

БОКОВАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ 1-ГО ПЯСТНО-ФАЛАНГОВОГО СУСТАВА

*Деркачев В.С., Федоров К.А., Фатеева О.А., Деркачева Е.В., Деркачев Д.В.,
Деркачева Н.В.*

*Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский
университет», г. Минск, Республика Беларусь*

*Государственное учреждение «432 ордена Красной Звезды главный военный
клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»,
г. Минск, Республика Беларусь*

*НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург,
Российская Федерация*

*Учреждение здравоохранения «Минская областная клиническая больница»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Повреждение связок пальцев кисти может возникнуть при падении на кисть. Не является исключением и первый пястно-фаланговый сустав. Лечение последствий травм большого пальца кисти, порой сложная, вызывающая ряд вопросов у травматологов-ортопедов задача. Травмы могут быть связаны не только с занятием спортом, но и быть результатом профессиональной деятельности. До 10% всех повреждений горнолыжников составляет повреждение связок большого пальца. А разрыв боковой локтевой связки 1-го пястно-фалангового сустава в литературе получил название «палец лыжника». Встречается и другое определение состояния хронической нестабильности в 1-ом пястно-фаланговом суставе, получившее название «палец егеря», которое возникает, как профессиональная составляющая работы британских егерей, когда происходит растяжение боковой связки. Как мы понимаем, это образные понятия. Данное нарушение стабильности в пястно-фаланговом суставе кисти может привести не только к нарушению функции, но и развитию дегенеративных процессов в суставе. Еще одним из осложнений повреждения боковой связки 1-го пястно-фалангового сустава, является развитие хронической нестабильности в суставе, когда свободный конец проксимальной связки попадает под сухожильный апоневроз мышцы, приводящей большой палец.

Материалы и методы. Жалобы пациентов, характер клинических проявлений позволяют создать первое впечатление о возможной тяжести повреждения и выборе метода лечения – консервативное или оперативное. Всем пациентам проводили рентгенологическое исследование. При наличии сомнений или застарелом повреждении назначаем ЯМРТ-исследование с получением фронтальных и аксиальных проекциях, используя T1 и T2 взвешенные изображения с подавлением МР-сигнала от жировой ткани. Выбор тактики лечения определяли степенью повреждения связок. При клинической картине неполного разрыва боковой связки 1-го пястно-фалангового сустава: отсутствие вывиха, угол открытия между осями первой пястной костью и основной фаланги

1-го пальца при сгибании в пястно-фаланговом суставе от 28 до 35 градусов возможно проведение консервативного лечения. Если мы видим увеличение угла отклонения основной фаланги 1-го пальца при сгибании в пястно-фаланговом суставе более 35 градусов, то можно предположить либо полное повреждение связки, либо отрыв части боковой связки, лечение оперативное.

Результаты. Мы располагаем небольшим опытом лечения таких повреждений. За период с 2018 по 2023г. в отделении травматологии 432 «ГВКМЦ МО РБ» было пролечено 10 пациентов с подобным повреждением. Четырем пациентам была проведена консервативная терапия. Однако, после проведенного лечения у двух пациентов сохранилась нестабильность в первом пястно-фаланговом суставе и впоследствии сделана операция, пластика локтевой связки. Двум пациентам осуществлен шов связки. А еще четверым пациентам выполнено пластическое восстановление локтевой связки в связи с длительным характером заболевания и поздним обращением за медицинской помощью. Для оценки результатов проведенного лечения использовали показатель «стабильности». Во всех случаях оперативного вмешательства получены хорошие результаты.

Выводы: при решении вопроса о проведении оперативного вмешательства необходимо опираться не только на клиническую картину, но и учитывать сроки, прошедшие после получения травмы.