

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

© Коллектив авторов, 2013

ЛЕЧЕНИЕ МОЛОТКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Д.М. Бугаев, В.Я. Горбунков, Д.В. Деревянко

ГБОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия», Ставрополь;
ГБУЗ «Городская поликлиника № 114», Центр травматологии и реабилитации Приморского района,
Санкт-Петербург, РФ



Ключевые слова: молоткообразная деформация, классификация, дистальный межфаланговый сустав, шины, спицы Киршнера.

Treatment of Mallet Fingers Deformity

D.M. Bugaev, V.Ya. Gorbunkov, D.V. Derevyanko

Key words: mallet finger deformity, classification, distal interphalangeal joint, splints, K-wires.

Наиболее частой локализацией закрытых повреждений разгибательного аппарата пальцев кисти являются повреждения на уровне дистального межфалангового сустава [1, 2]. При этом формируется характерная деформация, в отечественной литературе получившая название «молоткообразный палец» [3], а в иностранной — «mallet finger». От 5 до 10% подобных случаев составляют травмы, при которых происходит перелом тыльного края основания ногтевой фаланги [4]. Данные повреждения чаще всего обозначают термином «mallet fracture». Такое деление позволяет дифференцированно подходить к классификации и выбору лечебной тактики при «сухожильных» и «костных» травмах, приводящих к молоткообразной деформации пальцев.

Основной причиной рассматриваемых повреждений становится форсированное непроизвольное сгибание ногтевой фаланги, что у молодых людей ассоциируется со спортивными травмами. «Палец баскетболиста» («basketball finger»), «палец бейсболиста» («baseball finger») — названия, упоминаемые в зарубежных публикациях и отражающие взаимосвязь травмы с определенными видами спорта [5, 6].

Разрыв сухожилия разгибателя на уровне дистального межфалангового сустава и его молоткообразную деформацию может вызвать и минимальное по силе внешнее воздействие, что характерно для зрелых и пожилых людей. К этому предрасполагает недостаточное кровоснабжение сухожилия и ранние дегенеративно-дистрофические изменения в нем [7, 8].

Описанию повреждений типа «mallet finger» и «mallet fracture» в детском возрасте посвящены единичные работы [9].

Несмотря на типичную клиническую картину, все случаи травм, приводящие к молоткообразной

деформации пальца, требуют обязательной рентгенографии в двух стандартных проекциях [5, 6]. Это позволяет провести дифференциальный диагноз между «сухожильными» и «костными» повреждениями, определить размер и положение костного фрагмента, выявить ладонный подвывих ногтевой фаланги, классифицировать имеющееся повреждение и, следовательно, выбрать дальнейшую лечебную тактику. В настоящее время в диагностике рассматриваемых повреждений активно используется ультрасонография [10].

Чаще всего в литературе упоминается классификация J. Doyle, согласно которой выделяют 4 типа повреждений [11, 12]:

I — закрытые или тупые повреждения с утратой точки прикрепления сухожилия, с наличием или без небольшого авульсионного перелома;

II — простые раны с повреждением сухожилия;

III — глубокие раны с дефектом кожи, подкожных элементов и повреждением сухожилия;

IV — переломы тыльного края основания ногтевой фаланги, включающие место прикрепления сухожилия разгибателя:

A — трансэпифизарные переломы у детей;

B — перелом с площадью отломка от 20 до 50% суставной поверхности;

C — перелом с площадью отломка более 50% суставной поверхности и/или ладонный подвывих ногтевой фаланги.

Наиболее детальная классификация повреждений по типу «mallet fracture» представлена M. Wehbe и L. Schneider (1984) [13]:

I — костные повреждения без смещения и подвывиха;

II — переломы, сопровождающиеся смещением и/или подвывихом;

III — эпифизарные и физарные переломы.

Каждый тип подразделяется на подтипы:

A — костный фрагмент менее 1/3 суставной поверхности ногтевой фаланги;

B — костный фрагмент от 1/3 до 2/3 суставной поверхности ногтевой фаланги;

C — костный фрагмент более 2/3 суставной поверхности ногтевой фаланги.

