

*Д. И. Михалкевич, П. И. Беспальчук*

## **ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ СУСТАВОВ КИСТИ**

*УЗ «6-я городская клиническая больница г. Минска»,  
УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

---

*Авторами приведен опыт лечения двадцати шести пациентов с деформирующими артрозами суставов кисти.*

*Эндопротезирование суставов кисти является методом выбора у взрослых пациентов с деформирующими артрозами травматического и дегенеративно-дистрофического характера. Эндопротезирование проксимальных межфаланговых суставов двухполюсными*

## □ Обмен опытом

протезами дает лучшие результаты при отсутствии разрушения тыльного апоневроза в момент травмы и ятрогенного ранения его центральной порции при установке дистальной части протеза.

Всем больным выполнено эндопротезирование суставов. Наилучшие результаты достигнуты в семнадцати случаях эндопротезирования пястно-фаланговых суставов.

**Ключевые слова:** эндопротезирование, кисть, суставы пальцев, деформирующий артроз, ризартроз.

**D. I. Mikhalkevich, P. I. Bespalchuk**

### **ENDOPROSTHESIS REPLACEMENT OF JOINTS OF THE BRUSH**

*The authors presented the treatment experience of 26 patients with deformity arthrosis of the hand. The patients were treated with finger replacement arthroplasty.*

*The best results were found in 17 cases, who performed replacement arthroplasty of the metacarpophalangeal joints.*

**Key words:** replacement arthroplasty, the hand, fingers joints, deformity arthrosis, rhizarthrosis.

**К**исть – уникальный орган человека, участвующий во многих трудовых и бытовых процессах. Повреждения суставов кисти приводит к значительному снижению функциональной способности руки, сопровождаются постоянным болевым синдромом и ограничением движений пальцев [2]. Особые сложности для восстановительной хирургии вызывают внутрисуставные повреждения и заболевания, приводящие к развитию деформирующего артроза пястно-фаланговых суставов, а также седловидного сустава первого луча кисти [5]. Если проблема деформирующего артроза дистального межфалангового сустава может быть решена путем выполнения его артрореза в функционально-выгодном положении [6], то для достижения положительных результатов лечения более крупных суставов кисти, зачастую, требуется выполнение различного рода артропластик, большинство из которых не позволяет избавить пациента от страдания [4]. Одним из путей восстановления функции пальцев является эндопротезирование суставов. В настоящее время разработано и применяется множество эндопротезов, как цельнометаллических, так и изготовленных из силиконизированной резины [3]. Однако, как и в случаях протезирования крупных суставов, таких, как тазобедренных и коленных, на сегодняшний день наиболее оптимальным является конструкция эндопротеза из двух компонентов: металл и пластик (1).

**Материалы и методы.** Наше сообщение основано на опыте применения эндопротезов Сафара (Франция) у 26 пациентов, леченых в Республиканском специализированном центре хирургии кисти, функционирующем на базе 6-ой городской клинической больницы Минска. Основанием для выполнения оперативных вмешательств было разрушение суставов пальцев и кисти в результате различного рода травм и заболеваний (ризартроза), сопровождающихся потерей функции суставов и значительным болевым синдромом. Возраст пациентов составил от 22 до 69 лет. Среди представленной группы мужчин было 15, женщин – 11. Левая кисть была поражена в 16 случаях, правая – в 10. Эндопротезирование первого пястно-фалангового сустава выполнено у 2-х больных (левая кисть); 2-го пястно-фалангового сустава – в 4-х случаях (правая и левая кисти – по 2 наблюдения), 3-го пястно-фалангового сустава – в 5 случаях (2 – слева,

3 – справа), 4-го пястно-фалангового сустава – в 6 случаях (левая и правая кисти по 3 наблюдения). Проксимальные межфаланговые суставы были протезированы у 5 пациентов: 1 – указательного пальца слева; 2 – среднего пальца (один случай слева, один – справа) и 2 – безымянного пальца (также слева у одного больного и справа у другого). В указанной подгруппе проксимальная часть эндопротеза (цельнометаллическая устанавливалась в пястную кость или основную фалангу, а дистальная (тефлоновая, рентгеннегативная) соответственно в основную или среднюю фаланги. Предварительно при помощи специального набора инструментов в планируемых местах установки частей эндопротеза подготавливали соответствующие ложа. Крючок тефлонового компонента эндопротеза закрепляли на металлической перемычке проксимального. Особое значение придавали осуществлению гемостаза, а также восстановлению связочного аппарата и полноценности сухожильно-апоневротического растяжения.

