

ISSN 1684-9280

Травматология

ЖӘНЕ

Ортопедия

## ПЕРИЛУНАРНЫЕ ВЫВИХИ КИСТИ И ВЫВИХИ ПОЛУЛУННОЙ КОСТИ ЗАПЯСТЬЯ

Н.Б. ОРЛОВСКИЙ, В.Н. ОРЛОВСКИЙ, В.С. АСЛАМОВ

Акмолинская государственная медицинская академия  
Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

Перилунарные вывихи кисти и вывихи полулунной кости запястья - довольно часто встречающиеся повреждения и составляют от 0,4% до 1,3% среди всех вывихов.

За последние десять лет нами наблюдалось 62 больных (57 мужчин и 5 женщин) с перилунарными вывихами кисти и вывихами полулунной кости запястья. В возрасте 15-20 лет-1; 21- 30 лет-31; 31-40 лет-15; 41-50 лет-8; 51-60 лет - 7 больных.

По виду травмы распределялись следующим образом: производственные -37 человек, вследствие автопроисшествий- 10, уличные - 6, бытовые - 8, спортивная - 1 человек.

Наиболее частыми причинами травм были попадание кисти между движущимися механизмами машин (21), реже - удар тяжелой деталью (13), падение (3) и падение с высоты (15), травмы, связанные с автотранспортом (10).

При этом оказалось, что не прямой механизм травмы имел место у 51 человека и прямой - 11. У подавляющего числа больных (61) вывих произошел при чрезмерном разгибании кисти и только у одного - при сгибании ладони.

В механогенезе перилунарных вывихов кисти и вы-

вихов полулунной кости имеют большое значение анатомо-физиологические особенности запястья. Менее прочное крепление полулунной и ладьевидной костей, большая их подвижность, а также расположение их на вершине запястья могут объяснить некоторую типичность повреждений.

Анализируя литературные данные и собственные наблюдения, мы пришли к выводу, что перилунарные вывихи кисти и вывихи полулунной кости запястья это две формы, имеющие сходство в механизме развития, но отличающиеся клиникой и рентгено-анатомической картиной (табл. 1).

Среди всех вывихов наиболее часто встречаются комбинированные повреждения (у 45 человек, или 72,6 % всех случаев), и на первом месте по частоте стоит сочетание вывиха с переломом ладьевидной кости (у 21 человека, или 33,8 % всех случаев). При перилунарных вывихах кисти перелом ладьевидной кости встречается вдвое чаще, чем при вывихах полулунной кости. У 6 больных эти повреждения сочетались с вывихами и подвывихами ладьевидной кости. Среди 21 больного с комбинированными повреждениями наиболее часто встречались сочетания вывихов с переломами шиловидных отростков костей предплечья, трехгранной кос-

ти и лучевой кости в типичном месте.

В зависимости от сроков, прошедших с момента травмы, перилунарные вывихи кисти и вывихи полулунной кости запястья могут быть подразделены на свежие (первая неделя - 22 больных), несвежие (вторая неделя - 6) и застарелые (свыше двух недель - 34). Практика показывает, что такое большое количество (64,5 %) несвежих и застарелых повреждений связано с недостаточным знакомством многих врачей с повреждениями костей запястья. Это положение подтверждает тот факт, что большинство пострадавших (41) осматривали врачи в первый день травмы и в этот же день им делались рентгенограммы.

Чаще всего перилунарные вывихи кисти и вывихи полулунной кости запястья ошибочно трактуются как ушиб или растяжение связочного аппарата лучезапястного сустава, как переломы шиловидных отростков, переломы лучевой кости в типичном месте, а в застарелых случаях даже как туберкулез лучезапястного сустава.

Клиническая диагностика перилунарных вывихов кисти и вывихов полулунной кости запястья не всегда является легкой. Огромное диагностическое значение имеет правильно собранный анамнез механизма травмы.

В свежих случаях повреждения обращает на себя внимание разлитая припухлость лучезапястного сустава, которая сглаживает все костные выступы и тем самым затрудняет диагностику. После спадения отека и уменьшения геморагической инфильтрации характерные симптомы снова появляются и диагноз облегчается.

Для тыльного перилунарного вывиха кисти характерна вилокобразная деформация лучезапястного сустава, отличающаяся от таковой при переломах лучевой кости в типичном месте более дистальным расположением. По ладонной и тыльной поверхности запястья определяются костные выступы. Иногда наблюдается боковое отклонение кисти, связанное с ее радиальным смещением. В редко встречающихся случаях ладонного перилунарного вывиха кисти деформация лучезапястного сустава носит штыкообразный характер.

При ладонных вывихах полулунной кости запястья искривление оси лучезапястного сустава отсутствует, так как нет смещения кисти относительно лучевой кости. Костное выпячивание определяется только по ладонной поверхности запястья и располагается между обеими поперечными параллельными складками. Степень выпячивания тем больше, чем больший поворот полулунной кости. На тыле сустава определяется углубление в виде продольной ямки, ограниченной дистальным краем лучевой кости. Общим в клинической картине перилунарных вывихов кисти и вывихов полулунной кости запястья является полусогнутое положение пальцев, расширение и утолщение области запястья. Движения пальцев кисти почти невозможны и резко болезненны. Почти всегда больные ощущают онемение во 2-м и 3-м пальцах, реже - 4-м и 5-м. При неврологическом обследовании выявляется снижение чувствительности кисти в зоне иннервации срединного нерва.

