

## Лечение застарелых повреждений суставов пальцев кисти

*Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии УрГМА,  
г. Екатеринбург*

Лечение застарелых внутрисуставных повреждений кисти представляет сложную проблему. Одним из способов лечения этих повреждений является артропластика межфаланговых и пястно-фаланговых суставов. Артропластика применяется сравнительно давно, однако до настоящего времени результаты лечения оставляют желать лучшего. Неудовлетворительные результаты при применении артропластики составляют от 26% до 50%. (1, 2, 6). Для фиксации суставов используются различные способы: гипсовая иммобилизация, чрезсуставная фиксация спицами, фиксация шарнирно-дистракционными аппаратами. По мнению ряда авторов аппараты внешней фиксации позволяют создать разгрузку сустава и осуществлять пассивные и активные движения в поврежденном суставе.

Целью работы явилось сравнительное изучение эффективности способов фиксации при артропластике суставов кисти.

Мы располагаем опытом лечения 467 больных с различными застарелыми внутрисуставными повреждениями, из них 116 пациентам проводилась артропластика пястно-фаланговых и межфаланговых суставов. Мужчин было 104, женщин – 12 в возрасте от 18 до 63 лет. У 32 больных повреждения носили множественный характер, всего 154 застарелых повреждения суставов, из них застарелые вывихи составили 28, неправильно-носрастающиеся и неправильно-росшие переломы с нарушением конгруэнтности суставных поверхностей и с дефектом суставных концов 95, артрогенные контрактуры с деформирующим остеоартрозом – 5, анкилозы в порочном положении – 26. Повреждения пястно-фаланговых суставов II-V пальцев отмечались в 53 случаях пястно-фалангового сустава I пальца – в 12, проксимальных межфаланговых суставов – 89 случаев В 23 случаях отмечался выраженный рубцовый процесс в проекции поврежденного сустава, в 14 – сопутствующее повреждение сухожилий сгибателей, в 41 – застарелое повреждение сухожилий разгибателей пальцев.

Больные поступали в различные сроки после травмы: до 3 месяцев – 16%, до 6 месяцев – 41%, до 12 месяцев – 22%, свыше года – 23%.

Использовались разные варианты артропластики с интерпозицией различных прокладок между вновь сформированными суставными поверхностями. Проводилась артропластика с резекцией одного или обоих суставных концов поврежденного сустава. Осуществлялось формирование новых суставных поверхностей с помощью ультразвука и создания гладкой поверхности суставных концов тонким слоем циакрина.

Основными показателями для артропластической резекции служили: дисконгруэнтность суставных поверхностей вследствие неправильного сросшегося перелома, дефекта суставного конца, а также застарелые вывихи фаланг пальцев с повреждением суставного хряща.

При наличии рубцов в области поврежденного сустава первоначально проводилось комплексное физиотерапевтическое лечение, направленное на размягчение и рассасывание рубцов, а в 9 случаях – иссечение рубцов с замещением дефекта кожи кожной аутопластикой. Артропластическая резекция проводилась спустя 4-6 месяцев после кожной пластики.

Артропластическая резекция осуществлялась под местной или проводниковой анестезией из разреза по тыльно-боковой поверхности поврежденного сустава. После тенолиза и мобилизации сухожилия разгибателя пальца производилась артротомия и экономная резекция поврежденного конца кости с формированием соответственно вогнутой или выпуклой сферической поверхности.

Известно, что способ фиксации суставных фрагментов после операции во многом определяет исход лечения (5). В связи с этим проведено изучение эффективности артропластики в зависимости от способа послеоперационной фиксации поврежденного сустава.

Иммобилизация гипсом и чрезсуставная фиксация спицей продолжались в течение 3 недель. После прекращения фиксации осуществлялась активная и пассивная разработка движений в поврежденном суставе с использованием массажа, грязевых аппликаций, магнитотерапии, электрофореза лидазы или йодида калия.

Аппараты внешней фиксации накладывались для разгрузки сустава и обеспечения пассивных и активных движений в послеоперационном периоде. В 2 случаях использовался аппарат Коршунова В.Д., в 15 – аппарат Малыгина Г.Д., в 18 – устройства, смонтированные из деталей аппарата Илизарова, в 60 – шарнирно-дистракционные аппараты из разрабо-

танного в клинике универсального конструктора. Особенностью конструктора является возможность выбора оптимального аппарата для разных суставов, включая одновременное применение нескольких шарнирно-дистракционных аппаратов как на одном, так и на нескольких пальцах.

Спицы фиксировались в аппарате внешней фиксации с возможностью distraction мягких тканей на уровне суставной щели и движений в сагитальной плоскости, шарниры располагались на оси вращения сустава.

Таблица 1.

Способы иммобилизации поврежденного сустава после артропластики.

	Иммобилизация поврежденного сустава				Всего:
	гипс	спица	аппарат	аппарат с дистракцией 10 мм	
Застарелые вывихи	3	11	8	6	28
Неправильноросшие переломы	8	27	19	41	95
Антрогенные контрактуры	2	-	3	-	5
Анкилозы в прочном положении	-	3	8	15	26
ИТОГО:	13	41	38	62	154

В 38 случаях из 100 после артропластической резекции производилась distraction мягких тканей с расширением суставной щели на 3-4 мм. Разработка движений после операции начиналась с 3-5 суток и продолжалась весь период фиксации. Аппарат снимался через 6-10 недель после операции.

