

УДК:616.727.8-001.5-089.227.84

ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

к.м.н.,доц. Назарова Н.З.,

Аллаёров А.М.,

Иззатиллоев Э.А.

Резюме. В данной работе представили результаты лечения 107 пациентов с внутрисуставными переломами пальцев кисти. Исследование выявило, что задержка оперативного вмешательства у лиц с переломами, вывихами и комбинированными повреждениями пальцев более месяца может привести к необходимости проведения артродезирования или пластики сустава. В таких случаях рекомендуется отдавать предпочтение эндопротезированию суставов пальцев, а при повреждении нескольких пальцев – рассмотреть пластику с использованием "утильного" сустава.

Ключевые слова: внутрисуставные переломы, вывихи, перелома-вывихи фаланг пальцев кисти.

Актуальность:

Совершенствование лечения пациентов с внутрисуставными переломами, перелома-вывихами 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 и 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 Экстренной травматологии, хирургии кисти и суставов Ташкентской медицинской академии г. Ташкент в период с 2021 по 2024 годы со свежими и застарелыми внутрисуставными переломами, перелома-вывихами 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 иммобилизацией). Такие пациенты поступали для оперативного лечения в сроки от 3 недель после травмы.

Пациенты были распределены между четырьмя группами. Первая группа включала тех, у кого внутрисуставные переломы или перелома-вывихи пальцев кисти были как закрытыми, так и открытыми, и которые поступили в срочном порядке – всего 64 пациента (59%). Во второй группе находились те, у кого были застарелые внутрисуставные переломы пальцев кисти – 21 человек (20%). Третья группа включала пациентов с застарелыми вывихами фаланг пальцев кисти – 9 человек (8%). Четвертая группа состояла из пациентов с застарелыми перелома-вывихами – 13 человек (13%).

В первой группе 46 пациентам (72%) применили металлическую остеосинтез спицами или винтами, в 14 случаях (22%) провели первичный артродез, в 2 случаях (3%) использовали скелетное вытяжение рамочными конструкциями, а в еще 2 случаях (3%) – аутоартропластику. Во второй группе осуществлен первичный артродез в 11 случаях (52%), металлическая остеосинтез спицами в 4 случаях (19%), удаление фрагмента в 4 случаях (19%), и скелетное вытяжение рамочными конструкциями в 2 случаях (10%). В третьей группе, где пациенты сталкивались с застарелыми вывихами фаланг пальцев кисти, открытое вправление и фиксация спицами были проведены в 4 случаях (44%), при поступлении в течение первого месяца после травмы. Артродез был выполнен в 5 случаях (56%) более чем через месяц после травмы. В четвертой группе, представляющей пациентов с застарелыми перелома-вывихами пальцев кисти, артродез был проведен в 11 случаях (85%), а открытое вправление, репозиция и фиксация спицами – в 2 случаях (15%).

Результаты и обсуждение:

Основными причинами, требующими вторичного артродеза, были посттравматические контрактуры, артроз-артриты с интенсивным болевым синдромом, деформации, несращение переломов и дефекты костной ткани.

При своевременной оперативной обработке пациентов первой группы, включающей моделирование суставных поверхностей и восстановление капсульно-связочного аппарата, у большинства достигнуты хорошие и удовлетворительные результаты. В частности, применение первичной аутоартропластики суставов пальцев, используя "утильный" сустав, взятый из ампутированного поврежденного пальца этого же пациента, привело к хорошему функциональному восстановлению. В случаях внутрисуставного повреждения типа пилона с многооскольчатый характером повреждения применялась дистракционная рамочная конструкция с удовлетворительными результатами.

У пациентов второй группы, при анализе первичных снимков, в большинстве случаев консервативное лечение предвидело явно

неблагоприятные результаты. Эти пациенты обращались для лечения с несросшимися, срастающимися или сросшимися в неправильном положении внутрисуставными переломами, а также с дефектами костной ткани. При наличии крупных фрагментов и удовлетворительном состоянии суставного хряща выполнялась репозиция и остеосинтез. При несросшихся оскольчатых переломах с повреждением суставной поверхности и стабильностью сустава при движениях проводилось удаление мелких фрагментов; если наблюдалась нестабильность и невозможность фиксации отломка, то применялось скелетное вытяжение в рамочных конструкциях. В остальных случаях применялся 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 перелома-вывихами 4-й группы практически во всех случаях рентгенологически и клинически наблюдались необратимые изменения сустава и околоуставных структур. Решение о реконструктивной операции принималось крайне редко.

У пациентов третьей и четвертой групп, поступивших более чем через месяц после травмы, наблюдались выраженные аномальные изменения суставных поверхностей, что привело к необходимости проведения артродеза. Несмотря на реконструктивные операции, в отдаленном периоде отмечалось постепенное ухудшение функции и появление осложнений. Анализируя отдаленные результаты лечения под наблюдением, выявлено, что у 2 пациентов второй группы, 1 из третьей и 1 из четвертой, возникли выраженные проявления посттравматического деформирующего артроза. Трое пациентов из первой группы, подвергшихся первичной открытой репозиции и металл-osteosинтезу внутрисуставных переломов, повторно обратились в течение 1,5–5 месяцев с осложнениями в виде деформации, ограниченной подвижности и болевого

синдрома, что привело к необходимости выполнения артродеза. У этих пациентов при первичном вмешательстве отмечено повреждение суставной поверхности на уровне 30%. При оценке отдаленных результатов лечения рамочными конструкциями выявлено выраженное ухудшение функции сустава в течение года у пациентов с застарелыми внутрисуставными переломами из второй группы по сравнению с пациентами из первой группы.

При внутрисуставных повреждениях любых суставов необходимо учитывать не только анатомическое соотношение 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

Продление срока оперативного лечения у пациентов с внутрисуставными переломами и перелома-вывихами пальцев кисти, превышающая месяц, чаще всего требует последующего артродезирования или пластики сустава в отдаленном периоде, что также сопровождается значительным увеличением длительности лечения. При застарелых вывихах пальцев кисти, обнаруженных после месяца, возникают дистрофические изменения в суставных хрящах, обуславливающие необходимость проведения артродеза. При тяжелых

внутрисуставных повреждениях нескольких пальцев рекомендуется рассмотреть первичную аутоартропластику, используя "утильный" сустав. У пациентов с внутрисуставными повреждениями пальцев кисти, сопровождающимися посттравматическими контрактурами, артрозом-артритами с интенсивным болевым синдромом и деформациями, более целесообразным является эндопротезирование суставов пальцев, чем их артродез.

Список литературы

1. Варін В.В. Стабильно-функциональный остеосинтез пястных костей и фаланг пальцев кисти: Автореферат канд. мед. наук. — 2000. — 9 с.
2. Курінний І.М. Особенности патогенетических механизмов формирования устойчивых сгибательных контрактур пальцев кисти у больных с последствиями сочетанной травмы кисти и предплечья / Курінний І.М., Страфун С.С., Гайович В.В. // Ортопедия, травматология и протезирование. — 2000. — № 4. — С. 29-35.
3. Науменко Л.Ю. Результаты хирургического лечения больных с последствиями травм пальцев кисти / Науменко Л.Ю., Маметьев 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.