Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови

Версія цього документу для друку: http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm01050&format=pdf

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 01050. Пошкодження кисті та пальців

Автор: Jarkko Jokihaara
Редактор оригінального тексту: Martti Teikari
Дата останнього оновлення: 2018-01-23

Основні положення

- Переломи та вивихи кісток кисті є поширеними. Консервативне лікування є достатнім у більшості випадків.
- Оцінка типу перелому потребує високоякісного проведення рентгенографії та клінічного обстеження.
- Залишати перелом аномально повернутим (мальротований) неприпустимо. Оцініть порушення обертання (мальротація) шляхом перевірки повного об’єму руху пальця; він не визначається на рентгенографії.
- Лікування першої лінії у випадку переломів зі зміщенням полягає у репозиції та іммобілізації.
- Іммобілізаційна позиція є надзвичайно важливою для максимального відновлення функції кисті: міжфалангові (МФ) суглоби іммобілізуються у випрямленій позиції, а п’ястково-фаланогові (ПФ) суглоби у позиції 70–90° згинання в гіпсі.
- Слід уникати непотрібної іммобілізації, так як вона тільки погіршить рухомість пальців.

Переломи п’ясткових кісток II–V

Дистальні переломи

- Найбільш частим переломом є перелом шийки п’ятої п’ясткової кістки (ПТ V), відомий як “перелом боксера”.
- Типове зміщення видиме на рентгенографії, включає долонне кутове зміщення кістки (ангуляція), яке може визначатись тільки на рентгенограмах в боковій проекції.
- Рухливість п’ятого ПФ суглоба є настільки хорошою, що вона компенсує будь-яке неправильне положення (мальпозиція) з ангуляцією до 40°. Ангуляція до 70° може бути допустимою, але якщо вона перевищує 40°, голівка п’ясткової кістки згодом може відчуватися на долоні під час хапання.
- У переломах шийок другої та третьої п’ясткових кісток, а також четвертої п’ясткової кістки, ангуляція < 15° та < 30–40° відповідно є прийнятною.
- Вкорочення кістки менше, ніж на 5 мм при переломах зазвичай не спричиняє функціональних проблем.
- Більшість переломів можна лікувати консервативно. Гіпс часто накладається на 2–4 тижні, але добрі результати лікування можуть деколи бути досягнутими навіть без іммобілізації. У деяких випадках можуть бути показання до хірургічного лікування.
- Успішна репозиція може бути складною, а довготривала корекція позиції перелому зазвичай недосяжна.
    - Місцева анестезія ділянки перелому 1% лідокаїном
    - Зігнувши п’ястково-фалангові (ПФ) та проксимальні міжфалангові (ПМФ) суглоби до 90°, тисніть на проксимальну фалангу зігнутого пальця в проксимальному напрямку, одночасно прикладаючи протилежний натиск на п’ясткову кістку для того, щоб досягти репозиції відломаного фрагменту (маневр ДЖАСС).
    - Щоб уникнути помилки обертання під час репозиції, завжди треба включати в процес хоча б один прилеглий палець.
    - Утримуючи репозиціоновану кістку, сформуйте шину з гіпсу, що тягнеться від верхньої третини передпліччя до кінчиків пальців. Гіпс може бути на тильній чи долонній поверхнях [доказ 04787|D].

- Розмістіть зап'ясток у функціональній позиції (20–30° розгинання), ПФ суглоби у 70–90° флексії, суглоби пальців у прямій позиції.
- Вирівнювання перелому повинно бути оцінене за допомогою рентгенографії, після накладання гіпсової пов'язки та одним тижнем пізніше.
- Час носіння гіпсової пов'язки 2–4 тижні

