

© Д.В.Дзащева, И.В.Титаренко, 2008
УДК 617.577-007.683-089

Д.В.Дзащева, И.В.Титаренко

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛИГАМЕНТИТА ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Санкт-Петербургский городской центр амбулаторной хирургии кисти (руков. — канд. мед. наук И.В.Титаренко)

Ключевые слова: стенозирующий лигаментит пальцев кисти, лигаментотомия.

Введение. Стенозирующий лигаментит пальцев кисти — перемежающаяся контрактура пальцев кисти, этиология которого достаточно не выяснена, но возникающего вследствие асептического воспаления кольцевидной связки сухожильного влагалища. Заболевание давно известно врачам, но до настоящего времени остается неясным его патогенез. Наблюдается, как правило, у лиц определенных профессий: закройщиц, портных, машинисток, парикмахеров, сапожников и т.д., в связи с чем данную патологию часто относят к профессиональным болезням [1, 3]. Стенозирующий лигаментит кольцевидных связок сухожильных влагалищ пальцев является довольно часто встречающейся патологией кисти. В структуре заболеваний опорно-двигательного аппарата стенозирующий лигаментит пальцев кисти составляет 63,6 на 100 000 жителей Санкт-Петербурга [4]. Больные долго и безуспешно лечатся у различных врачей по поводу болей в кисти — невропатологов, терапевтов и т.д., которые рассматривают жалобы и объективные данные как симптом другого заболевания. В связи с этим, больные обращаются к хирургам при запущенных формах болезни, когда единственным способом лечения является оперативное вмешательство.

Консервативная терапия имеет ряд отрицательных моментов, так как она не устраняет причину защелкивания, а лишь временно дает облегчение пациенту, а в поздних стадиях вообще не имеет никакой эффективности. В технике оперативного лечения также до сих пор нет еди-

ного мнения по многим вопросам: преимущество открытой или закрытой лигаментотомии; выбора хирургического доступа; полного или частичного рассечения кольцевидной связки; с резекцией ее дегенеративно-измененной части или без резекции; с частичным срезанием или иссечением утолщенной части сухожилия или без этого приема; ранней функции после операции или покоя.

В исследовании представлены результаты лечения пациентов со стенозирующим лигаментитом пальцев кисти.

Материалы и методы. В основу данного сообщения положены результаты обследования 169 пациентов со стенозирующим лигаментитом I–V пальцев кисти, жителей Санкт-Петербурга, находившихся на лечении в Городском центре амбулаторной хирургии кисти в 2000–2005 гг. Среди них было 20 (11,83%) мужчин и 149 (88,17%) женщин от 18 до 75 лет. Оперативному лечению подверглись 169 (100%) больных. По возрасту они распределялись следующим образом: до 20 лет — 2 (1,18%), от 21 до 30 лет — 7 (4,14%), от 31 до 40 лет — 10 (5,92%), от 41 до 50 — 32 (18,94%), от 51 до 60 — 72 (42,6%), от 61 до 70 — 36 (21,3%), старше 70 лет — 10 (5,92%). У 106 процесс был на правой кисти, у 62 — на левой. В 1 случае процесс был двусторонним. В 84 (51,53%) случаях был поражен I палец, в 9 (5,52%) — II палец, в 36 (22,09%) случаях — III, в 29 (17,79%) — IV и в 5 (3,07%) — V. Кроме того, у 4 больных имелось одновременное поражение двух пальцев (1 пациент — II, III; 1 пациент — I, III; 1 — III, IV и у 1 пациента — I, IV пальцев кисти).

Таким образом, чаще всего поражался I палец, затем III, IV и реже всего патологический процесс обнаруживали на II и V пальцах кисти.

Для оценки функции кисти нами применялась методика, разработанная на базе Санкт-Петербургского городского центра амбулаторной хирургии кисти. В ней применяются подходы и приемы, основанные на выполнении 25 видов схвата и функциональных позиций [2]. Из общего числа больных в течение первого года с момента возникновения заболевания за

медицинской помощью обратились 119 человек, в период от 1–2 лет — 31 человек, от 2–3 лет — 9 человек, от 3–5 лет — 6 человек, от 5–10 лет — 1 человек, более 10 лет — 0. Средняя длительность заболевания составила 14,8 мес.

С учетом эволюции данного заболевания были выделены три степени тяжести патологического процесса в зависимости от выраженности болевого синдрома и ограничения функции кисти.

Для I степени характерно наличие боли при надавливании у проксимального края сухожильного влагалища, над пястно-фаланговым суставом и периодическое затруднение полного сгибания или разгибания пальца.

II степени заболевания свойственно частое «защелкивание» пальца, устраняемое с трудом и болью, после чего восстанавливается функция пальца до очередного «защелкивания».

