

**ЧРЕСКОЖНАЯ ДИАФИКСАЦИЯ СПИЦАМИ ПРИ
ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВЫВИХОВ БЕННЕТА**

Петуховский А. С., Беспальчук П. И.

*Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра травматологии и ортопедии, г. Минск*

Ключевые слова: переломовывих, основание, первая пястная кость, спицы.

Резюме: В данной статье описаны и проанализированы клинические случаи лечения переломовывихов Беннета путём чрескожной диафиксации отломков пальцевыми спицами у пациентов БГКБ г. Минска.

Resume: In this article are described and analyzed clinical cases of treatment Bennett's fracture from the 6th Minsk City Hospital.

Актуальность. Переломовывихи первой пястной кости впервые были описаны Эдвардом Халлараном Беннетом в 1882 году [1]. Их частота составляет 10% от всех переломов кисти, и до 25 % всех переломов пястных костей. Основной проблемой лечения таких пациентов является высокое количество неблагоприятных последствий, связанных с неудовлетворительной репозицией и ненадёжной фиксацией.

Цель: исследование способа чрескожной диафиксации отломков при лечении переломовывихов Беннета, и улучшение результатов его применения.

Задачи:

1. Изучение вариантов проведения спиц для фиксации отломков.
2. Определение отдалённых последствий лечения.
3. Анализ способа лечения с выявлением преимуществ и недостатков, а также возможностей применения.

Материал и методы. Во всех случаях травма развивалась в результате механического воздействия чрезмерной интенсивности на первый палец по продольной оси и характеризовалась наличием одного треугольного фрагмента с медиальной стороны. На рентгенограмме линия перелома проходила косо через основание пястной кости и соприкасалась с полостью сустава. Клинически у пациентов определялась крепитация в области основания первой пястной кости, а так же боль отёк, гематома.

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. Некоторые из последних исследований указывают на отсутствие участия *musculus abductor pollicis longus* в смещении отломка [5].

Под нашим наблюдением находилось 35 пациентов, обратившихся в 6 ГКБ г. Минска в период с 2012 по 2015 год со свежими переломовывихами Беннета.

Среди них 27 мужчин и 8 женщин. Возрастной интервал находился в пределах от 19 до 61 года. Правую кисть травмировали 24 пациентов, у 11 была поражена левая рука.

Чрескожная диафиксация проводилась под проводниковой анестезией. В большинстве случаев после проведения спиц мы выполняли контрольную рентгенографию для определения положения отломков. Остальным пациентам фиксаторы устанавливались под контролем электронно-оптического преобразователя, который позволяет следить за положением спиц во время их проведения. ЭОП облегчает работу хирурга, но значительно увеличивает лучевую нагрузку на пациента и операционную бригаду.

Для надёжного фиксирования отломков мы применяли пальцевые спицы в количестве не менее двух. Одну спицу мы проводили через первую и вторую пястные кости (Рис. 1).



Рис. 1- проведение спиц через вторую пястную кость.

Вторая и последующие спицы проводилась через ту же последовательность костей или первую пястную и кость-трапецию (Рис. 2).



Рис. 2- проведение спиц через треугольный отломок и кость трапецию.

При достаточном размере треугольного отломка мы старались ввести одну из спиц таким образом, чтобы она проходила через оба отломка, и вторую пястную кость, (Рис. 2), что на наш взгляд придаёт большую стабильность.

При невозможности такого проведения, меньший отломок сжимается между второй пястной костью и большим фрагментом первой (Рис. 3).

Косметические последствия операции составляют 2 или более точечных рубцов. Никто из пациентов не испытывал дискомфорт от них.



Рис. 3- сжатие мелкого отломка.

Результаты и их обсуждение.

После проведения спиц. Мы иммобилизовали кисть на срок 4 - 6 недель. После чего пациенты начинали реабилитацию под нашим контролем.

Наличие и характер осложнений мы проверяли через 6 месяцев после удаления спиц и снятия гипсовой повязки.

Удовлетворительными результатами лечения по общепринятым критериям мы считали клинически себя не проявляющие [5]. Положительные результаты лечения наблюдались у 35 человек. Пациенты не ощущали снижения функции кисти в трудовой деятельности и быту. Боль и нестабильность отсутствовали. Объективно, объём движений соответствовал противоположной кисти. Сила движений не была снижена по сравнению со второй рукой.

Выводы:

1. Чрескожная диафиксация является одним из наиболее эффективных методов лечения переломовывихов Беннета.

2. Проведение спиц возможно несколькими вариантами, выбор одного из них не сказывается на отдалённых последствиях лечения.

3. Косметические последствия операции наилучшие по сравнению с другими открытыми способами.

Литература

1. Bennett E. H. Fractures of the Metacarpal Bones / Dublin Journal of Medical Science – Royal Academy of Medicine in Ireland, 1882 (73). p. – 72–75.
2. 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.
3. 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.
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.