Переломи діафіза п'ясткових кісток

- За поперечних переломів зазвичай визначається дорзальна ангуляція через тракцію відламків міжкістковими м'язами
- Ніякий ступінь ангуляції не допустимий у п'ясткових кістках другого та третього пальців. Для четвертого та п'ятого пальців ангуляція < 20° та < 30° відповідно допустима.
- Косі переломи часто призводять до ротаційної мальпозиції, яку завжди треба виправляти. Наявність будь-якої ротаційної помилки повинна бути повторно оцінена після спроби репозиції.
- Вкорочення менше, ніж на 5 мм в місці перелому не спричиняє функціональних проблем.
- Переломи - тріщини є стабільними. Їх можна лікувати шляхом накладання шини на 1–2 тижні.
- Якщо необхідна репозиція відламків, шина повинна використовуватися протягом 3–4 тижнів.
- Позиція всіх переломів повинна бути оціненою на рентгенографії відразу після репозиції та через один тиждень. Повторна рентгенографія через 2 тижні може бути виконана, якщо це вважається необхідним.
- Якщо після репозиції відламків не вдалось досягти їх допустимої позиції, необхідна консультація спеціаліста із хірургії кисті або хірурга-ортопеда стосовно необхідності хірургічної корекції.

> *Коментар експерта.* В Україні дана патологія є компетенцією лікаря-спеціаліста ортопеда-травматолога.

Проксимальні переломи

- Тип перелому та його позиція можуть бути важкими для оцінки на звичайній рентгенографії; за необхідності слід використовувати КТ.

- Найбільш поширеними є проксимальні внутрішньосуглобові переломи V п'ясткової кістки, ймовірно асоційовані із (під)вивихом (сублюксацією) ЗП (зап'ястково-п'ясткового) V суглоба. Перелом часто є нестабільним, через що можуть бути показання до хірургічного лікування.

Переломи п'ясткової кістки великого пальця

Перелом діафіза п'ясткової кістки

- Консервативне лікування зазвичай є успішним.
- Репозиція за необхідності; ангуляція до 15–20° в передньо-задньому напрямку або 20–30° латерально є допустимою через велику мобільність проксимального суглоба великого пальця (ЗПС1), що компенсує мальпозицію.
- Добре вирівняний перелом може лікуватись шляхом постановки гіпсу від просимальної нижньої частини передпліччя до МФ суглоба великого пальця (залишаючи МФ суглоб вільним) на 5 тижнів.

Перелом основи п'ястка

- Типовим є внутрішньосуглобовий перелом основи першої п'ясткової кістки великого пальця (перелом Беннета). Ліктьовий фрагмент перелому залишається на місці, але решта часто (під)вивихнута (зображення [зображення 00882|Bennett's fracture]).
- Радіографічний діагноз та оцінка перелому потребує хоча б передньо-задньої, косої та латеральної проекцій.
- Консервативне лікування є можливим, якщо неконгруентність поверхні суглоба становить < 1 мм (перелом Беннета).
    - Перший ПФ суглоб повинен бути поміщений у гіпс в положенні 30° згинання; слід зазначити, що під час репозиції та накладання гіпсу ПФ суглоб не повинен бути надмірно розігнутим.
    - МФ суглоб великого пальця слід залишити вільним від гіпсу.
    - Наступні рентгенографічні обстеження повинні бути зроблені на 1 та 2 тижнях; час перебування в гіпсі складає 6 тижнів.
- Для репозиції перелому Беннета тягніть великий палець дистально, разом з тим тиском спричиняючи до приведення основи п'ясткової кістки, а її дистальний кінець до відведення (зображення

[зображення 00882|Bennett's fracture]). Зміщений перелом Беннета часто потребує хірургічного лікування, оскільки, навіть після успішної репозиції він часто є нестабільним.

- Внутрішньосуглобовий розтрощений перелом біля основи першої п'ясткової кістки (перелом Роландо) часто лікується хірургічно.