В 68 наблюдениях после резекционной артропластик и фиксации сустава шарнирно-дистракционным аппаратом проводилось расширение суставной щели до 10-12 мм. Distraction на уровне сустава выполнялась по 1 мм в сутки в течение 9-12 дней. Разработка движений в суставе начиналась на 3-5 сутки. Аппарат снимался через 4-6 недель после операции.

После снятия аппарата проводилась комплексная терапия: пассивная и активная разработка движений в поврежденном суставе, грязевые аппликации, массаж, ионофорез йодида калия, электрофорез лидазы или ронидазы, магнитотерапия, ультразвук с гидрокортизоном.

Больные наблюдались с момента обращения до выписки из стационара, затем через 3, 6 и 12 месяцев и более после операции. Ближайшие результаты лечения изучены у 109 больных. Раны зажили первичным натяжением у 106 больных. У 2 больных отмечался краевой некроз кожного лоскута и у 1 – нагноение послеоперационной раны. В 2 случаях имело место воспаление мягких тканей вокруг спиц. В ближайшем послеоперационном периоде после артропластики с фиксацией спицей и особенно гипсом отмечалось смещение суставных концов относительно друг друга, что в 16 случаях потребовало повторного вмешательства.

Оценка отдаленных результатов лечения проводилась по способу Коршунова В.Ф. (1983).

Отдаленные результаты лечения изучены у 97 больных (всего 130 повреждений суставов и представлены в таблице 2).

Таблица 2.

**Результаты лечения застарелых внутрисуставных повреждений.**

	Результаты лечения												Всего:
	гипс			спица			аппарат с дистракцией 4 мм			аппарат с дистракцией 10 мм			
	++	+	-	++	+	-	++	+	-	++	+	-	
Застарелый вывих	1	-	1	3	3	4	2	3	1	3	2	-	23
Внутрисуставной перелом	1	1	4	3	4	15	9	5	3	21	13	3	82
Контрактура	-	1	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	4
Анкилоз	-	-	-	-	1	1	3	2	2	7	4	1	21
<b>ИТОГО:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>20</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>31</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>130</b>

Примечание: ++ – хороший, + – удовлетворительный, - – неудовлетворительный результат.

Как видно из таблицы 2, при применении гипсовой иммобилизации положительные результаты отмечались в 4 случаях из 9, при применении чрезсуставной фиксации спицей – в 14 из 34, при наложении аппарата внешней фиксации с дистракцией 4 мм – в 27 из 33, при применении дистракции в аппарате на 10-12 мм – в 50 из 54.

Из 35 неудовлетворительных результатов лечения в 21 случае наблюдались артрогенные контрактуры суставов, в 6 – анкилоз, в 3 – рецидив

вывиха, в 4 – стойкая нестабильность сустава, потребовавшая повторного оперативного вмешательства, в 1 – артрит проксимального межфалангового сустава.

Из 10 неудовлетворительных результатов после применения шарнирно-дистракционных аппаратов в 6 наблюдениях эти результаты были связаны с нарушением техники наложения аппарата, в 2 – с преждевременным снятием аппарата внешней фиксации, в 2 – с отсутствием восстановительного лечения после снятия аппарата из-за недисциплинированности больного.

Анализ результатов лечения показал, что артропластика эффективна в лечении застарелых повреждений суставов кисти. Восстановление функции пальцев кисти после артропластики в значительной степени определяется возможностью ранней функциональной нагрузки при сохранении стабильности фиксации суставных концов относительно друг друга. По нашим данным наиболее эффективным вариантом иммобилизации поврежденного сустава после артропластики является метод внешней фиксации, позволяющий стабильно фиксировать суставные концы одновременной дозируемой и управляемой разгрузкой сустава, разрабатывать пассивные и активные движения.

#### Литература:

1. Блохин В.П. Об артропластике межфаланговых суставов пальцев кисти. // Ортопед., травм., протез., 1969, № 7, С. 1-7.
2. Водянов Н.М., Овчинникова З.С. Артропластика, эндопротезирование и лигаменто-капсулотомия при посттравматических повреждениях пальцев кисти. // Эндопротезирование в травматологии и ортопедии: Сб. науч. тр., Саратов. 1987, С. 136-139.
3. Головаха Н.Д. Лечение застарелых повреждений пястных костей и фаланг и суставов пальцев кисти. // Автореф. канд. дисс., Киев, 1986, 16 с.
4. Неттов Г.Г. Комплексное восстановительное лечение сочетанной травмы кисти и ее последствий. // Автореф. докт. дисс., Самара, 1992, 31 с.
5. Оганесян О.В., Шинкаренко И.Н., Абельцев В.П. Восстановление формы и функция кисти и пальцев с помощью аппаратов наружной чрескостной фиксации. // М.: Медицина, 1984, 95 с.
6. Хлебников Ф.И. Эндопротезирование и артропластика при последствиях повреждений в некоторых заболеваниях суставов пальцев кисти. // Автореф. канд. дисс., М., 1985, 17 с.