Также представляет интерес классификация T. Damron и соавт. [14]:

IA — растяжение или разрыв сухожилия;

IB — рана с повреждением сухожилия;

II — отрыв сухожилия с костным фрагментом менее 20% суставной поверхности;

IIA — трансэпифизарные переломы;

IIIB — перелом с площадью костного отломка от 20 до 30% суставной поверхности без подвывиха;

IIIC — перелом с площадью костного отломка более 30% суставной поверхности с подвывихом ногтевой фаланги.

Единого мнения о тактике лечения больных с повреждениями типа «mallet finger» и «mallet fracture» нет. Тем не менее ряд авторов рассматривает консервативное лечение как наиболее физиологичный метод, так как дистальная зона сухожилия плохо кровоснабжается и хирургическое вмешательство может лишь усилить явления ишемии [2]. Проведя ретроспективный анализ 216 случаев лечения молоткообразного пальца G. Foucher и соавт. [15] пришли к выводу, что консервативное лечение дает хорошие функциональные результаты даже при позднем обращении пациентов за медицинской помощью J. Smit [16] также отдает предпочтение шинированию дистального межфалангового сустава, прибегая к оперативным методам только при отсутствии эффекта от консервативной терапии. У пациентов детского возраста аналогичной тактики придерживается B. Schmidt [9].

Для иммобилизации дистального межфалангового сустава используются шины (сплинты) различных конструкций, которые могут быть изготовлены как индивидуально, так и фабричным способом (коммерческие шины). Шина должна фиксировать дистальный межфаланговый сустав в положении разгибания. Гиперэкстензия недопустима, так как негативно отражается на трофике кожи тыльной поверхности сустава. Также от иммобилизации должен оставаться свободным проксимальный межфаланговый сустав [6].

Примером коммерческой шины может служить шина Stack [12, 17]. S. Fassa [18] предложил изготовление шины L-образной формы из термопласта. Другие авторы используют шину, изготовленную в виде буквы П [2]. Алюминиевые шины также обуславливают возможность индивидуального моделирования, и их можно располагать как по тыльной, так и по ладонной поверхности пальца [2, 6, 19].

Наиболее важным условием консервативного лечения рассматриваемых повреждений следует считать непрерывную фиксацию дистального меж-

фалангового сустава сроком не менее 6 нед [6, 20, 21]. В последующем шина используется в ночное время и при физических нагрузках в период от 2 до 4 нед [6]. Перед началом лечения врач должен обучить пациента пользоваться шиной и осуществлять динамический контроль правильности ее использования [12]. Применение ультрасонографии позволяет объективно оценить зрелость сухожильного регенерата и при необходимости корректировать сроки иммобилизации [10].

Оперативное лечение чаще всего применяется при повреждениях типа «mallet fracture». При этом ладонный подвывих ногтевой фаланги расценивается как абсолютное показание для оперативного вмешательства [18, 19].

Наиболее подробно показания к оперативному лечению представлены в работе D. Anderson [22]: костный фрагмент основания ногтевой фаланги с площадью, составляющей более 30% суставной поверхности; ладонный подвывих ногтевой фаланги; нерепонируемый авульсивный фрагмент; повреждение, не поддающееся консервативному лечению; отсутствие полного пассивного разгибания дистального межфалангового сустава, что может быть вызвано мягкотканной или костной интерпозицией.