Переломи кісток пальців

- Більшість з них можуть лікуватися консервативно.
- Будь-яка помилка ротації при переломі повинна братися до уваги. Для того щоб оцінити це, спостерігайте за рухом пальця впродовж всього об'єму рухів, доцільно зробити місцеву анестезію, якщо біль перешкоджає рухові в повному об'ємі.
- Добре вирівняний перелом пальця, що залишається стабільним при невеликих рухах, може бути іммобілізованим негайно за допомогою фіксації до прилеглого пальця (примотати еластичною стрічкою до прилеглого пальця так, що пальці рухаються разом) на 2–3 тижні; клінічна оцінка та спостереження з візуалізаційними методами обстеження після 5 та до 10 днів. Легкі вправи на об'єм рухів повинні продовжуватися 3–4 тижні або поки хапання більше не буде спричиняти біль у пальцях. Фіксація до прилеглого пальця не повинна перешкоджати руху суглобів пальця.
- Якщо перелом зміщений, виконайте репозицію та іммобілізуйте палець за допомогою гіпсу або шини на палець на 3–4 тижні; спостереження із візуалізаційними методами обстеження проводиться на 1 та 2 тижнях.
- Іммобілізуйте палець у безпечній позиції (ПФ суглоби зігнуті на 80–90°, суглоби пальців випрямлені).
- Після перелому слід уникати великого навантаження на пальці протягом 5–6 тижнів.
- У пізній стадії частою проблемою є тугорухомість; профілактикою цього є короткий час перебування з шиною та короткий період іммобілізації. Іммобілізація перелому пальця не повинна тривати більше, ніж 4 тижні. Якщо консервативне лікування буде потребувати іммобілізації більше, ніж на 4 тижні, слід розглядати необхідність первинного хірургічного лікування.
- Необхідність хірургічного лікування повинна бути розглянута при відкритих переломах та, якщо репозиція перелому є неуспішною або позиція залишається неприйнятною після проведення репозиції.

Дистальний перелом

- “Молоткоподібний” перелом: пошкодження сухожилка розгинача в дистальній фаланзі (див. внизу пошкодження сухожилків [розділ|A1])
- Палець Джерсі: відривне (авульсійне) пошкодження сухожилка згинача, включаючи відрив фрагмента кістки в місці приєднання сухожилка. Пошкодження потребує оперативного лікування.
- Перелом широкої частини дистальної фаланги часто виникає внаслідок компресії. Шинування на 1–2 тижні для полегшення болю є достатнім щоб лікувати перелом, але травма м’яких тканин часто є більш значущою для вибору тактики лікування, ніж сам перелом.
- Добре вирівняний поперечний перелом може лікуватися короткою шиною, поставленою на 1–2 тижні; зміщена дистальна фаланга може потребувати хірургічного лікування.
- Будь-яке пошкодження гермінативної матриці повинно бути помічене та відновлене зшиванням, якщо необхідно.

Переломи в середній та проксимальній частинах

- Вони часто проявляються ангуляцією, вкороченням або ротаційним зміщенням. Вони повинні лікуватися відповідно до вищевказаних загальних принципів.
- Переломи, що поширюються на поверхню суглобів, часто є нестабільними та повинні лікуватися консервативно, тільки якщо немає порушення конгруентності суглобів або немає осьової та ротаційної похибки в об’ємі рухів пальця.
- Візуалізаційні методи обстеження повинні бути послідовно виконанні на 1 та 2 тижнях.
- МФП суглоби можуть легко стати тугорухомими від травми та іммобілізації, тому пошкодження повинні лікуватися за допомогою мобілізації якомога швидше. У лікуванні переломів із малими фрагментами на долонній поверхні суглобів середньої фаланги, наприклад, палець повинен бути швидко мобілізованим, за винятком настільки обширного пошкодження суглоба, що він не буде залишатися стабільним. Переломовивих ПМФ суглобу часто є проблематичним та потребує консультації хірурга кисті.
- Репозиція та стабілізація проксимального перелому зі зміщенням зазвичай може бути успішно досягнута шляхом згинання ПФ суглобів на 80–90°.

- Важливим є отримання якісних рентгенограм на початку лікування та при кожній повторній рентгенографії. Завжди необхідна рентгенограма в боковій проекції та корисними також можуть бути рентгенограми в косих проекціях. Якщо сусідні пальці виглядають в положенні один на одному у боковій проекції, інші пальці можуть бути незначно зігнуті або розігнуті від лінії проекції.

