

© Д.В.Дзащева, И.В.Титаренко, 2006
УДК 617.577-007.683-07-08

Д.В.Дзащева, И.В.Титаренко

СТЕНОЗИРУЮЩИЙ ЛИГАМЕНТИТ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

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

Ключевые слова: стенозирующий лигаментит пальцев кисти.

Из года в год возрастает число больных, обращающихся к хирургам и врачам общего профиля по поводу болей в кисти, зависящих от общих недугов, — заболеваний сердечно-сосудистой, нервной, пищеварительной, эндокринной систем, нарушений обмена веществ и возрастных отклонений. Многие страдают и склеротическими заболеваниями вспомогательных соединительнотканых приборов сухожилий кисти и пальцев, имеющими в основе также различный этиопатогенез [15]. Диагностика указанных заболеваний и лечение больных весьма затруднительны, так как эти процессы этиотропны и пограничны с заболеваниями других органов и систем.

Внесуставные поражения занимают ведущее место в структуре ревматических заболеваний среди амбулаторных больных. По данным зарубежных исследователей, заболевания мягких тканей могут быть обнаружены у 15–25% пациентов, обратившихся за помощью к ревматологу [3, 8, 28].

Ведущими ревматологами разных стран подчеркивается необходимость более внимательного и серьезного отношения к поражениям мягких тканей, так как: 1) отмечается неудовлетворительная информированность практических врачей, в том числе ревматологов, об этой разнородной группе заболеваний; 2) больные с внесуставной патологией обращаются к специалистам различного профиля — терапевтам, травматологам, невропатологам, психоневрологам, а диагностические и терапевтические установки при этом могут оказаться разными; 3) часто происходит недооценка тяжести состояния больного, так как при обследовании не удается обнаружить объективных признаков воспалительного или дегенеративного поражения суставов, других ревматических заболеваний; 4) несвоевременное и недостаточно эффективное лечение приводит к хронизации патологического процесса, к развитию функциональных нарушений с потерей профессиональной трудоспособности, к прогрессированию тяжелых психологических расстройств [8].

Малейшие нарушения целостности кисти вследствие ее заболеваний приводят к нарушению или потере ее

функции, что, в свою очередь, ведет к инвалидизации больного, потому необходимо более широко освещать проблемы заболеваний и повреждений кисти для увеличения объема знаний как хирургов, так и врачей общего профиля.

Кисть составляет небольшую часть тела — 1% массы и 2% площади, но она участвует во всех видах человеческой деятельности больше других органов, поэтому чаще подвергается повреждениям и заболеваниям [9].

Кисть человека обладает весьма тонкой и важной функцией. Сформировавшись как орган труда, она превратилась в совершенный механизм, где каждая функция обеспечивается одновременным согласованным действием нескольких структур. Ни в каком другом органе опорно-двигательного аппарата нет таких сложных движений и тонких анатомо-функциональных связей. Заболевание одного из элементов этого тонкого аппарата приводит к нарушению сбалансированного механизма движений всей кисти [9, 18].

Несмотря на то, что заболевания кисти в последнее время все больше начинают освещаться в литературе, проблема далека от разрешения. Трудность данного вопроса объясняется тем, что при лечении заболеваний кисти необходимо восстановить не только анатомическую целостность органа, но и его функцию.

Исследование функций кисти должно быть плановым и тщательным. Только таким образом возможно избежать частых ошибок и долговременных поисков с целью выставить правильный диагноз. Необходимо внимательно изучить анамнез пациента и точно установить локализацию патологического процесса. При этом надо принимать во внимание то, что возможно сочетание двух или даже трех закрытых повреждений и заболеваний, локализующихся на разных уровнях по глубине и протяженности, иногда расстройства функций кисти обусловлены поражениями выше- или нижележащих сегментов руки [1].

Оптимальный обзор кисти дает самая распространенная «обычная» рентгенография в прямой и боковой проекциях. Не подвергая сомнению диагностическую ценность томографии, артрографии, сцинтиграфии, нужно отметить, что истинная потребность в них при исследовании кисти с целью выявления дегенеративно-

дистрофической патологии кисти не столь уж велика, а тем более экономически не оправдана. Чаще всего данные виды исследований просто подтверждают ранее установленные поражения кисти [1, 18].