Следует отметить, что в силу небольших размеров костного отломка ногтевой фаланги и сложности визуализации конгруэнтности суставных поверхностей, особенно при оскольчатых переломах [9], открытая репозиция является технически сложной операцией [4]. Наиболее доступным и многие годы широко применяемым способом остеосинтеза при рассматриваемых травмах является трансартикулярная фиксация дистального межфалангового сустава спицей Киршнера [13, 23]. T. Damron и соавт. [24] для стабилизации костного фрагмента тыльного края ногтевой фаланги используют проволочную петлю с дополнительной трансартикулярной фиксацией спицей, H. Takami — тонкие спицы [25]. По мнению H. Wong [26], в срок до 3 нед после травмы необходима открытая репозиция с остеосинтезом тыльного фрагмента винтом (диаметр 1 мм) и временной стабилизацией дистального межфалангового сустава спицами, в сроки более 3 нед показан артродез различными способами (винты, спицы, пластины). T. Ishiguro [27] предложил оригинальную методику экстензионного блока дистального межфалангового сустава спицами Киршнера, получившую широкое распространение и признание зарубежных хирургов [4, 28]. Операция выполняется закрыто под контролем электронно-оптического преобразователя. В случаях застарелых повреждений может быть использована игла 18 калибра для чрескожного «освежения» зоны перелома, что позволяет наиболее точно выполнить его репозицию [29]. Диаметр спицы, используемой для остеосинтеза, зависит от размера костного фрагмента, что предотвращает его раскалывание во время операции [30]. При наличии костных фрагментов, составляющих не более 25%

площади суставной поверхности, допускается их удаление с последующей реинсерцией сухожилия [14]. По мнению К. Nakamura [31], оптимальные условия для оперативного лечения молоткообразного пальца создаются при использовании увеличительной оптики. У пациентов детского возраста при выборе способа оперативного вмешательства приходится учитывать наличие зон роста [9].

Как консервативное, так и оперативное лечение молоткообразной деформации может сопровождаться развитием различных осложнений. При применении консервативных методик возможны изъязвление и мацерация кожи пальца под шиной, аллергические реакции на материалы, из которых изготовлена шина, деформация ногтевой пластинки, остеоартроз дистального межфалангового сустава, вторичная деформация пальца по типу «шеи лебедя», болевой синдром, рецидив деформации после прекращения иммобилизации [4, 10, 18, 32]. У ряда пациентов отмечается снижение толерантности к холоду, что вынуждает их пользоваться перчатками [12]. Для оперативных методик наиболее характерны гнойно-воспалительные осложнения [4, 9]. Возможны миграция металлоконструкций, формирование ложных суставов, косметические дефекты, обусловленные операционными рубцами и нарушением роста ногтевой пластинки [4, 25].

Независимо от использованной методики лечения, развитие осложнений негативно отражается на конечных результатах терапии. Для оценки непосредственных и отдаленных результатов лечения чаще всего применяют критерии G. Crawford (1984) [1, 4, 11, 25, 31]:

- отлично — полное разгибание и полное сгибание дистального межфалангового сустава, отсутствие болевого синдрома или дефицит разгибания менее 10°;
- хорошо — полное сгибание, отсутствие болевого синдрома, дефицит разгибания 10–25°;
- удовлетворительно — любой дефицит сгибания, отсутствие болевого синдрома, дефицит разгибания более 25°;
- неудовлетворительно — любой дефицит сгибания, постоянный болевой синдром.

J. Abouna и соавт. [33] при оценке функциональных результатов лечения «mallet finger» придерживаются более жестких критериев:

- хорошо — ограничение разгибания 0–5°, нормальное активное сгибание;
- удовлетворительно — ограничение разгибания 6–15°, нормальное сгибание;
- неудовлетворительно — ограничение разгибания более 15°, ограничение сгибания.

Именно эту схему использовал В. Schmidt при изучении результатов лечения пациентов детского возраста [9].

Таким образом, повреждения разгибательного аппарата пальцев кисти на уровне дистального межфалангового сустава с или без отрыва костно-