При III степени болевой синдром постоянен, определяется стойкая сгибательная или разгибательная контрактура пальца.

С учетом степени тяжести у 39 больных была диагностирована II степень заболевания и у 130 — III степень заболевания. I степень заболевания не была выявлена ни у одного пациента.

У 80 больных в анамнезе отмечалась профессиональная травматизация пальцев кисти, что было свойственно представителям таких профессий, как художники, музыканты, чертежники, слесари, компьютерщики, повара, мойщики посуды, уборщики — люди, чья профессия непосредственно связана с травмой кисти. Обращаемость за медицинской помощью варьировала от 1 мес до 9 лет с момента возникновения заболевания.

Результаты обследования больных позволяют сделать заключение, что больные направляются на хирургическое лечение в поздние сроки, когда уже имели место изменения функции кисти.

Результаты и обсуждение. 81 пациенту применялась предшествующая консервативная терапия нестероидными противовоспалительными препаратами, отмечалось кратковременное прекращение болей, которые возобновлялись при воздействии патогенных факторов. 85 пациентам до поступления в центр применялись инъекции кортикостероидов под кольцевидную связку. У пациентов, которым применялась консервативная терапия гормонами, во время операции обнаруживалась склерозированная кольцевидная связка хрящевой плотности. Применение гормонов в предшествующей консервативной терапии значительно связано с длительностью заболевания ($3,28 \pm 0,06$ и $2,82 \pm 0,06$) мес при отсутствии терапии, $p < 0,001$ по М-У (что подтверждает ее неэффективность). Соответственно, если применялась гормонотерапия, то длительность заболевания увеличивалась.

Из всего вышесказанного определенно можно сказать о неэффективности консервативной терапии во II и III фазах заболевания, а также о том, что гормонотерапия дает кратковременный эффект, не устраняя причину стеноза.

24 пациента были оперированы ранее разработанными способами (5 пациентам производился Г-образный разрез и 19 — продольный разрез).

В обоих случаях в послеоперационном периоде пациентам применялась иммобилизация. При оперативном вмешательстве путем использования продольного доступа к кольцевидной связке в 7 (36,8%) случаях возникала гипергрануляция послеоперационных ран, в 6 (31,6%) случаях в послеоперационном периоде — тугоподвижность из-за отека мягких тканей. При операции с использованием Г-образного доступа в 3 (60%) случаях в послеоперационном периоде возникал неврит.

Неудовлетворенность перечисленными исходами привела нас к поиску новых способов лечения данного заболевания. С 2000 г. мы стали использовать следующую методику оперативного лечения стенозирующего лигаментита пальцев кисти.

Под местной анестезией производили два параллельных разреза, первый — по ладонно-пальцевой борозде и второй — параллельно дистальной поперечной складке ладони длиной 15–20 мм, обнажали утолщенную кольцевидную связку. Под нее проводили желобоватый зонд и рассекали утолщенную часть кольцевидной связки. Далее проверяли восстановление скольжения сухожилия.

С помощью второго разреза радикально освобождали сухожилие от склерозированных тканей, иссекали гипертрофированную часть сухожильных влагалищ сгибателей. Восстанавливали скольжение сухожилия, гемостаз, шов послеоперационной раны, повязку (рис. 1–3). Швы снимали на 10–12-й день. Рекомендовали криотерапию, прием анальгетиков. На следующий день производили смену повязки, оценивали чувствительность пальца, его подвижность, назначали лазеротерапию, лечебную физкультуру. Далее один раз в неделю проводили смену повязки до снятия швов.

Единственным различием при стенозирующем лигаментите I пальца являлось то, что разрез производили по оппозиционной борозде. По данной методике прооперированы 145 пациентов со стенозирующим лигаментитом I–V пальцев кисти.

Рецидивов и осложнений не наблюдалось.

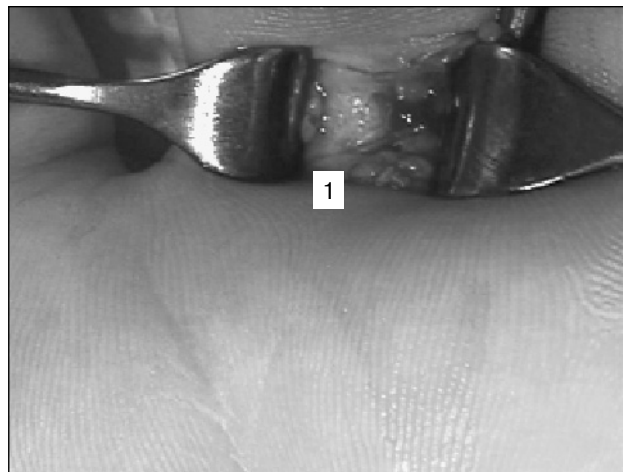


Рис. 1. Утолщенная кольцевидная связка (1).

