

УДК 617.577-001-036.12-08

Опыт лечения свежих повреждений разгибателей пальцев кисти

Г.Г. НЕТТОВ

Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань

Неттов Газиз Геноятович

главный научный сотрудник Травматологического центра
420139, г. Казань, ул. Рихарда Зорге, д. 84, кв. 100
тел. 8-917-893-24-97, e-mail: rkb_nauka@rambler.ru

В статье проанализированы результаты лечения 57 больных со свежими повреждениями разгибательного аппарата пальцев кисти. Травмируются в 61% случаев молодые люди, причем часто (35%) — дистальный межфаланговый сустав. Эффективным методом лечения в дистальном отделе пальца является спицевая фиксация, в проксимальном — шов или пластика разгибателя.

Ключевые слова: разгибатели пальца, травма, лечение.

Treatment experience of recent injuries of hand extensor digitorum

G.G. NETTOV

Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan

This article analyzes the results of treatment of 57 patients with recent injuries of the extensor mechanism of fingers. In 61% of cases young people are injured, in 35% of cases it is the distal interphalangeal joint. An effective mode therapy for distal branch of a finger is the pin fixation, for proximal branch — suture or plastic of intensor.

Key words: extensor digitorum, injury, treatment.

Среди повреждений сухожилий кисти повреждения разгибателей составляет 25%, причем на уровне пальцев — 19%, на тыле кисти — 52%, нижней трети предплечья — 28,7% [1]. Несмотря на кажущуюся простоту диагностики и лечения, количество неудовлетворительных исходов с повреждением разгибателей достигает 15,7% [2]. По сводным данным травмпунктов, среди всех первично обратившихся больных повреждения разгибателей пальцев составляет 0,5% [3, 4]. Для удобства оперативного и консервативного лечения все повреждения разгибателя пальцев кисти [5] подразделяют на 4 зоны повреждения, выделяя по характеру открытые и закрытые повреждения, а по срокам — свежие и застарелые повреждения. Согласно классификации [5] относится к I зоне — повреждение разгибателя пальца на уровне дистального межфалангового сустава (ДМФС), ко II зоне — проксимальный межфаланговый сустав (ПМФС), к III зоне — пястно-фаланговый сустав (ПФС), к IV зоне — повреждение разгибателя на уровне кисти и лучезапястного сустава

Существующие методы лечения свежих повреждений разгибателя пальца. Консервативное лечение: при свежих закрытых повреждениях разгибателя на уровне ДМФС рекомендуется ладонная латунная шина

[6], а также ладонная шина накладывается на палец в виде «писчего пера» [3], фиксация ногтевой фаланги спицей [7].

При свежих повреждениях разгибателя на уровне ДМФС рекомендуют лонгету или внутреннее шинирование спицей, а на уровне ПМФС, ПФС — сухожильный шов [8]. Чрескостный погружной шов разгибателя при травме в I зоне рекомендуют [9]. При свежих повреждениях разгибателя на уровне ПМФС — ладонная лонгета в выпрямленном положении пальца в течение 6 недель [9].

Исходя из вышеизложенного, возникает настоятельная необходимость анализа существующих методов лечения повреждений разгибателей пальцев кисти и оценки их эффективности.

Материалы и методы лечения

Изучены результаты лечения 57 больных со свежими повреждениями разгибателя пальцев кисти на различных его уровнях. В возрастном аспекте пациенты распределились следующим образом: 14-25 лет — 7 чел. (12,2%), 26-45 лет — 35 чел. (61,4%), 46-60 лет — 13 чел. (22,8%), 61-70 лет — 1 чел. (1,8%), свыше 70 лет — 1 чел. (1,8%). Мужчин было 42 чел. (73,7%), женщин — 15 чел. (26,3%). Чаще поражалась правая

кость — 68,4%. По уровню травмы разгибателя пальца, согласно классификации (5) — повреждение разгибателя в I зоне было у 20 чел. (35,1%), во II зоне — 15 чел. (26,3%), в III зоне — 8 чел. (14,1%), в IV зоне — 14 чел. (24,5%).

Методы лечения

В I зоне повреждения выполнено 20 операций по восстановлению поврежденного разгибателя. При так называемом подкожном разрыве разгибателя ногтевой фаланги пальца со сроком травмы не более суток был осуществлен у 13 больных закрытый трансартикулярный остеосинтез спицей через ногтевую фалангу и фиксацией ДМФС в положении гиперэкстензии сроком на 5-6 недель. С последующим после удаления спицы проведением физиомеханотерапии до восстановления функции разгибания ногтевой фаланги. У 3 больных был выполнен с тыльного доступа погружной шов поврежденного разгибателя и трансартикулярная фиксация ногтевой фаланги спицей. У 2 больных при закрытой травме разгибателя была наложена ладонная гипсовая лонгета в виде «писчего пера» по (3). Шов разгибателя и гипсовая иммобилизация была осуществлена у 2 больных.

Во II зоне повреждения выполнены операции у 15 чел.: погружной шов разгибателя и фиксация проксимального межфалангового сустава спицей на 3 недели, т.е. до сращения поврежденного разгибателя — у 7 чел., шов разгибателя и ладонная гипсовая фиксация пальца — у 5 чел., остеосинтез спицами оскольчатых переломов средней фаланги и внутрисуставных переломов, без восстановления разгибателя — у 3 больных.

В III зоне повреждения выполнены операции у 8 больных: шов разгибателя и ладонная гипсовая иммобилизация — у 6 чел., шов разгибателя и остеосинтез головки пястной кости — у 2 больных.

