопедия, травматология и протезирование*. — 2003. — № 2. — С. 132-134.
5. Wolfe, Scott W., Green, David P. *Operative Hand Surgery*. — 6th ed. — 2010. — Vol. 2. — P. 1102-1103.

Получено 18.11.11 □

Борзих О.В., Соловйов І.О., Погоріляк А.Й., Труфанов І.М.,
Кравченко О.В., Борзих Н.О.
НДІ травматології і ортопедії Донецького національного
медичного університету ім. М. Горького
Обласна клінічна травматологічна лікарня, м. Донецьк

ЛІКУВАННЯ ВНУТРІШНЬОСУГЛОБОВИХ ПОШКОДЖЕНЬ ПАЛЬЦІВ КИСТІ

Резюме. Авторами наведено досвід лікування 107 пацієнтів із внутрішньосуглобовими ушкодженнями пальців кисті. Встановлено, що пролонгування оперативного лікування у пацієнтів із внутрішньосуглобовими переломами, вивихами і переломовивихами пальців кисті понад 1 місяць призводить до необхідності артротрощування або пластики суглоба. У таких пацієнтів необхідно віддавати перевагу ендопротезуванню суглобів пальців кисті, а при пошкодженні декількох пальців — пластичі «утильним» суглобом.

Ключові слова: внутрішньосуглобові переломи, вивихи, переломовивихи фаланг пальців кисті.

Borzykh A.V., Solovyov I.A., Pogorilyak A.Y., Trufanov I.M.,
Kravchenko A.V., Borzykh N.A.
R&D Institute of Traumatology and Orthopedics of Donetsk
National Medical University named after M. Gorky
Regional Clinical Traumatology Hospital, Donetsk, Ukraine

TREATMENT OF INTRAARTICULAR INJURES OF FINGERS

Summary. The authors presented the treatment experience of 107 patients with intraarticular injuries of fingers. It was found out, that prolongation of surgical treatment of patients with intraarticular fractures, dislocations and dislocation fracture of finger bones for more than 1 month leads to necessity of arthrodesis or arthroplasty. In these patients finger replacement arthroplasty should be preferred, and in injuries of some fingers — arthroplasty by joint from nonviable finger.

Key words: intraarticular fractures, dislocations, dislocation fracture of finger bones.