го фрагмента основания ногтевой фаланги многие годы остаются актуальной проблемой хирургии кисти. Данные травмы встречаются во всех возрастных группах и при отсутствии надлежащего лечения приводят к стойким функциональным нарушениям, в том числе и деформации по типу «лебединой шеи», лечение которой требует проведения более сложных реконструктивных оперативных вмешательств. Анализ классификаций показал, что среди авторов нет единого мнения о величине костного фрагмента при выделении повреждений типа «mallet fracture». Также отсутствует детализация типов открытых повреждений, приводящих к молоткообразной деформации пальца. При выделении повреждений типа «mallet fracture» у детей не в полной мере учитываются особенности травм фазарной зоны. Лечение пациентов предусматривает использование как консервативных, так и оперативных методик, однако четкого алгоритма ведения в зависимости от возраста пациента, типа и давности повреждения нет. Представляют интерес малоинвазивные методики остеосинтеза с чрескостной фиксацией отломков спицами под контролем электронно-оптического преобразователя, что позволяет уменьшить риск развития послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Золотов А.С., Зеленин В.Н., Сороковиков В.А. Лечение повреждений дистальных отделов пальцев кисти, приводящих к молоткообразной деформации. Иркутск: ИЦРВХ СО РАМН; 2010.
2. Jabiecki J., Syrko M. Zone 1 extensor tendon lesions: current treatment methods and a review of the literature. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*. 2007; 1 (6): 52–62.
3. Корнилов Н.В., ред. Травматология и ортопедия. т. 2. СПб.: Гиппократ; 2005.
4. Chia-Lin Lin, Chun-Hsiung Tseng. Treatment of mallet fracture with the extension-block K-wire method. *Taipei City Med. J.* 2006; 3 (8): 792–7.
5. Chan O., Hughes T. ABC of emergency radiology. *Hand. BMJ*. 2005; 330: 1073–5.
6. Jan A. It's not «Just A Finger». *Combs J. Athletic Training*; 2000; 35 (2): 168–78.
7. Губочкин Н.В., Шаповалов В.М. Избранные вопросы хирургии кисти. СПб: Мир и семья; 2000.
8. Warren P.A., Kay N.R.M., Norris S.H. The microvascular anatomy of the distal digital extensor tendon. *J. Hand Surg.* 1988; 13: 161–3.
9. Schmidt B., Weinberg A., Friedrich H. The mallet finger in children and adolescents. *Handchir. Mikrochir. Plast. Chir.* 2008; 40 (3): 149–52.
10. Магдиев Д.А., Чуловская И.Г., Коршунов В.Ф., Еськин Н.А. Лечение подкожных разрывов сухожилий разгибателей на уровне дистального межфалангового сустава. *Вестник РГМУ*. 2005; 7: 25–28.
11. Orhun H., Dursun M., Orhun E., Gurkan V., Altun G. Open reduction and K-wire fixation of mallet finger injuries: mid-term results. *Acta Orthop. Traumatol. Turc.* 2009; 43 (5): 395–9.
12. El-Hadidy S. Conservative management for Mallet Finger in Jordanians. *Jordan medical journal*. 2005; 1: 41–3.
13. Wehbe M.A., Schneider L.H. Mallet fractures. *J. Bone Joint Surg. Am.* 1984; 66 (5): 658–69.