Пошкодження зв'язок пальців та вивихи

ПМФ суглоб

- Коли підозрюється пошкодження зв'язки ПМФ суглобу, слід обстежити бокову стабільність суглобу шляхом тестування на будь-яку надмірну здатність до розгинання, та спостерігати, чи суглоб залишається на місці при активному згинанні-розгинанні.
- Пошкодження зв'язок ПМФ суглобів пальців лікуються негайною мобілізацією, використовуючи фіксацію до сусіднього пальця або шину на 1–2 тижні, після чого фіксація до сусіднього пальця може використовуватись для підтримки мобілізації, якщо необхідно.
- Вивих ПМФ суглобу типово є дорзальним.
    - Репозиція повинна бути виконана негайно, під час першого огляду пацієнта, оскільки вона найкраще робиться, коли пошкодження є недавнім.
    - Блокування нервів пальців повинно використовуватися за необхідності та для проведення відстроченої репозиції.
    - Застосуйте дистальну тракцію пальця під час того, як згинаєте зміщений суглоб на місце.
    - Надмірне розгинання ПМФ суглобу в поєднанні з тракцією може допомогти в репозиції при повному вивиху суглоба (багнетний вивих).
- Після репозиції обстежте активне згинання та розгинання пальця та зробіть рентгенограму цієї ділянки для того, щоб підтвердити наявність суглоба на місці, а також щоб виявити можливі переломи.
- Якщо суглоб залишається на місці, лікування дорзального вивиху полягає у негайній мобілізації та фіксуванні до прилеглого пальця на 1–2 тижні.
- Долонний вивих ПМФ суглобу є більш рідкісним та часто асоціюється з центральним ковзанням, яке у нелікованому вигляді буде вести до постійної деформації пальця у вигляді "гудзикової петлі".

- Якщо закрита репозиція невдала, спостерігається нестабільність суглоба після репозиції або підозрюється асоційоване пошкодження сухожилка розгинача, слід проконсультуватися з хірургом кисті чи ортопедом стосовно тактики лікування.
- Після вивиху чи пошкодження зв'язки палець може бути болючим та набряклим тривалістю до одного року.

ПФ суглоб

- Повний розрив ліктьової колатеральної зв'язки (ЛКЗ) великого пальця ПФ суглобу повинен лікуватися хірургічно (див. нижче).
- Невеликі пошкодження зв'язок ПФ суглобів II-V можуть лікуватися консервативно; у випадку повного розриву треба розглядати необхідність хірургічного лікування.
    - Консервативне лікування складається з іммобілізації з ПФ суглобом, зігнутим на 30° на 3 тижні та наступної мобілізації з фіксацією до прилеглого пальця за необхідності.
- Підвивихи ПФ суглобу пальців II-V є зазвичай дорзальними. На рентгенограмах часто спостерігаються асиметричні суглобові проміжки. Долонна пластинка часто потрапляє в суглобовий проміжок, а сам ПФ суглоб через те є надмірно розігнутим.
    - Під час репозиції підвивиху ПФ суглобу не можна застосовувати ніякої тракції за палець, а суглоб не повинен бути надалі надмірно розігнутим, оскільки це ймовірно викличе повний вивих.
    - Для репозиції спочатку зігніть зап'ясток, щоб зменшити натяг у сухожилках-згиначах, та натисніть тільки на основу проксимальної фаланги до повернення на місце (проксимальна фаланга буде ковзати вздовж поверхні суглоба п'ясткової кістки).
    - Підтвердіть результат репозиції шляхом активного згинання-розгинання суглоба та на рентгенограмі. Негайна мобілізація захищена шиною, що попереджає надмірне розгинання, рекомендована на 3 тижні.
- При повному вивиху ПФ суглоби II-V пальців є незначно надмірно розігнутими, а палець не може бути зігнутим у будь-якому суглобі. Це часто потребує оперативного лікування, тому-що головка п'ясткової кістки зазвичай застрягає між сухожилками-згиначами, через що закрита репозиція буде невдалою.