Совокупность анамнеза, первичных физикальных, инструментальных и рентгенологических исследований дают достаточно позитивных данных для установления правильного диагноза в большинстве случаев повреждений и заболеваний кисти [6].

При этом определяют: 1) основную функцию кисти — разгибание и сгибание; 2) подвижность кисти; 3) объем движений в суставах; 4) подвижность запястья; 5) амплитуду движения пальцев.

Для подтверждения или исключения различных неспецифических или специфических процессов (ревматоидного, туберкулезного, бруцеллезного и др.) показаны соответствующие кожные пробы, серологические, бактериологические и биохимические исследования.

До настоящего момента в широкой практике нет оптимальной методики объективной оценки функций кисти. Хотелось бы отметить методику, разработанную и применяемую на базе Санкт-Петербургского городского центра амбулаторной хирургии кисти. Способ представляет собой количественную оценку функций кисти, основанную на выполнении 25 видов схватов [6] и функциональных позиций, учитывает основные виды схвата, наиболее часто встречающиеся в повседневной жизни или отвечающие различным профессиональным требованиям. Индекс функции кисти (Ф) вычисляют на основе отношения количества манипуляций, выполненных пораженной кистью (M_i) к количеству манипуляций, выполненных здоровой кистью (M): $Ф = M_i/M \times 100\%$. Эти расчеты проводят до операции, через 6 мес после операции, через 1 год, через 3 года. Данный вид обследования позволяет количественно оценить функцию кисти до и после лечения, своевременно начать реабилитационные процедуры, провести экспертную оценку результатов лечения с заключением о трудоспособности. Это приобретает особое значение в условиях современного здравоохранения. Также необходимо отметить ее общедоступность и низкую экономическую стоимость. Это имеет большое значение для врачей разных профилей, так как заболевания кисти имеют определенную специфику, которая заключается в том, что пациенты долгое время обследуются и проходят лечение по поводу различных заболеваний, прежде чем им бывает выставлен правильный диагноз и назначено соответствующее лечение [14].

Стенозирующий лигаментит кольцевидных связок сухожильных влагалищ пальцев является довольно часто встречающейся патологией кисти. Впервые заболевание описано Notta в 1850 г., поэтому в литературе нередко называется болезнью Нотта. Также данное заболевание известно как защелкивающийся палец (также известны названия — «пружинящий палец», «щелкающий палец», «узловатый тендинит», «стено-

зирующий тендовагинит сгибателя» и т. д.) [4, 5, 15]. В Большой медицинской энциклопедии имеется следующее определение данного заболевания — перемежающаяся контрактура пальцев кисти, этиология которого достаточно не выяснена, но возникающая вследствие асептического воспаления кольцевидной связки сухожильного влагалища.

Заболевание давно известно врачам, но до настоящего времени остается неизвестным его патогенез. Оно наблюдается, как правило, у людей определенных профессий: закройщиц, портных, машинисток, парикмахеров, сапожников и т. д., в связи с чем данную патологию часто относят к профессиональным болезням.

В Санкт-Петербурге частота стенозирующего лигаментита пальцев кисти составляет 63,6 на 100 000 жителей [17]. Данным заболеванием чаще всего страдают женщины в возрасте 35–60 лет, но нередко оно бывает и у детей.

Длительное напряжение пальцев при выполнении различного рода однообразной работы может привести к сдавливанию кровеносных сосудов, расстройству кровообращения и застойным явлениям, что способствует возникновению патологического процесса вследствие нарушения трофики связок. Для развития заболевания имеет значение механический фактор (давление, трение). При работе возникает застой лимфы, который также способствует возникновению и прогрессированию заболевания [10]. Большинство авторов считают, что причиной стенозирующего лигаментита является длительная микротравматизация, особенно профессиональная [4, 5]. Микротравмы связок возникают в результате однократного прямого (ушиб), непрямого воздействия при движении, превышающем физиологические пределы (дисторсия) или резком сокращении мышц, натягивающей связку. Нередко воспаление и дистрофия околосухжильных тканей приводят к стенозированию, что сопровождается развитием крепитирующего тендовагинита или стенозирующего теносинувита.

