

УДК 616.717.8-001.5-089.2-0.53.2

ДЕПТЯРЬ В.А., СУШКО В.И., МОХОВ А.И., КАМИНСКАЯ М.О., ЗАХАРЧЕНКО С.А.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия»

Областная детская клиническая больница, г. Днепропетровск

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ КИСТИ У ДЕТЕЙ

Резюме. Проанализированы результаты и тактика лечения 53 пациентов с переломами пястных костей в зависимости от времени травмы. По срокам обращения выделено две группы: больные первой группы обратились до 2 недель после травмы, второй — с неправильно срастающимися переломами — позже 2 недель после травмы. В первой группе 84,8 % пролечено консервативно, остальные — оперативно, получены хорошие результаты. Во второй группе всем выполнено оперативное вмешательство, получены хорошие и удовлетворительные результаты благодаря малотравматичному методу лечения и ранней разработке движений в смежных суставах.

Ключевые слова: перелом, кисть, пястные кости, лечение.

Переломы пястных костей (ППК) составляют более 30 % среди всех переломов, что в несколько раз превышает по частоте повреждения других локализаций [1, 6]. В связи с популяризацией экстремальных видов современного спорта в последнее время чаще ППК возникают в старшей возрастной группе при травме кисти [3]. Несмотря на многочисленные публикации и довольно большой опыт лечения таких переломов, на сегодняшний день нет общепринятого алгоритма оказания помощи. Лечение ППК является серьезной проблемой, что обусловлено большим числом неудовлетворительных результатов лечения и первостепенной ролью кисти в трудовом процессе. Ошибки в диагностике и лечении ППК наблюдаются в 28–70 % случаев, а доля неудовлетворительных результатов лечения достигает 16–30 % [2, 4, 5]. Высокий процент диагностических, тактических и лечебных ошибок объясняется некомпетентностью многих врачей в хирургии кисти. Мы согласны с классическим мнением S. Bunnell (1956), утверждавшего: «Если для хирурга травма кисти становится малой травмой, то для больного она превращается в большую».

Цель работы: провести анализ результатов лечения переломов пястных костей в зависимости от времени обращения за специализированной помощью, тяжести травмы и локализации линии перелома на кости.

Материал и методы

Нами проанализированы результаты и тактика лечения 53 больных с ППК со смещением, которые наблюдались с 2008 по 2010 год в ортопедо-травматологическом отделении областной детской клинической больницы г. Днепропетровска. Больные распределялись по возрасту: от 7 до 12 лет — 13 чел., от 13 до 18 лет — 40 чел. Среди них было только 2 девочки, остальные мальчики. В первые часы после травмы обратилось 33 ребенка (первая группа). Основным методом диагностики переломов пястных костей был рент-

генологический. Рентгенограммы выполнялись в 2 проекциях с захватом смежных суставов. У 13 из них диагностированы переломы двух и более пястных костей, чаще отмечаются переломы IV–V пястных костей — 9 больных (69,2 %). Вторую группу составили больные, которые обратились через 2–3 недели после травмы, — 20 детей.

Тактика лечения зависела от сроков обращения и тяжести повреждения кисти. В свежих случаях больным проводилась под общим обезболиванием закрытая репозиция, иммобилизация гипсовым лонгетом (33 чел.) в соответствующем положении кисти. Контроль положения отломков проводили рентгенологически на 5–7-е сутки в зависимости от уменьшения отека в области кисти. У 5 (15,2 %) больных наступило вторичное смещение отломков, вероятно связанное с интерпозицией мягких тканей при переломах нескольких пястных костей (у 3 детей), в остальных случаях — с несоблюдением режима иммобилизации кисти (у 2 детей).

Во второй группе всем больным проведены открытая репозиция перелома, металлоостеосинтез пальцевыми спицами, с последующей фиксацией гипсовой повязкой.

Техника операции. Доступ к месту перелома осуществлялся по тыльной поверхности кисти в проекции поврежденных пястных костей. В области перелома производили разрез кожи S-образной формы длиной до 3–4 см, края кожи разводили с помощью нитевых держалок. Особенно бережно следует относиться к разгибательному аппарату, отводя сухожилия разгибателей тупыми крючками. Обнажили место сросшегося или срастающегося перелома и осуществляли остеотомию по линии неправильного сращения. У основания пястной кости на уровне метафиза шилом или с помощью дрели под углом 15–20° делали отверстие в кости, равное пальцевой спице по диаметру, до костномозгового канала проксимального отломка. Через это отверстие в костномозговой канал вводили пальцевую

спицу, которая свободно проходила через проксимальный и дистальный отломки, а конец ее упирался в тыльную поверхность. Для стабильности места перелома проводили другую пальцевую спицу в косом направлении, таким образом блокируя движения отломков по оси кости. Затем производилась адаптация краев поврежденной надкостницы, швы на нее не накладывались. После гемостаза на кожу накладывали швы атравматичной нитью.