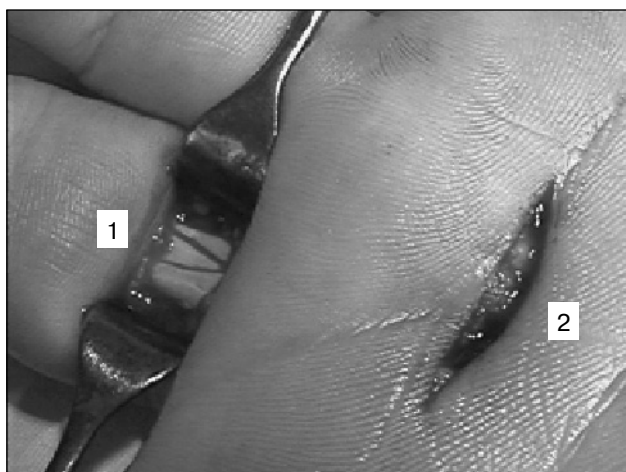


Рис. 2. Два разреза для устранения стенозирующего лигаментита.

1 — первый разрез; 2 — второй разрез.

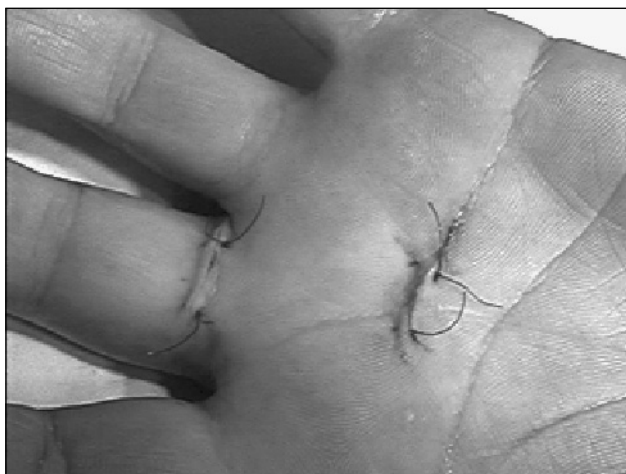


Рис. 3. Кисть после наложения швов.

На данный способ оперативного лечения стенозирующего лигаментита пальцев кисти получен патент на изобретение¹.

Восстановление функции кисти через 0,5 года при данном способе лечения составило $(99,74 \pm 0,18)\%$ и через 1 год — $(99,75 \pm 0,18)\%$, $p < 0,001$.

Результаты лечения стенозирующего лигаментита различными способами представлены в таблице.

Выводы. 1. Лечение предлагаемым способом позволяет сократить количество дней до снятия швов и длительность нетрудоспособности

Результаты лечения стенозирующего лигаментита различными способами

Способ лечения	Число больных	Результаты лечения			
		Хороший		Неудовлетворительный	
		Абс. число	%*	Абс. число	%
Продольный разрез	19	12	7,1	7	4,1
Г-образный разрез	5	2	1,2	3	1,8
Предлагаемый способ	145	145	85,8	—	0
Всего больных	169	159	94,1	95	5,9

* % от общего количества больных.

в среднем на 3 дня по сравнению с применяемой ранее методикой.

2. Отдаленные результаты лечения больных характеризуются полным восстановлением функции кисти.

3. Применение двух поперечных доступов во время операции обеспечивает хороший обзор и позволяет начинать реабилитационные мероприятия на ранних этапах, на фоне которого формируются тонкие, нежные, эластичные рубцы.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Грацианская Л.Н., Элькин М.А. Профессиональные заболевания конечностей от функционального перенапряжения.—Л.: Медицина, 1984.—168 с.
2. Титаренко И.В. Функциональное исследование кисти при ее заболеваниях // Российский семейный врач.—2002.—№ 2.—С. 23–25.
3. Усольцева Е.В., Машкара К.И. Хирургия заболеваний и повреждений кисти.—Л.: Медицина, 1986.—352 с.
4. Шапиро К.И. Медико-социальные аспекты травм и заболеваний кисти у взрослых в Санкт-Петербурге // Амб. хир.—2002.—№ 3.—С. 3–4.

Поступила в редакцию 19.01.2007 г.

D.V.Dzatseeva, I.V.Titarenko

METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF STENOSING LIGAMENTITIS OF FINGERS

The authors present results of surgical treatment of patients with stenosing ligamentitis of fingers using different methods. A new method of operative treatment is described. The strategy of decision on this method is grounded, its practicability and results of treatment.

¹ Патент № 2286740, РФ. Способ хирургического лечения стенозирующего лигаментита пальцев кисти / Д.В.Дзацева, И.В.Титаренко.—Приоритет 12.07.2005 г.; опубл. в Б.И.—2006.— № 31.