Наиболее часто дегенеративные и воспалительные процессы в области мягких тканей опорно-двигательного аппарата возникают в результате физической перегрузки или повторной микротравматизации. Микротравмы могут возникать при профессиональной, бытовой, спортивной деятельности, что объясняется поверхностным расположением околосуставных структур и их большой функциональной нагрузкой [24]. Установлено, что длительно повторяющиеся стереотипные движения ведут к развитию дегенеративного процесса.

При всех микротравматизациях сухожилий в остром периоде обычно отмечают локальную боль, местный отек тканей, ограничение активных и пассивных движений, пальпаторно может отмечаться крепитация. Повышается местная температура, что можно зафиксировать с помощью термографии, однако длительный патологический процесс приводит к значительному

нарушению кровотока, и в этом случае местная температура снижена. Для уточнения характера поражения сухожилия проводят ультразвуковое исследование.

Некоторые авторы отмечают, что обсуждаемая патология развивается чаще у женщин на фоне гиперандрогенизма или гипоестрогенизма. Н.Л. Кузнецова [10], на основании проведения комплексных исследований, делает вывод, что дистрофические мягкотканые заболевания кисти представляют собой не местное рубцовое перерождение соединительной ткани кисти, а отражают патологические изменения нервной, эндокринной, иммунной систем, системы кровообращения, а также воздействия разрешающих факторов, в том числе химического производства. Только у 5% больных заболевание возникает остро после непосредственной травмы ладонной поверхности пальца или чрезмерного давления на кисть при поднятии большой тяжести, нажиме на рычаг и т. д. В остальных случаях заболевание развивается постепенно и медленно. Эндокринные нарушения, вызывающие ухудшение обменных процессов в тканях, объясняют более частое развитие заболеваний у женщин в период менопаузы.

Значительная распространенность заболеваний внесуставных мягких тканей (ЗВМТ) обусловлена недостаточно качественным лечением внесуставной патологии, в связи с чем нарастает частота затяжных и рецидивирующих форм ЗВМТ. У трети больных с различными формами внесуставных поражений наблюдается хроническое течение процесса, причем, большинство из них неоднократно обращались за медицинской помощью и получали лечение, эффект которого обычно оказывался кратковременным [8].

Защелкивание пальца возникает вследствие рубцового изменения кольцевидных связок, тогда как сужение сухожильного влагалища и деформация сухожилия развиваются вторично. В связке может происходить гиалиновое перерождение, занимающее иногда до $\frac{2}{3}$ ее толщины, препятствуя скольжению сухожилий через стенозирующий участок.

Частота стенозирующего лигаментита отдельных пальцев такова: I палец — 25,5%; II — 3,3%; III — 19,7%; IV — 43,8%; V — 7,7% [15] или I — 58%, II — 2%, III — 18%, IV — 17%, V — 5% [5].

Распознавание стенозирующего лигаментита в острой фазе не представляет затруднений — больные сами красочно описывают и излагают основной симптом: «щелканье», «соскакивание», «пружины» пальца при разгибании. Осмотр и пальпация подтверждают диагноз. Распознавание затянувшегося заболевания бывает иногда затруднительным, так как основным симптом «защелкивание» переходит в контрактуру. Отличием от контрактуры Дюпюитрена являются: отсутствие характерных узлов и тяжей на ладони и пальцах, ограниченность процесса одним пальцем и болезненность соответственно кольцевидной связке. Клиническое течение характеризуется фазностью, причем каждой фазе присуща определенная симптоматика.

I фаза — заболевание начинается всегда с более или типичном месте — при надавливании у проксимального края сухожильного влагалища над пястно-фаланговым суставом и периодическими затруднениями полного сгибания и разгибания пальца, особенно утром. Спустя какое-то время при сгибании защелкивается палец и неожиданно остается в этом положении, причем в момент защелкивания возникает отчетливая, но быстро проходящая боль. Необходимо приложить определенные усилия, чтобы вывести палец из неудобного положения. Выпрямление пальца также сопровождается щелчком и болями, которые могут быть кратковременными или продолжаться более минуты после выведения пальца из порочного положения, надавливание в типичном месте становится еще более болезненным. Сначала защелкивание бывает редко, но потом начинает происходить все чаще, и пациент обращается за помощью к врачу. Затем где-то через 3–6 мес наступает новый этап заболевания.

