

А. С. Петуховский
**СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ
СВЕЖИХ ПЕРЕЛОМОВЫВИХОВ БЕННЕТА**
Научный руководитель канд. мед. наук, доц. П. И. Беспальчук
Кафедра травматологии и ортопедии,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В данной статье разобраны случаи обращения пациентов в 6 ГКБ г. Минска с переломовывихами Беннета. Описаны и проанализированы применённые методы лечения. Проведено их сравнение и выявлены наиболее существенные недостатки и достоинства каждого из них.

Ключевые слова: Переломовывих, основание, первая пястная кость, Беннет.

Resume. This article present patients with Bennett fracture clinical cases from the 6th Minsk City Hospital. Methods of treatment were described and analysed, indications for each of them were determined. Long-term outcomes in patients were evaluated.

Keywords: fracture, base, first metacarpal, Bennett.

Актуальность. Переломовывихи первой пястной кости составляют до 25 % всех переломов пястных костей и до 10% всех переломов кисти [1, 2]. В большинстве случаев травма развивается в результате механического воздействия чрезмерной интенсивности на первый палец по продольной оси и характеризуются наличием одного треугольного фрагмента с медиальной стороны. Линия перелома проходит косо через основание пястной кости и соприкасается с полостью сустава. Такие переломовывихи называют в честь Эдварда Халларана Беннета, впервые их описавшего 1882 году [3].

Треугольный фрагмент первой пястной кости удерживается на своём месте связками, среди которых наиболее важная lig. obliquum anterior. Пястная кость смещается под действием мышц m. adductor pollicis и m. abductor pollicis longus, первая действует как на плечо рычага, уменьшая силу трения и вращая кость, вторая тянет её радиально, дорсально и проксимально [1, 2, 4]. Смещение отломков приводит к вывихиванию в запястно-пястном суставе.

Цель: определение наилучшего метода лечения свежих переломовывихов Беннета на основании опыта врачей 6 городской клинической больницы Минска с применением собственных модификаций.

Материал и методы. В процессе работы под нашим контролем находилось 146 пациентов с диагнозом закрытый свежий переломовывих Беннета. Пациенты разделены на несколько групп на основании применяемых методов. Несколько из них подвергались лечению предложенными нами способами. Оценка последствий производилась через 6 и 12 месяцев после лечения.

Консервативное лечение заключалось во вправлении первой пястной кости с последующей иммобилизацией гипсовой повязкой сроком от 4 до 6 недель. Мы использовали 2 техники вправления. Классическое вправление состояло из следующих друг за другом этапов: тракции по продольной оси, пронации пястной кости, давления на основание с фиксацией гипсовой повязкой.

Перенаправленные силы *m. adductor pollicis* и *m. abductor pollicis longus* после вправления дополнительно стабилизируют пястную кость [1].

В отдельных случаях данный метод может привести к контрактуре первого пястно-фалангового сустава. Случается это, когда хирург переразгибает проксимальную фалангу первого пальца, иммобилизируя его в таком положении.

Метод «ввинчивания» в двух вариантах. Пассивный и активный способы различаются только степенью непосредственного участия хирурга. Последовательность действий начинается с максимального противопоставления пальца. Затем производится его отведение с одновременной пронацией. В конечном положении первый палец и остальные четыре обращены друг к другу ладонными поверхностями. Кисть иммобилизуется в таком положении.

Открытый способ подразумевает вправление с иммобилизацией металлическими конструкциями. Мы использовали спицы, шурупы и пластины.

Металлическая пластина крепится мелкими винтами к каждому из отломков, фиксируя их друг с другом.

Шурупы использовались в количестве минимум двух, но возможно применение одного в комбинации со спицей. Предварительно высверливались каналы в отломках. Через них проводился шуруп, соединяющий фрагменты между собой.

Спицы Киршнера 1,5 мм проводились чрескожно. Применяемые нами варианты включали прохождение через первую пястную кость и кость-трапецию или вторую пястную кость. Имела место и их комбинация. Минимально проводились 2 спицы.