В IV зоне повреждения проведены операции у 14 чел.: шов разгибателя (разгибателей) и ладонная гипсовая иммобилизация — у 9 больных, переключение дистального конца длинного разгибателя 1 пальца на лучевой разгибатель кисти и на один из разгибателей 2-го пальца — у 2 больных, пластика разгибателя — у 2 больных, шов разгибателя с кожной пластикой дефекта — у 1 больного. Все больные после проведенных операций получали соответствующее реабилитационное лечение в виде ЛФК, тепловых процедур, большей частью в амбулаторных условиях.

Результаты лечения больных на сроках от 1 года до 3 лет после проведенных операций изучены у 55 больных (96,4%). Отличные результаты получены в 3,6% случаев; хорошие — в 63,6%; удовлетворительные — 27,3%; плохие — в 5,5% случаев.

Обсуждение полученных результатов

В I зоне закрытого повреждения разгибателя на сроках до 1 суток после травмы наиболее эффективным методом лечения является закрытая трансартикулярная фиксация спицей ДМФС сроком на 4-6 недель с последующей реабилитацией. Методы ладонной гипсовой фиксации типа «писчего пера», а также шов раз-

гибателя с ладонной гипсовой фиксацией не эффективны. **Во II зоне** свежего повреждения разгибателя пальца наиболее эффективным является погружной шов разгибателя и трансартикулярная фиксация спицей проксимального межфалангового сустава до сращения сухожилия. Во всех случаях в этой группе получены хорошие результаты. Результаты лечения в этой зоне ухудшаются, если травма разгибателя сочетается с переломами средних фаланг, повреждениями кожного покрова, а также применение в качестве фиксации оперированного сустава пальца гипсовой иммобилизации. **В III зоне** показан шов разгибателя и ладонная гипсовая иммобилизация в функциональном положении пальцев до сращения сухожилия. При сочетанных травмах с переломом пястных костей, фаланг пальцев и повреждением разгибателей необходимо сочетать сухожильный шов с одновременным осуществлением тщательной репозиции отломков и остеосинтеза переломов костей кисти и пальцев. В отдаленном послеоперационном периоде потребуется для восстановления функции пальцев кисти, иногда — тенолиз, артролиз и другие методы реабилитации. **В IV зоне** эффективным является по возможности погружной шов разгибателя, при дефектах сухожилия адекватные методы пластики (мостовидная или другая по конкретным показаниям), при дефектах кожного покрова показаны различные виды кожной пластики. Гипсовая иммобилизация в функциональном положении пальцев кисти. В послеоперационном периоде показана своевременная полноценная реабилитация при необходимости применения корригирующих вмешательств. Причинами снижения исходов лечения в этой группе были недостаточная реабилитация в послеоперационном периоде и дермато-десмо-тендогенные рубцовые спайки.

Выводы

1. Повреждения разгибателей пальцев встречаются чаще у людей активного трудоспособного возраста (25-45 лет — 61,4%), чаще поражаются мужчины (73,7%), причем правая кисть (68,4%).

2. Наиболее часто подвергается травме дистальный межфаланговый сустав — 35,1%; второе место занимает проксимальный межфаланговый сустав, в положении сжатия в кулак — 26,3%; третье место по частоте травмы занимают тыл кисти и запястье — 24,5%.

3. Эффективным методом лечения в I зоне является закрытая спицевая фиксация ногтевой фаланги в положении гиперкоррекции сроком на 4-6 недель. Во II зоне — сухожильный шов и временная спицевая фиксация проксимального межфалангового сустава до сращения поврежденного разгибателя. В III-IV зонах повреждения разгибателя эффективным методом лечения является сухожильный шов, при дефектах — пластика, при переломах костей — одновременный остеосинтез, ладонная гипсовая иммобилизация до сращения сухожилий. При всех уровнях травмы разгибательного аппарата пальцев кисти необходима послеоперационная настойчивая полноценная реабилитация для восстановления функции пальца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диваков М.Г., Никольский М.А., Дейкало В.П. Характеристика открытых повреждений кисти и пути повышения качества специализированной помощи в областном центре // Сб.: Открытые повреждения кисти. — Москва, 1986. — С. 47-49.
2. Магдиев Д.А., Чуловская И.Г., Липинский П.В. и др. Лечение повреждений сухожилий разгибателей пальцев кисти // Сб.: Современные технологии диагностики, лечения и реабилитации повреждений и заболеваний кисти. — Москва, 9-10 ноября 2005. — С. 148-151.
3. Бочайковская Ж.А. О лечении повреждений разгибателей пальцев // Ортоп., травм., протез. — 1971. — № 4. — С. 15-17.
4. Рослова Э.П., Львов С.Е. Анатомо-биомеханические обоснования операций по восстановлению функций разгибания II-IV пальцев кисти // Ортоп., травм., протез. — 1988. — № 8. — С. 14-17.
5. Бойчев Б., Холевич Я. Хирургия кисти и пальцев // София: Медицина и физ-

культура, 1971. — 250 с. — С. 147-149.

6. Розов В.И. Повреждения сухожилий кисти и пальцев. — М.: Медицина, 1952. — 200 с.

7. Коршунов В.Ф., Москвин А.Д., Магдиев Д.А. Лечение закрытых повреждений сухожильно-апоневротического растяжения пальцев кисти на уровне дистального межфалангового сустава // Ортопед., травм., протез. — 1988. — № 8. — С. 12-14.

8. Колонтай Ю.Ю. с соавт. Открытая травма кисти / Днепрпетровск, 1983. — С. 96-98.

9. Минасов Б.Ш., Исламов С.А., Афанасьева Н.В. Восстановление сухожилия разгибателя пальца кисти при подкожных разрывах и повреждениях на уровне дистального межфалангового сустава // III Всероссийский съезд кистевых хирургов // Международный конгресс / Матер. съезда. — Москва, 19-21 мая 2010 г. — С. 69-70.