II фаза — защелкивание становится более частым, сопровождается болями, которые долго сохраняются после устранения защелкивания. Защелкивание в этой фазе устраняется с помощью второй руки. Боли могут держаться 30–60 мин. Трудоспособность резко нарушается. На уровне ущемления отчетливо прощупывается болезненное уплотнение, его размер достигает горошины.

III фаза — больного беспокоит ограничение функции пальцев, стойкая контрактура, из которой больной не может вывести палец без помощи второй руки или же это вообще невозможно. Боль после защелкивания остается надолго и распространяется по всей руке. Болезненность узелка при пальпации в типичном месте выражена всегда [4].

Общие принципы лечения стенозирующего лигаментита:

1) исключение провоцирующих факторов — ограничение нагрузки на пораженную конечность, при выраженном воспалении — полный покой конечности;

2) противовоспалительная терапия нестероидными противовоспалительными средствами, местное использование мазей с противовоспалительным действием (Фастум-гель, Долгит, Диклофенак-гель и т.д.), компрессы с 30–50% раствором димексида на зону наибольшей болезненности, локальное введение кортикостероидов в пораженную структуру;

3) улучшение обменно-трофических процессов после уменьшения выраженности воспалительной реакции (уменьшение болевого синдрома, отсутствие ночных болей) — магнитотерапия, лазеротерапия, электрофорез с димексидом, рапой, грязевые аппликации (озокерит, парафин), витаминотерапия (никотиновая кислота, витамины группы В, антиоксиданты), биостимуляторы (алоэ, солкосерил);

4) реабилитация — ЛФК, при стихании воспалительных явлений, но сохраняющемся снижении объема активных движений — массаж с разработкой сустава, электрофорез с лидазой, бальнеотерапия [8, 11, 27].

Лечение больного защелкивающимся пальцем необходимо проводить по определенному плану, согласно которому начинать лечение следует с консервативной терапии.

Лечение направлено на устранение причины повреждения. При острых микротравматизациях сухожилий рекомендуют щадящий режим нагрузки в течение 1–2 мес. Назначаются местная и общая противовоспалительная терапия, обезболивающие (электрофорез раствора новокаина) и противовоспалительные физиотерапевтические процедуры (УВЧ-терапия, фонофорез гидрокортизона на область пораженного сухожилия), компрессы раствора димексида, индометациновая мазь и т. п. [12]. При торпидном течении применяют инъекции гидрокортизона, кеналога (нельзя вводить в пораженное сухожилие). При хронических микротравматизациях комплекс лечебных мероприятий также включает ограничение нагрузок, курс новокаиновых блокад, местное введение анальгетиков и противовоспалительных препаратов в сочетании с физиотерапевтическими процедурами, которые способствуют релаксации мышц и оказывают рассасывающее действие. Назначают массаж, физические упражнения в воде и лечебную гимнастику. В первый период лечебные мероприятия направлены на релаксацию; после стихания болевого синдрома — на дозированное растягивание пораженных тканей, а затем на постепенное восстановление силы мышц. При недостаточной эффективности указанных консервативных мероприятий проводят операцию.

Прогноз в отношении восстановления функции чаще благоприятный, однако при образовании кист в сухожилии может происходить его разрыв после незначительного по интенсивности повреждения, а при тендопериостопатиях нередко, при возобновлении действия травматического агента, отмечают рецидивы боли [11]. Традиционно в лечении данной группы пациентов применяют нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) [11, 12]. Для уменьшения их побочных эффектов используется локальная терапия НПВС. Противовоспалительные мази, гели, спреи, пластыри, действующим началом которых являются нестероидные средства, нашли широкое применение в клинической практике. При проведении местного лечения НПВС частота побочных эффектов снижается в несколько раз. Надо отметить, что, несмотря на широкий выбор НПВС и многообразие их лекарственных форм, при тяжелых периапартулярных поражениях они могут оказаться малоэффективными. В таких случаях возникает необходимость проведения локальной терапии глюкокортикостероидами (ГКС).

Назначение локальных инъекций ГКС оправдано при острых тяжелых формах околоуставных поражений [16]. Обычно применяются препараты короткого действия — гидрокортизон, преднизолон, дексаметазон, метилпреднизолон, бетаметазон. Учитывая тот факт, что ГКС вводятся в мягкие ткани, предпочтение

следует отдавать растворимым формам, так как кристаллы препарата плохо рассасываются и могут вызывать механическое повреждение тканей с последующей кальцификацией (обычно после введения кеналога). При упорном, длительном воспалительном процессе с выраженным болевым синдромом, требующим многократное введение ГКС, показаны депо-формы этих препаратов. Существуют комбинации быстродействующей формы и депо-формы ГКС — это препараты дипроспан и флостерон (эффект сохраняется до месяца).