Пошкодження ліктьової зв'язки великого пальця ПФ суглобу

- Пошкодження ліктьової колатеральної зв'язки (ЛКЗ) зазвичай виникає внаслідок насильницької променевої абдукції великого пальця, наприклад при падінні вниз (також відоме як великий палець лижника).
- Місцева болючість в ділянці ЛКЗ
- Перевірте стабільність зв'язки з прямим ПФ суглобом та у невеликому (30°) згинанні. Якщо необхідно, виконайте знеболення великого пальця щоб отримати надійний результат тесту. Порівняйте об'єм рухів із неушкодженою рукою.
    - > 30° відступ в радіальну сторону, бокова різниця > 15° в порівнянні з непошкодженою стороною та відсутність чіткої кінцевої точки вказують на повний розрив.
    - Перевірка є надійною тільки якщо пошкодження є недавнім.
- Рентгенограма може показати асиметричні суглобові проміжки або авульсивний фрагмент, котрий був відірваним від прикріплення зв'язки. Якщо фрагмент перемістивня більше, ніж на 2 мм або перевернувся, треба розглядати необхідність хірургічного лікування.
- Повний розрив ЛКЗ повинен лікуватися оперативно. Діагностика та хірургічне лікування повинні бути виконані не пізніше, ніж через 2 тижні, після травми.
- При частковому розриві ЛКЗ зв'язка не буде піддаватися під час тестування стабільності, але все інше вказує на пошкодження зв'язки. Це зазвичай лікується шляхом накладання шини на 6 тижнів; під час 2 останніх тижнів можуть виконуватися вправи з рухами в невеликому об'ємі.
- Пошкодження ПФ суглобу великого пальця часто можуть бути болючими до 6 місяців.

Пошкодження сухожилків

- Пошкодження сухожилків згиначів та розгиначів кисті зазвичай лікуються хірургічно.
- Пошкодження сухожилків часто супроводжуються пошкодженням нервів. В ділянці кисті пошкодження нервів зазвичай лікуються хірургічно.

- Пошкодження глибоких та поверхневих сухожилків згиначів пальців можна діагностувати при обстеженні функції всіх сухожилків пальця.
- Пошкодження сухожилка розгинача у ділянці пальця можна діагностувати шляхом обстеження розгинання дистальних міжфалангових (ДМФ) та проксимальних міжфалангових (ПМФ) суглобів. Більш проксимальне пошкодження може бути обстежене, наприклад, шляхом розміщення долоні пацієнта на столі, попросивши його активно підняти палець.
- Після діагностування пошкодження сухожилка рана шкіри повинна бути закрита декількома швами, і пацієнт повинен бути направлений до відділення хірургії кисті. Антибіотикопрофілактика зазвичай рекомендована. Хірургічне втручання повинно бути виконане протягом 1–2 тижнів від моменту пошкодження.

“Молоткоподібний” палець [доказ 04593|D]

- Розрив сухожилка розгинача дистальної фаланги (“молоткоподібний” палець, зображення [зображення 00883|Mallet finger]) або авульсивний перелом сухожилка (“молоткоподібний” перелом, зображення [зображення 01382|Mallet fracture (x-ray)]).
- Типове закрите пошкодження розігнутого пальця, що примушує суглоб згинатися, наприклад при ударі м’ячем або при падінні. Енергія пошкодження може бути доволі незначною.
- Кінчик пальця звисає у ДМФ (дистальний міжфаланговий) суглобі, а пацієнт не може його розігнути; пасивний об’єм рухів нормальний.
- Рекомендоване проведення рентгенографії, щоб виявити наявність авульсивного перелому та щоб оцінити, чи є ДМФ суглоб на місці.
- Лікування
    - Пошкодження сухожилка за відсутності перелому повинно лікуватися шляхом накладання шини на ДМФ суглоб на 6–8 тижнів (зображення [зображення 00884|Extension splint]). ДМФ суглоб не повинен згинатися протягом всього лікування. ПМФ суглоб не потребує іммобілізації.
    - Авульсивний перелом (“молоткоподібний” перелом) повинен лікуватися як просте пошкодження сухожилка, якщо ДМФ суглоб залишається стабільним. Хірургічне лікування повинно розглядатися, якщо авульсивний фрагмент включає настільки велику частину поверхні ДМФ суглоба, що це призводить до його підвивиху.