В послеоперационном периоде конечности придавали возвышенное положение, местно применяли гипотермию. Смену повязки производили в случае промокания ее кровью. Больные получали дексалгин для обезболивания после операции, антибиотики в течение 5 дней, цикло 3 форте для уменьшения отека в области кисти, перевязки с антисептиками. После стихания болей (на 2-е — 3-и сутки) больные начинали активные движения в пястно-фаланговых и межфаланговых суставах кисти. При этом, принимая во внимание важность адекватного кровоснабжения для регенераторных процессов в зоне перелома, назначались ранние движения в незафиксированных отделах кисти и всей верхней конечности, а также в суставах здоровой кисти, с расчетом на синергично-рефлекторные механизмы. Швы снимали на 12–14-е сутки. Рентгенологический контроль сращения производили через 6 недель.

Результаты и их обсуждение

При оценке результатов лечения учитывали жалобы больных, объем движений в суставах, силу кисти и рентгенологические данные. Результаты лечения зависели в основном от времени обращения за специализированной помощью, тяжести травмы и локализации линии перелома на кости. Исходы лечения ППК оценивали по трехуровневой системе: хороший — полное восстановление анатомо-функционального состояния кисти; удовлетворительный — с восстановлением анатомической формы костей и контрактурой суставов, незначительно ограничивающей функцию кисти; неудовлетворительный — невосстановление анатомической формы костей и контрактурой суставов, значительно ограничивающей функцию кисти.

Отдаленные результаты лечения изучены у 53 больных (94,3 %) в течение года. В первой группе у 33 больных получены хорошие результаты в 100 %. Во второй группе у 17 (85 %) больных получены хорошие результаты, удовлетворительные — у 3 (15 %), неудовлетворительных результатов не отмечено.

Вывод

Таким образом, малая травматичность оперативного вмешательства, точное сопоставление костных фрагментов, их надежная фиксация, назначение ранних движений в незафиксированных отделах кисти, во всей верхней конечности, а также в суставах здоровой кисти у подавляющего числа больных позволяют получать хорошие результаты в 94,4 % случаев.

Список литературы

1. Лечение переломов трубчатых костей кисти с применением тракционных методов остеосинтеза / Д.Г. Наконечный, Л.А. Родоманова, Г.И. Нетьлько и др. // Травматол. и ортопед. России. — 2008. — № 2. — С. 51.
2. Стабильный функциональный остеосинтез переломов костей кисти / М.М. Валеев, Д.В. Моисеев, С.А. Чистиченко и др. // Травматол. и ортопед. России. — 2008. — № 2. — С. 15-16.
3. Лыба Р.М. Повреждения пястных костей кисти — ошибки и осложнения на этапах лечения / Р.М. Лыба, И. Абашина // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. — Екатеринбург, 1997. — С. 114-115.
4. Черенок Є.П. Сучасний підхід до лікування важкої травми кисті // Хірургія України. — 2009. — № 4(28), додаток № 1. — С. 294-295.
5. Social deprivation and hand injury / T.C. Horton, J.J. Dias, F.D. Burke // J. Hand Surg. [Eur]. — 2007. — Vol. 32, № 3. — P. 256-261.
6. Scheker L.R. Radical debridement, free flap coverage and immediate reconstruction of the upper extremity / L.R. Scheker, O. Ahmed // Hand Clin. — 2007. — Vol. 23(1). — P. 23-36.

Получено 16.07.12 □

Дігтяр В.А., Сушко В.І., Мохов О.І., Каменьська М.О.,
Захарченко С.О.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія»
Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Дніпропетровськ

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ П'ЯСНИХ КІСТОК КИСТІ У ДІТЕЙ

Резюме. Проаналізовано результати і тактику лікування 53 хворих із переломами п'ясних кісток залежно від часу травми. За терміном звертання виділено дві групи: хворі першої групи звернулися до 2 тижнів після травми, другої — з переломами, що неправильно зростаються, — пізніше 2 тижнів після травми. У першій групі 84,8 % проліковано консервативно, інші — оперативно, отримані добрі результати. У другій групі усім виконано оперативне втручання, отримані добрі й задовільні результати завдяки малотравматичному методу лікування і ранній розробці рухів у суміжних суглобах.

Ключові слова: перелом, кисть, п'ясні кістки, лікування.

Degtyar V.A., Sushko V.I., Mokhov A.I., Kaminskaya M.O.,
Zakharchenko S.A.
State Institution «Dnipropetrovsk Medical Academy»
Regional Children's Clinical Hospital, Dnipropetrovsk, Ukraine

EXPERIENCE OF METACARPAL FRACTURES TREATMENT IN CHILDREN

Summary. There were analyzed the treatment outcomes and tactics for 53 patients with metacarpal fracture depending on time of the trauma. By the period of ambulation patients were divided into two groups: patients from first group applied to the hospital within 2 weeks after trauma, patients with malunions from second group applied to the hospital later than two weeks after trauma. In first group 84.8 % of patients were treated conservatively, the rest — surgically, good results were obtained. To all patients from second group operative measures were applied, good and satisfactory results were obtained due to less traumatic treatment mode and early activation of adjacent joints.

Key words: fracture, hand, metacarpal bones, treatment.