После стихания острой воспалительной реакции мы с успехом используем периапартулярное введение гомеопатических препаратов Traumell и Zeell. В их состав входят протеолитические ферменты, комплекс растительных алкалоидов, компоненты хрящевой ткани. Эти препараты обладают хондропротективным свойством, улучшают обменно-трофические процессы непосредственно в участке поражения. Схема лечения — 2 мл Zeell (Traumell) + 2 мл новокаина (лидокаина), в первые 2 инъекции добавляют 1 мл целестона. Все компоненты вводят в одном шприце периапартулярно. Курс лечения — 5–10 процедур с интервалом 3–5 дней.

Многократное введение ГКС приводит к локальной атрофии мягких тканей, склерозированию околоуставных структур, развитию нейродистрофического синдрома в пораженной конечности [11, 12]. Учитывая тот факт, что при разных клинических вариантах ЗВМТ наблюдаются сосудистые и вегетативные нарушения по типу вегетативных полиневралгий и синдрома Рейно (особенно часто эти симптомы отмечаются при лигаментитах), показано назначение препаратов с периферическим вазодилатирующим эффектом (антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, гидралазин, папаверин, но-шпа, дибазол), а также препаратов, улучшающих микроциркуляцию (пентоксифиллин, никотиновая кислота, дипиридамо). Следует отметить, что ингибиторы АПФ, в частности, капотен, обладают доказанным антифибротическим свойством. Назначение капотена, наряду с вазодилатирующим эффектом, позволяет предупредить прогрессирование фиброза периапартулярных тканей, приводящего к компрессии сосудисто-нервного пучка [8, 20, 22].

Применение инъекций кортикостероидов непосредственно под кольцевидную часть фиброзного влагалища уместно лишь тогда, когда заболевание длится не более 6–8 нед, в более поздние сроки, когда отчетливо выражена II фаза заболевания, это лечение неэффективно. Также отмечено, что отличный непосредственный результат лечения инъекциями глюкокортикостероидов (70–90%) вскоре после возвращения на постоянную работу сменяется в 25–50% отчетливым рецидивом. Инъекции гормональных препаратов даже с новокаином являются болезненными, и больные часто отказываются от повторных введений.

Локальное введение ГКС (иногда в сочетании с местными анестетиками) относится к одному из

методов консервативного лечения заболеваний мягких тканей [23, 24, 27, 28]. Во влагалища сухожилий рекомендуется введение смеси ГКС и анестетика (лидокаина). Это позволяет предотвратить попадание большого количества препарата в маленький объем воспаленных тканей и атрофию мягких тканей. ГКС нельзя смешивать с анестетиками, содержащими консерванты. Кроме того, введение смеси ГКС и анестетика в сумку, синовиальное влагалище сухожилия или периапартулярные ткани обычно позволяет получить быстрый эффект, который связан именно с действием анестетика, а не ГКС. В этом случае больных необходимо информировать о возможности кратковременного возобновления боли. Наконец, введение ГКС и анестетика позволяет снизить риск атрофии мягких тканей в месте инъекции. При инъекциях глюкокортикоидов в область кольцевидной связки нередко возникают дистрофические изменения. Еще необходимо отметить возможность возникновения такого осложнения, как флегмона кисти.

Комплексное консервативное лечение более чем в половине случаев дает улучшение, но не гарантирует выздоровления. Очень часто консервативная терапия оказывается малоэффективной даже на ранних стадиях [23]. Тем более оказывается совершенно бесперспективна она в далеко зашедшей II и III фазах. На этом этапе следует прибегать к хирургическим методам лечения данного заболевания [4].

Таким образом, в I фазе заболевания можно пытаться лечить больного консервативно. Чаще всего применяют инъекции ГКС на ранних стадиях болезни. Во II–III фазах заболевания консервативное лечение является бесполезным и следует производить хирургическое лечение стенозирующего лигаментита.