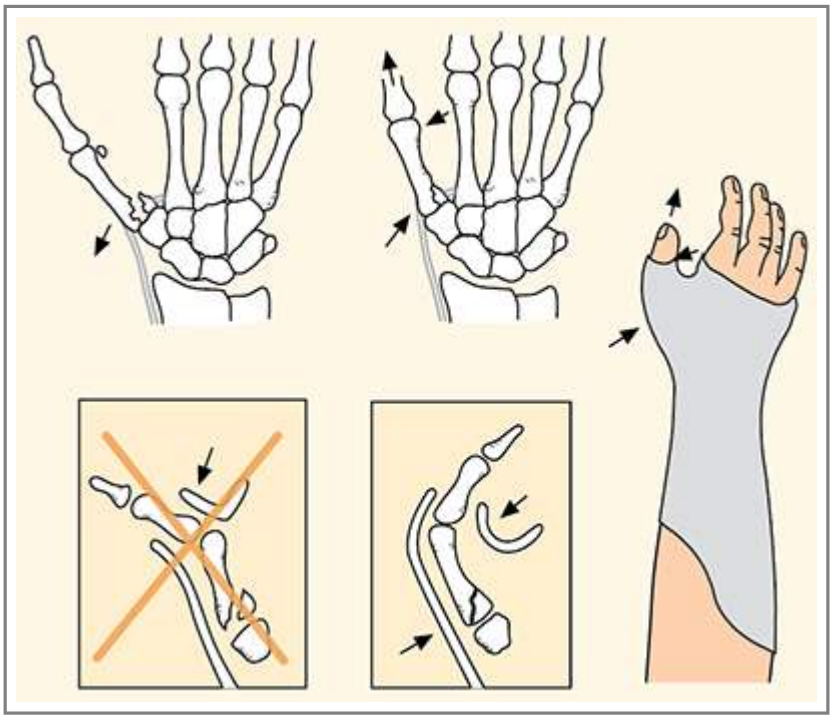
    - Після 6–8 тижнів 24 годинної іммобілізації шина повинна використовуватися протягом ще 2–4 тижнів вночі.
- Затримка розгинання на 10–20° в ДМФ суглобі зазвичай залишається, навіть після успішного лікування. Суглоб може бути червоним та болючим декілька місяців.
- Лікування шиною повинно розпочинатися, навіть якщо встановлення діагнозу затримується, і все лікування можна повторювати, якщо дистальний суглоб пальця починає звисати знову після закінчення лікування шиною.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [пов'язані 01048|Hand and finger injuries…]
- Література [пов'язані 01048|Hand and finger injuries…]

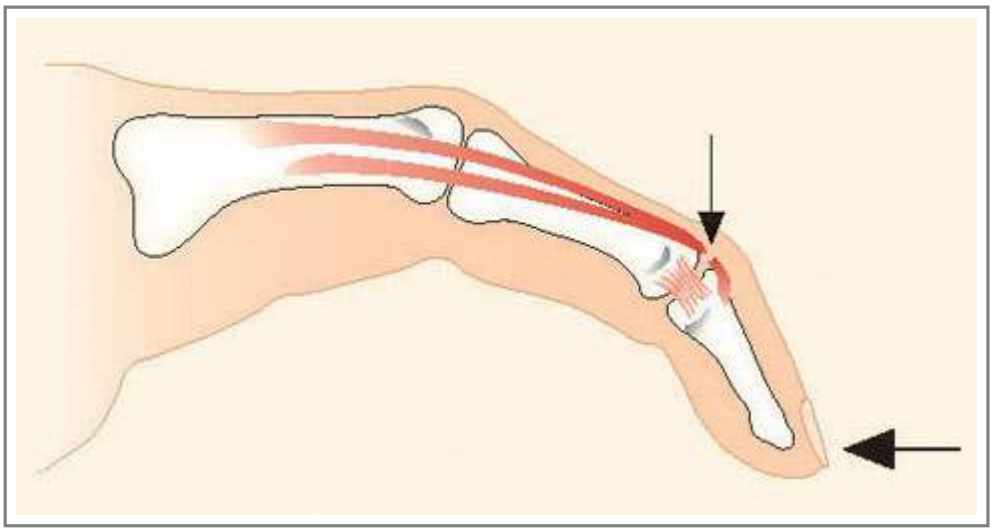
Зображення

- Зображення 00882. Bennett's fracture.



Автори та власники авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

- Зображення 00883. Mallet finger.