14. *Damron T.A., Lange R.H., Eneber W.D.* Mallet fingers: a review and treatment algorithm. *Int. J. Orthop. Trauma.* 1991; 1 (2): 105–10.
15. *Foucher G., Cange S., Binhammer P., Lenoble E., Ehrler S.* Results of orthopedic and surgical treatment of mallet finger by subcutaneous rupture of the extensor tendon. Apropos of a series of 216 cases. *Rev. Chir. Orthop. Reparatrice Appar. Mot.*; 1995; 81 (6): 491–6.
16. *Smit J.M., Beets M.R., Zeebregts C.J., Rood A., Welters C.F.* Treatment options for mallet finger: a review. *Plast. Reconstr. Surg.* 2010; 126 (5): 1624–9.
17. *Золотов А.С., Зеленин В.Н., Сороковиков В.А.* Альтернатива фабричной шине Stack. *Травматология и ортопедия России.* 2007; 3: 73–5.
18. *Facca S., Nonnenmacher J., Liverneaux P.* Treatment of mallet finger with dorsal nail glued splint: retrospective analysis of 270 cases. *Rev. Chir. Orthop. Reparatrice Appar. Mot.* 2007; 93 (7): 682–9.
19. *Weber P., Segmüller H.* Non-surgical treatment of mallet finger fractures involving more than one third of the joint surface: 10 cases. *Handchir. Mikrochir. Plast. Chir.* 2008; 40 (3): 145–8.
20. *Миронов С.П., Котельников Г.П., ред.* Травматология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008.
21. *Bendre A.A., Hartigan B.J., Kalainov D.M.* Mallet Finger. *J. Am. Acad. Orthop. Surg.* 2005; 5: 336–344.
22. *Anderson D.* Mallet finger — management and patient compliance. *Aust. Fam. Physician.* 2011; 40 (1–2): 47–8.
23. *Nichols H.M.* Repair of extensor tendon insertions in the fingers. *J. Bone Joint Surg. Am.* 1951; 33 (4): 836–41.
24. *Damron T.A., Engber W.D.* Surgical treatment of mallet finger fractures by tension band technique. *Clin. Orthop. Relat. Res.* 1994; 300: 133–40.
25. *Takami H., Takahashi S., Ando M.* Operative treatment of mallet finger due to intra-articular fracture of the distal phalanx. *Arch. Orthop. Trauma Surg.* 2000; 120 (1–2): 9–13.
26. *Hin-keung Wong, Cho-ye Lam, Kam-yiu Wong.* Treatment of phalangeal and metacarpal fractures: A review. *Pb Journal of Orthopaedics*; 2008; 1: 42–50.
27. *Ishiguro T.* A new method of closed reduction for mallet fracture using extension-block Kireschner wire. *Cent. Jpn J. Orthop. Trauma Surg.* 1988; 6: 413–5.
28. *Nakamura K., Nanjyo B.* Reassessment of surgery for mallet finger. *Plast. Reconstr. Surg.* 1994; 93 (1): 141–9.
29. *Pegoli L., Toh S., Arai K., Fukuda A., Nishikawa S., Vallejo I.G.* The Ishiguro extension block technique for the treatment of mallet finger fracture: indications and clinical results. *J. Hand Surg. Br.* 2003; 28 (1): 15–17.
30. *Badia A., Riano F., Miami F.L.* A simple fixation method for unstable bony mallet finger. *J. Hand Surg.* 2004; 6: 1051–5.
31. *Crawford G.P.* The molded polythelene splint for mallet finger deformities. *J. Hand Surg. Am.* 1984; 9 (2): 231–7.
32. *Stern P.I., Kastrup J.J.* Complications and prognosis of treatment of mallet finger. *J. Hand Surg.* 1988; 13 (3): 329–34.
33. *Abouna J.M., Brown H.* The treatment of mallet finger. The results in a series of 148 consecutive cases and a review of the literature. *Br. J. Surg.* 1968; 55: 653–67.
34. *literature.* *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja.* 2007; 1 (6): 52–62.