В настоящее время выполняется открытая и закрытая лигаментотомия [25].

Закрытая чрезкожная лигаментотомия по Chiari (1953) производится тонким глазным скальпелем над головкой соответствующей пястной кости по ладонной поверхности в виде прокола-разреза, в результате которого кольцевидная часть фиброзного влагалища рассекается. Полнота рассечения распознается по восстановлению беспрепятственного скольжения сухожилия, по исчезновению защелкивания. Наложение швов на кожу после разреза-прокола длиной 4–5 мм не нужно. Больному рекомендуется в послеоперационный период сгибать и разгибать палец [5, 19, 22, 24].

Открытая лигаментотомия проводится следующим образом: продольным разрезом над дистальной кожной бороздой до основания пальца полностью обнажается кольцевидная часть сухожильного влагалища, которая у данной категории больных утолщена, плотная на ощупь, интимно спаяна с периапартулярными тканями. Кольцевидная связка рассекается по боковой поверхности, уплотненная ее часть иссекается. После выполнения лигаментотомии необхо-

димо обязательно убедиться в свободном скольжении сухожилия. Операция заканчивается наложением швов на рану и фиксацией кисти гипсовой лонгетой или ортезом на 10 дней. Швы снимают на 12-й день после операции [2, 5, 15].

После проведения оперативного вмешательства следует проводить ряд мероприятий по восстановлению функции кисти. Составляя план реабилитации, необходимо учитывать: пол, возраст, профессию, образование, материальную обеспеченность, сопутствующую патологию, психологическую настроенность и желание больного. Пациенту рекомендуется проводить следующие мероприятия: физиотерапевтические процедуры, массаж, лечебную гимнастику. Физиотерапия — наиболее распространенный способ немедикаментозного лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата, однако следует подчеркнуть, что в период обострения внесуставного процесса физиотерапию следует использовать в комбинации с фармакотерапией. Многочисленными исследованиями показано, что включение в комплексную терапии ЗВМТ различных методов электролечения, магнитотерапии, ультразвуковой терапии, низкоинтенсивного лазерного излучения позволяет повысить эффективность реабилитации больных с внесуставной патологией [1, 2, 4, 13].

После окончания лечения пациенту должна предоставляться временная работа на 1,5–2 мес, не требующая напряжения и быстрых движений пальцев. Затем, если результат лечения оказывается стойким, то больной может быть допущен к основной работе. Следует сосредоточить внимание пациента на рабочей позе, инструменте, на рационализации трудового процесса и устранении вредных производственных факторов, обучить его правилам санации, привить навык к повседневному упражнению лечебной, производственной гимнастики, чтобы уметь сочетать напряжение с полным расслаблением рук [5, 24].

Что касается собственных наблюдений, то нами проводилась комплексная терапия 199 пациентов со стенозирующим лигаментитом пальцев кисти. У 36 — констатирована I степень заболевания, у 59 — II степень и у 104 — III степень выраженности патологического процесса. Исходная суммарная функция кисти у больных с I степенью заболевания была не нарушена, тогда как у пациентов со II степенью патологического процесса она варьировала от 76 до 92%, у больных с III степенью — от 68 до 76%. Всем пациентам проводилось оперативное лечение заболевания (у 150 больных предшествовала консервативная терапия заболевания). Отдаленные результаты исследования прослежены у 117 (58,7%) пациентов с различной степенью заболевания в сроки от 1 до 5 лет. Из них с I степенью изучаемой патологии повторно обследованы 12 больных, со II степенью — 37 и с III степенью — 68. У всех пациентов через год после проведенного лечения функция кисти достигла 100% [7].