Если размер отломка позволял, одна из спиц проходила через первую пястную кость, треугольный фрагмент и вторую пястную кость. В противном случае треугольный отломок поджимался первой пястной костью ко второй, целью проведения спиц являлось сохранение такого положения.

Результаты и их обсуждение. Всего нами было проконтролировано 146 случаев обращения в 6 ГКБ пациентов с диагнозом свежий переломовывих Беннета за период с января 2011 по апрель 2014 года.

Среди них 115 мужчин и 31 женщина. Возрастной диапазон составил от 15 до 61 года. Правую конечность травмировало 111 пациентов, у 35 была повреждена левая кисть.

Наличие осложнений мы проверяли через 6 месяцев и 12 месяцев после снятия фиксирующих конструкций. Руководствуясь общепринятыми критериями, удовлетворительным результатом мы считали клинически себя не проявляющие[5].

Из них консервативно было пролечено 43 пациента. 20 подверглись вправлению традиционным способом и 23 методом ввинчивания. В первой группе неблагоприятные отдалённые последствия наблюдались нами у 14 (70%) из них. Во второй – у 13 человек (57%).

Среди 14 пациентов первой группы у 7 развился посттравматический артрит. Двое имели нестабильность первого запястно-пястного сустава. Пятеро жаловались

на уменьшение функциональности кисти, а именно – сниженную амплитуду движения в суставе.

Осложнения второй группы включали посттравматический артрит у 6 человек, нестабильность сустава в одном случае и снижение функционирования кисти у 6 пациентов.

Хирургическое вмешательство применялось в случаях неэффективности консервативных манипуляций. Оперативное лечение проводилось в 103 случаях. Чрескожная диафиксация спицами Киршнера применена у 44 из них. Ещё в 59 случаях отломки были репонированы открыто с последующей фиксацией спицами – 17, шурупами – 16, шурупами в комбинации со спицей – 16, пластинами – 10.

Количество осложнений в зависимости от метода изменяется незначительно. Общая частота у группы открытых способов – 12%.

Заключение. На основании частоты и характера последствий, удобства для пациента, экономической целесообразности выявлен метод выбора – чрескожная диафиксация спицами в нескольких модификациях. Разработанная методика может применяться у любых групп населения в случаях свежих переломовывихов Беннета.

Информация о внедрении результатов исследования

По результатам настоящего исследования опубликовано 3 статьи в сборниках материалов, 2 тезисов докладов, получен 1 акт внедрения в образовательный процесс (кафедра травматологии и ортопедии, Белорусский государственный медицинский университет), 1 акт о практическом использовании результатов исследования в практическом здравоохранении (Учреждение здравоохранения "6-я городская клиническая больница").

A. S. Petuhovskii

**MODERN APPROACHES TO TREATMENT FRESH
BENNETT FRACTURES**

*Tutor assistant professor P. I. Bespalchuk
Department of Traumatology and orthopedics,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Elizabeth A. Ouellette, Anna H. Makowski Fractures and Joint Injuries of the Thumb / Richard A. Berger, Arnold-Peter C. Weiss // Hand Surgery 1st Edition. – Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
2. Ethan R. Wiesler, Jian Shen, Anastasios Papadonikolakis Injuries of the Wrist and Hand / Donald H. Johnson, Robert A. Pedowitz // Practical Orthopaedic Sports Medicine & Arthroscopy 1st Edition. – Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
3. Bennett E. H. Fractures of the Metacarpal Bones / Dublin Journal of Medical Science – Royal Academy of Medicine in Ireland, 1882 (73). p. – 72–75.
4. Lisa L. Lattanza, Paul D. Choi Intraarticular Injuries of the Metacarpophalangeal and Carpometacarpal Joints / Richard A. Berger, Arnold-Peter C. Weiss // Hand Surgery 1st Edition. – Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
5. J. Ollie Edmunds Traumatic Dislocations and Instability of the Trapeziometacarpal Joint of the Thumb / Hand Clinics – Elsevier Saunders, 2006 (22). p. 365–392.
6. Charnley, J. The closed treatment of common fractures – Edinburgh, London: Churchill Livingstone, 1957. p. – 144.

Репозиторий БГМУ