35. *Kornilov N.V., ed.* *Travmatologiya i ortopediya.* Vol. 2. St. Petersburg: Gippokrat; 2005 (in Russian).
36. *Chia-Lin Lin, Chun-Hsiung Tseng.* Treatment of mallet fracture with the extension-block K-wire method. *Taipei City Med. J.* 2006; 3 (8): 792–7.
37. *Chan O., Hughes T.* ABC of emergency radiology. *Hand. BMJ.* 2005; 330: 1073–5.
38. *Jan A.* It's not «Just A Finger». *Combs J. Athletic Training*; 2000; 35 (2): 168–78.
39. *Gubochkin N.V., Shapovalov V.M.* Selected problems in hand surgery. St. Petersburg: Mir i sem'ya; 2000 (in Russian).
40. *Warren P.A., Kay N.R.M., Norris S.H.* The microvascular anatomy of the distal digital extensor tendon. *J. Hand Surg.* 1988; 13: 161–3.
41. *Schmidt B., Weinberg A., Friedrich H.* The mallet finger in children and adolescents. *Handchir. Mikrochir. Plast. Chir.* 2008; 40 (3): 149–52.
42. *Magdiiev D.A., Chulovskaya I.G., Korshunov V.F., Es'kin N.A.* Application of ultrasound in the treatment of extensor tendon injuries. *Vestnik RGMU.* 2005; 7: 25–28 (in Russian).
43. *Orhun H., Dursun M., Orhun E., Gurkan V., Altun G.* Open reduction and K-wire fixation of mallet finger injuries: mid-term results. *Acta Orthop. Traumatol. Turc.* 2009; 43 (5): 395–9.
44. *El-Hadidy S.* Conservative management for Mallet Finger in Jordanians. *Jordan medical journal.* 2005; 1: 41–3.
45. *Wehbe M.A., Schneider L.H.* Mallet fractures. *J. Bone Joint Surg. Am.* 1984; 66 (5): 658–69.
46. *Damron T.A., Lange R.H., Eneber W.D.* Mallet fingers: a review and treatment algorithm. *Int. J. Orthop. Trauma.* 1991; 1 (2): 105–10.
47. *Foucher G., Cange S., Binhammer P., Lenoble E., Ehrler S.* Results of orthopedic and surgical treatment of mallet finger by subcutaneous rupture of the extensor tendon. Apropos of a series of 216 cases. *Rev. Chir. Orthop. Reparatrice Appar. Mot.*; 1995; 81 (6): 491–6.
48. *Smit J.M., Beets M.R., Zeebregts C.J., Rood A., Welters C.F.* Treatment options for mallet finger: a review. *Plast. Reconstr. Surg.* 2010; 126 (5): 1624–9.
49. *Zolotov A.S., Zelenin B.N., Sorokovikov V.A.* Alternative to factory splint STACK. *Travmatologiya i ortopediya Rossii.* 2007; 3: 73–5 (in Russian).
50. *Facca S., Nonnenmacher J., Liverneaux P.* Treatment of mallet finger with dorsal nail glued splint: retrospective analysis of 270 cases. *Rev. Chir. Orthop. Reparatrice Appar. Mot.* 2007; 93 (7): 682–9.
51. *Weber P., Segmüller H.* Non-surgical treatment of mallet finger fractures involving more than one third of the joint surface: 10 cases. *Handchir. Mikrochir. Plast. Chir.* 2008; 40 (3): 145–8.
52. *Mironov S.P., Kotel'nikov G.P., eds.* *Traumatology: national manual.* Moscow: GEOTAR-Media; 2008 (in Russian).
53. *Bendre A.A., Hartigan B.J., Kalainov D.M.* Mallet Finger. *J. Am. Acad. Orthop. Surg.* 2005; 5: 336–344.
54. *Anderson D.* Mallet finger — management and patient compliance. *Aust. Fam. Physician.* 2011; 40 (1–2): 47–8.
55. *Nichols H.M.* Repair of extensor tendon insertions in the fingers. *J. Bone Joint Surg. Am.* 1951; 33 (4): 836–41.
56. *Damron T.A., Engber W.D.* Surgical treatment of mallet finger fractures by tension band technique. *Clin. Orthop. Relat. Res.* 1994; 300: 133–40.
57. *Takami H., Takahashi S., Ando M.* Operative treatment of mallet finger due to intra-articular fracture of the