В заключение еще раз отметим, что полное излечение стенозирующего лигаментита кольцевидных связок возможно только при оперативном лечении, так как консервативная терапия не устраняет основную причину данной дегенеративно-дистрофической патологии кисти.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Ашкенази А.И. Хирургия кистевого сустава.—М.: Медицина, 1990.—352 с.
- Амбулаторная хирургия: Справочник для врачей / Под ред. проф. В.В.Гриценко, проф. Ю.Д. Игнатова.—СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: Олма-Пресс Звездный мир, 2002.—448 с.
- Беленький А.Г. Внутрисуставное и периартикулярное введение кортикостероидных препаратов при ревматических заболеваниях: учебное пособие для врачей.—М., 1997.—90 с.
- Волкова А.М. Хирургия заболеваний кисти.—Екатеринбург: ИПП «Уральский рабочий», 1993.—256 с.
- Грацианская Л.Н., Элькин М.А. Профессиональные заболевания конечностей от функционального перенапряжения.—Л.: Медицина, 1984.—168 с.
- Губочкин Н.Г., Шаповалов В.М. Избранные вопросы хирургии кисти.—СПб.: «Мир и Семья-95» «Интерлайн», 2000 г.—103 с.
- Дзацева Д.В., Титаренко И.В. Стенозирующий лигаментит пальцев кисти // Вестн. хир.—2005.—№ 6.—С. 82–84.
- Зборовский А.Б., Бабаева А.Р. Новые подходы к лечению заболеваний внесуставных мягких тканей // Тер. арх.—1997.—№ 5.—С. 82–84.
- Коньчев А.В., Каюков А.В. Хирургическая и функциональная анатомия кисти и верхней конечности.—СПб.: МАПО, 2000.—39 с.
- Кузнецова Н.Л., Гаев А.В. К патогенезу стенозирующего лигаментита // Ортопед. травматол.—1991.—№ 7.—С. 13–16.
- Михеев С.М. Применение местных средств в ревматологии // Русск. мед. журнал.—2000.—№ 7.—С. 300–302.
- Насонов Е.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты (Перспективы применения в медицине).—М.: Анко, 2000.—143 с.
- Специальная амбулаторная хирургия: справочник практического врача / Под ред. Б.Г.Апанасенко.—СПб., 1999.—407 с.
- Титаренко И.В. Функциональное исследование кисти при ее заболеваниях // Российск. семейный врач.—2002.—№ 2.—С. 23–25.
- Усольцева Е.В., Машкара К.И. Хирургия заболеваний и повреждений кисти.—Л.: Медицина, 1986.—352 с.
- Чичасова Н.В. Локальная терапия хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата // Русск. мед. журн.—2001.—№ 7–8.—С. 286–288.
- Шапиро К.И. Медико-социальные аспекты травм и заболеваний кисти у взрослых в Санкт-Петербурге // Амб. хир.—2002.—№ 3.—С. 3–4.
- Элькин М.А., Ли А.Д. Стенозирующий лигаментит запястья и пальцев.—Л.: Медицина, 1968.—128 с.
- Bain G.I., Turnbull J., Charles M.N. et al. Percutaneous trigger finger release: A cadaveric study // J. Hand Surg.—1995.—Vol. 20A.—P. 781–784.
- Benson L.S., Ptaszek A.J. Injection versus surgery in the treatment of trigger finger // J. Hand Surg.—1997.—Vol. 22A.—P. 138–144.
- Bonnici A.V., Spencer J.D. A survey of «trigger finger» in adults // J. Hand Surg.—1988.—Vol. 13B.—P. 202–203.
- Chammas M., Bousquet P., Renard E. et al. Dupuytren's disease, carpal tunnel syndrome, trigger finger and diabetes mellitus // J. Hand Surg.—1995.—Vol. 20A.—P. 109–114.
- Clark D.D., Ricker J.H., MacCollum M.S. The efficacy of local steroid injection in the treatment of stenosing tenovaginitis // Plast. Reconstr. Surg.—1973.—Vol. 51.—P. 179–180.
- Doerti M., Doerti J. (Дозэрти М., Дозэрти Дж.) Клиническая диагностика болезней суставов.—Минск: Тивали, 1993.—144 с.
- Eastwood D.M., Gupta K.J., Johnson D.P. Percutaneous release of the trigger finger: An office procedure // J. Hand Surg.—1992.—Vol. 17A.—P. 114–117.
- Fauno P., Anderson H.J., Simonsen O. A long term follow-up of the effect of repeated corticosteroid injections for stenosing tenovaginitis // J. Hand Surg.—1989.—Vol. 14B.—P. 242–243.
- Freiburg A., Mulholland R.S., Levine R. Nonoperative treatment of trigger fingers and thumbs // J. Hand Surg.—1989.—Vol. 14A.—P. 553–558.
- Kosh R. (Кош Р.) Хирургия кисти.—Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1966.—511 с.

Поступила в редакцию 16.05.2006 г.