

СРАВНЕНИЕ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ СВЕЖИХ ПЕРЕЛОМОВЫВИХОВ БЕННЕТА

Петуховский А.С.

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

Ключевые слова: переломовывих, основание, первая пястная кость.

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

Resume: in this Article medical cases of Bennett's fracture from 6th Minsk hospital are reported. Used Methods of treatment described and analyzed. They were compared and the most significant advantages and disadvantages each of them were determined.

Актуальность. Переломовывихи первой пястной кости составляют до 25 % всех переломов пястных костей и до 10% всех переломов кисти [2,4]. В большинстве случаев травма развивается в результате механического воздействия чрезмер-

ной 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.

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 [2,3,4]. Смещение отломков приводит к вывихиванию в запястно-пястном суставе.

Цель: определить наилучший способ лечения свежих переломовывихов Беннета среди используемых в 6ГКБ.

Задачи: 1. Проанализировать способы устранения переломовывихов Беннета; 2. Сравнить методы на основании возможных отдалённых последствий, комфортности и длительности лечения, возможностей применения; 3. Выбрать лучший из них для лечения свежих переломовывихов Беннета.

Материал и методы. Разобрано 119 случаев обращения пациентов в 6 ГКБ с диагнозом переломовывих Беннета, в период с января 2011 по апрель 2014 года. Среди них 89% мужчины, 11% женщины. 73% травмировало правую конечность. Все из них обратились в течение суток с момента получения травмы. Диагноз был выставлен на основании клинических данных и результатов рентгенографии в 2х проекциях. Больные подвергались лечению закрытым и открытым способами.

Консервативное лечение заключалось во вправлении первой пястной кости с последующей иммобилизацией гипсовой повязкой сроком от 4 до 6 недель. 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 закрытый метод может привести к контрактуре первого пястно-фалангового сустава. Случается это, когда хирург переразгибает проксимальную фалангу первого пальца, иммобилизуя его 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. Среди 30 пациентов, лечившихся консервативно: 20 без отдалённых негативных последствий, 6 имели проявления артроза первой степени, у 1 – нестабильность сустава, у 2 наблюдалось только снижение функций пальца, 1 имел контрактуру первого пястно-фалангового сустава.

Открыто лечились 89 пациентов, среди них: 81 без отдалённых негативных последствий, у 5 появился деформирующий артроз первой степени, у 3 снизились функциональные возможности первого пальца.

Закрытый способ лечения чаще приводит к осложнениям, что является результатом недостаточной эффективности техники вправления, после которой расхождение отломков может превышать 2 мм. Расхождение отломков на 2 мм и более не сопровождается клиническими последствиями до 46% случаев, и до 83% случаев при расхождении до 1 мм [2,3]. К удовлетворительным результатам лечения принято относить все случаи, клинически себя не проявляющие [2].

Открытое устранение переломовывиха приводило к меньшему количеству осложнений, что на наш взгляд, можно объяснить возможностью контроля положения фрагментов со стороны хирурга и более надёжной фиксацией.

Таблица 1 -Сравнение методов лечения

Фиксатор	Повязка	Спицы (чрескожно)	Шурупы	Пластины
Операция по удалению конструкции	-	-	+	+
Контроль положения отломков	-	+ (при использовании ЭОП)	+	+
Возможность инфицирования	-	+	+	+
Косметический эффект	Следы отсутствуют	Точечные следы	Рубец	Рубец
Возможность контакта с водой	+ (при использовании повязки из полимерных материалов)	-	-	-
Длительность иммобилизации	4 – 6 недель	4 – 6 недель, дополнительно гипсовая повязка	4 – 6 недель	4 – 6 недель

Выводы:

1. На основании изучения отдалённых результатов мы пришли к выводу, что открытое лечение переломовывихов Беннета более предпочтительно, несмотря на меньший комфорт для пациента по сравнению с консервативным вариантом.

2. Среди открытых способов методом выбора является спицевая фиксация отломков. Корреляции результатов лечения с вариантом проведения спиц нами обнаружено не было. Использование ЭОП во время операции можно отнести к плюсам

данного метода, но даже без него открытая репозиция более эффективна, чем закрытая.

3. Применение пластин и шурупов, на наш взгляд, не имеет серьёзных преимуществ в случаях своевременного обращения пациентов за помощью.

Литература

1. Charnley, J. The closed treatment of common fractures – Edinburgh, London: Churchill Livingstone, 1957. p. – 144.

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.