REFERENCES

1. *Zolotov A.S., Zelenin V.N., Sorokovikov V.A.* Treatment of distal finger injuries resulting in mallet deformity. *Irkutsk: NTsRVKh SO RAMS*; 2010 (in Russian).
2. *Jabiecki J., Syrko M.* Zone 1 extensor tendon lesions: current treatment methods and a review of the

- distal phalanx. Arch. Orthop. Trauma Surg. 2000; 120 (1-2): 9-13.
26. *Hin-keung Wong, Cho-ye Lam, Kam-yiu Wong.* Treatment of phalangeal and metacarpal fractures: A review. Pb Journal of Orthopaedics; 2008: 1. 42-50.
27. *Ishiguro T.* A new method of closed reduction for mallet fracture using extension-block Kireschner wire. Cent. Jpn J. Orthop. Trauma Surg. 1988; 6: 413-5.
28. *Nakamura K., Nanjyo B.* Reassessment of surgery for mallet finger. Plast. Reconstr. Surg; 1994: 93 (1): 141-9.
29. *Pegoli L., Toh S., Arai K., Fukuda A., Nishikawa S., Vallejo I.G.* The Ishiguro extension block technique for the treatment of mallet finger fracture: indications and clinical results. J. Hand Surg. Br. 2003; 28 (1): 15-17.
30. *Badia A., Riano F., Miami F.L.* A simple fixation method for unstable bony mallet finger. J. Hand Surg. 2004: 6: 1051-5.
31. *Crawford G.P.* The molded polythelene splint for mallet finger deformities. J. Hand Surg. Am; 1984: 9 (2): 231-7.
32. *Stern P.I., Kastrup J.J.* Complications and prognosis of treatment of mallet finger. J. Hand Surg; 1988: 13 (3): 329-34.
33. *Abouna J.M., Brown H.* The treatment of mallet finger. The results in a series of 148 consecutive cases and a review of the literature. Br. J. Surg. 1968; 55: 653-67.

Сведения об авторах: Бугаев Д.А. — канд. мед. наук, ассистент кафедры поликлинической хирургии СГМА; Горбунов В.Я. — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой поликлинической хирургии СГМА; Дервянко Д.В. — врач травматолог-ортопед Городской поликлиники № 114», центр травматологии и реабилитации Приморского района.
Для контактов: Бугаев Дмитрий Александрович. 356000, Ставрополь, ул. 50 лет ВЛКСМ, дом 44/2, кв. 38. Тел.: +7 (909) 760-57-14. E-mail: dimairabu@rambler.ru

© И.Д. Булюбаш, 2013

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АМПУТАЦИОННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТРАВМЫ

И.Д. Булюбаш

ФГБУ «Нижегородский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии» Минздрава России, Нижний Новгород, РФ

Ключевые слова: ампутация верхней конечности, приспособление, копинг-стратегии, дистресс, посттравматическое стрессовое расстройство, тревога, депрессия, психотерапия.

Peculiarities of Psychological Adaptation of Patients with Upper Ex tremity Amputation Defects Resulted from Trauma

I.D. Bulyubash

Key words: upper limb amputation, adjustment, coping-strategies, distress, post-traumatic stress disorder, anxiety, depression, psychotherapy.

Что означает ампутация для пациента? Что она значит для его семьи, друзей и коллег? Как реагирует пациент на потерю? Как он отвечает на нее в социальном плане, эмоционально и профессионально? Меняется ли он психологически? Появляются ли новые потребности? Влияет ли протезирование на восстановление психологического здоровья? Какие психологические интервенции адекватны его состоянию? Ответы на эти вопросы в значительной степени описывают течение процесса адаптации при наличии ампутационного дефекта верхней конечности.

Ампутационный дефект верхней конечности как стигматизация пациента

По Э. Гоффману, стигматизация в социальном смысле — это наличие у индивидуума постыдного в обществе качества и ожидаемое отношение к нему, снижающее способность к полноценной социальной жизни из-за лишения права на общественное признание [1]. Нарушение образа тела

(комплексного конструкта, включающего ощущения, чувства и мысли о нашем теле и телесном опыте) приводит ко многим сложным психологическим проблемам, поскольку доминантным дискурсом западной культуры является физическая привлекательность индивидуума [2]. В то же время очевидной является негативная позиция в отношении людей, имеющих ампутационные дефекты конечностей [3]. Поскольку наше тело является формой бытия в мире, ампутация представляет собой не только потерю части тела, но потерю социального, эстетического и функционального тела в целом [2]. Изменение образа тела у пациента нередко влечет за собой ощущение изменений в собственной личности, что побуждает к созданию новой концепции себя самого.

Рука — видимая часть тела, имеющая существенную культурную значимость. Она необходима для приветствия, обозначения принадлежности, а также значима эстетически. Невозможность скрыть протез или потерю конечности создает си-