При комбинированных повреждениях к описанной клинике присоединяется симптоматика, характерная для каждого сопутствующего перелома или вывиха.

В застарелых случаях клиника этих повреждений проявляется еще более четко. Хорошо видна деформация, костные выступы контурируются четко. Наблюдается нарушение трофики мягких тканей: гипотрофия мышц, цианоз кисти, истончение кожи ладонной поверхности, потливость ее, реже - сухость, похолодание.

Решающее значение для диагностики перилунарных вывихов кисти и вывихов полулунной кости запястья имеет рентгенография. Рентгенограммы лучезапястно-

го сустава должны производиться в двух проекциях: боковой и ладонной, а при подозрении на сопутствующий перелом ладьевидной кости ладонная проекция делается в положении легкого тыльно-локтевого сгибания кисти. Для сравнения желательно делать аналогичные проекции здорового лучезапястного сустава.

Сложность анатомического строения запястья, малодоступность к изолированному воздействию на отдельные кости, значительная крепость связочного аппарата, ретракция мышц - все это создает большие трудности в лечении вывихов костей запястья закрытым способом. Однако, несмотря на это, большинство авторов считает, что в свежих случаях консервативное вправление этих вывихов является методом выбора и дает наиболее благоприятные результаты.

Среди 22 наших больных со свежими перилунарными вывихами кисти и вывихами полулунной кости запястья консервативное вправление достигнуто у 17 человек, у 4 человек вывихи вправлены оперативно, и у 1 человека с открытым вывихом проведено оперативное вправление. У 11 больных с несвежими вывихами также достигнуто закрытое вправление и у 3 - открытое. Анализ причин неудавшегося вправления закрытым способом показал, что наиболее тяжелыми для закрытого вправления являются вывихи полулунной кости запястья, особенно в сроки, превышающие 7 - 10 дней после травмы. Попытки закрытого вправления этих вывихов в сроки свыше 2 недель приводят к еще большему травмированию срединного нерва, тугоподвижности и деформирующему артрозу.

С застарелыми перилунарными вывихами кисти и вывихами полулунной кости запястья оперативному лечению подвергалось 31 человек. У 22 больных произведено оперативное вправление и у 9 - удаление полулунной кости запястья (показаниями к удалению явились сроки свыше 6 месяцев, большие нейротрофические расстройства в костях запястья и невраивимость). Большинство операций проведено под внутривенной анестезией, а лучшим оперативным доступом при вправлении следует считать тыльный линейный разрез, проведенный в проекции радиального края IV пальца. В случаях, сочетающихся с переломами ладьевидной кости, показана одномоментно и операция остеосинтеза последней, лучше костным штифтом или металлом с памятью формы.

Изучение ближайших и отдаленных результатов лечения перилунарных вывихов кисти и вывихов полулунной кости запястья показало, что наиболее благоприятные результаты получены у больных, подвергавшихся консервативному лечению в свежих случаях. Почти все больные этой группы вернулись к своему труду в сроки от 2 до 3 месяцев после травмы. Больные, лечившиеся оперативно в ранние сроки (давность от 2 недель до 1 - 1,5 месяцев), также приступили к работе через 2,5 - 6 месяцев. Худшие результаты получены у больных, лечившихся оперативно в сроки давностью свыше 1,5 месяцев. Большинство из них нуждалось в облегченной работе, что объяснялось значительным ограничением сгибательно-разгибательных движений в лучезапястном суставе, болезненностью и снижением силы кисти. В группе больных, где вывихи сочетались с переломами ладьевидной кости, сроки лечения были еще большими, особенно в застарелых случаях; большинство из них вернулось к труду не раньше 6 - 8 месяцев.

## ВЫВОДЫ

- Среди поврежденных проксимального ряда костей запястья следует различать перилунарные вывихи кисти и вывихи полулунной кости запястья, имеющие сходство по механизму возникновения, но отличающиеся клинико-рентгенологической картиной.
- Эти повреждения чаще всего встречаются у лиц,

занятых, тяжелым физическим трудом, и в большинстве случаев при типичном механизме травмы.

- Диагностика перилунарных вывихов кисти и вывихов полулунной кости запястья стоит не на должной высоте, о чем свидетельствует большое количество несвежих и застарелых повреждений (63,5%).

- Перилунарные вывихи кисти встречаются чаще вывихов полулунной кости запястья и составляют 56,6% всех случаев.

- Около 34% перилунарных вывихов полулунной кости запястья сочетаются с переломами ладьевидной кости. Ладонный вывих полулунной кости с половинной ладьевидной кости (переломо-вывих Де-Кервена) встречается в 2 - 2,5 раза реже перилунарного вывиха

кисти с переломом ладьевидной кости.

- Успех восстановительного лечения больных с этими повреждениями зависит от ранней диагностики и своевременно проведенного лечения. В свежих случаях методом выбора является консервативное вправление. Наиболее эффективными в несвежих и застарелых случаях является вправление оперативное. Экстирпация полулунной кости может проводиться как крайняя мера, строго по показаниям (большие сроки после травмы, нейротрофические расстройства, деформирующий артроз и невосприимчивость).