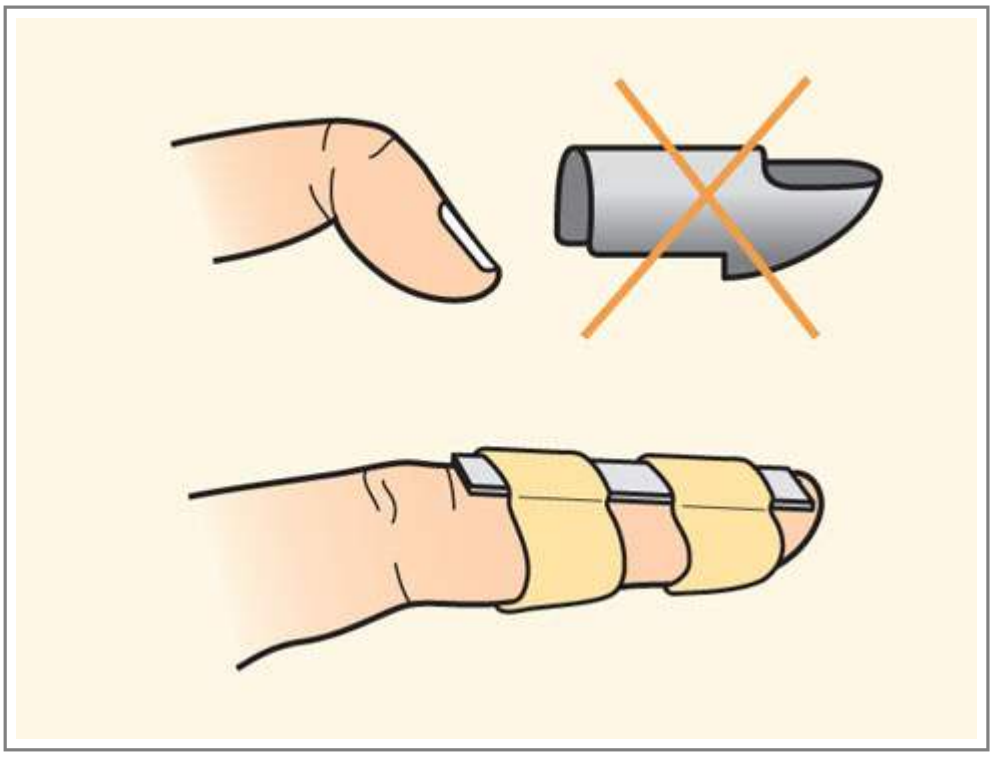


Автори та власники авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

- Зображення 01382. Mallet fracture (x-ray).

Автори та власники авторських прав: Outi Nieminen Duodecim Medical Publications Ltd

- Зображення 00884. Extension splint.



Автори та власники авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Доказові огляди Duodecim

- Доказовий огляд 04787. Conservative treatment for closed fifth metacarpal neck fractures.
  Дата оновлення: 2009-09-22
  Рівень доказовості: D
  Резюме: There is no evidence of the superiority of any single non-operative treatment regimen for fracture of the neck of the fifth metacarpal.
- Доказовий огляд 04593. Treatment of mallet finger injuries.
  Дата оновлення: 2008-08-07
  Рівень доказовості: D
  Резюме: The evidence is insufficient to establish the relative effectiveness of different finger splints or when surgery is indicated in the treatment of mallet finger injury.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm01050 Ключ сортування: 018.026 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англомовного оригіналу: 2018-01-23

Автор(и): Jarkko Jokihaara Автор(и) попередніх версій статті: Outi Nieminen Редактор(и): Martti Teikari

Лінгвіст(и)-консультант(и) англомовної версії: Hilkka Salmén Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Surgery Traumatology

Ключові слова індексу
speciality: Surgery speciality: Traumatology Avulsion fracture Bennet's fracture Collateral ligament Collateral ligament injury Diaphysis Dislocation Dislocations Finger Finger bones Finger fracture Finger injury Finger joint Finger joint dislocation Fracture Hand bones Hand fractures Hand Luxation Mallet finger Metacarpal bone Metacarpal bones Metacarpal fractures Metacarpal joints Metacarpus Palm Rolando fracture Thumb icpc-2: L74 icpc-2: L54 icpc-2: L76 icpc-2: L98 DIP joint MCP joint MP joint PIP joint icpc-2: L74 icpc-2: L79 icpc-2: L81 icpc-2: S16