При лечении ризартроза в 4-х случаях у 2-х пациентов установили «чашку» эндопротеза в кость-трапецию вместе с тефлоновым вкладышем, а в 2-х наблюдениях, ввиду малых размеров трапеции, выполнили в ней углубление, заполнили его капсульно-связочной прокладкой и поместили в него головку металлического протеза, внедренного в основание I пястной кости, после чего произвели пластику связок.

Кожные швы были сняты на 12–14 день после хирургического вмешательства. Иммобилизация оперированных пальцев шинами осуществлялась в течение 1,5 месяцев. После этого пациентам проводился курс восстановительного лечения [1], включающего активную длительную лечебную гимнастику и физиотерапевтические процедуры (фонофорез гидрокортизона, магнитотерапию, парафино-озокеритовые аппликации).

**Результаты и обсуждение.** В 17 случаях протезирования пястно-фаланговых суставов достигнуты отличные и хорошие результаты: форма суставов восстановлена полноценно, болевой синдром отсутствует, функция оперированного пальца достаточная. Из 5 пациентов, которым было выполнено эндопротезирование проксимального межфалангового сустава в 3 наблюдениях результаты признаны отличными и хорошими, а у 2-х боль-

ных отмечено ограничение полноценного разгибания средней фаланги, что связано со значительными повреждениями сухожильно-апоневротического растяжения пальцев в момент травмы, потребовавшего сложных пластических вмешательств, одновременно с эндопротезированием, на тыльном апоневрозе. Тем не менее, пациенты удовлетворены результатами произведенного хирургического пособия.

В 4-х наблюдениях пациентов, которым выполнено протезирование седловидного сустава, у одной больной через 2 месяца после операции произошел вывих дистальной части эндопротеза, что потребовало повторного вмешательства: открытого устранения вывиха с пластикой связочного аппарата, у другой пациентки выявилось смещение «чашки» протеза в остеопоротичной кости трапеции, из-за чего потребовалось дополнительное вмешательство: цементирование центрированной проксимальной части протеза костным цементом с дополнительной пластикой связок. В случаях однополюсного протезирования таких эксцессов не наблюдалось. Все пациентки удовлетворены итогами операции, поскольку у них исчез болевой синдром и сохранилась функция седловидного сустава, дающего мобильность первому лучу кисти.

Таким образом, эндопротезирование суставов кисти является методом выбора у взрослых пациентов с деформирующими артрозами травматического и дегенеративно-дистрофического характера. Наиболее оптимальные результаты получены в случаях эндопротезирования пястно-фаланговых суставов. Эндопротезирование проксимальных межфаланговых суставов двухполюсными протезами дает лучшие результаты при отсутствии разрушения тыльного апоневроза в момент травмы и ятро-

генного ранения его центральной порции при установке дистальной части протеза. Сложность анатомического строения седловидного сустава, особенно при значительном разрушении кости-трапеции, наводит на мысли о предпочтении однополюсного протезирования, для чего достаточно использовать дистальный компонент протеза с головкой округлой формы, которая хорошо фиксируется в кости-трапеции, при условии тщательной артропластики.

### Литература

1. *Дорогань, С. Д.* Медицинская реабилитация больных с последствиями сочетанных травм кисти / С. Д. Дорогань // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2003. – № 2. – С. 132–134.
2. *Кош, Р.* Хирургия кисти / Р. Кош // Издательство Академии наук Венгрии. – Будапешт, 1966. – С. 186–203.
3. *Foliart, D. E.* Swansonsiliconefingerjoint implants; a review of the literature regarding long – term complications / D. E. Foliart // J. Hand Surg. – 1995. – Vol. 20A. – P. 445–449.
4. *Lin, H. H., Wyrick J. D., Stern P. J.* Proximal interphalangeal joint silicone replacement arthroplasty; Clinical results using an arterior approach / H. H. Lin, J. D. Wyrick, P. J. Stern // J. Hand Surg. – 1995. – Vol. 20A. – P. 123–132.
5. *Linscheid, R. L. Murray P. M., Vidal M. A., Beckenbaugh R. D.* Development of a surface replacement arthroplasty for proximal-interphalangeal joints / R. L. Linscheid, P. M. Murrey, M. A. Vidal, R. D. Beckenbaugh // J. Hand Surg. – 1997. – Vol. 22A. – P. 286–298.
6. *Pribyl, C. R., Omer G. E., McGinty I.* Effectiveness of the chevrjnartrodesis in small joints of the hand / C. R. Pribyl, G. E. Omer, I. McGinty // J. Hand Surg. – 1996. – Vol. 21A. – P. 1052–1058.