

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИСТВОЛЬНОГО ПЕТЛЕВОГО СУХОЖИЛЬНОГО ШВА ПРИ ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ

М.А. Бояршинов, А.П. Кондакова

ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2», главный врач – к.м.н. Г.Е. Чмутин
г. Хабаровск

Высокая частота травм кисти определяет ее активную роль в деятельности человека. Наиболее часто повреждаются сухожилия сгибателей на уровне пальцев кисти. При открытых повреждениях кисти происходит нарушение целостности нескольких сухожилий. Вовлечение последних в процессы формирования рубцов приводит к тому, что при стандартных схемах лечения достигается восстановление поврежденных структур, но утрачивается функция пальца. Таким образом, лечение повреждений сухожилий сгибателей кисти – это проблема не столько восстановления анатомических структур, сколько восстановления их функции [1]. Функциональные результаты зависят от выбранного способа восстановления сухожилия.

Многие хирурги изучали и внедряли различные виды сухожильных швов [2]. К настоящему времени предложено несколько десятков способов сшивания сухожилий, которые отличаются в зависимости от техники проведения нити. Шов сухожилия относится к специализированным операциям, требующим от хирурга высокой квалификации, знания ряда биологических законов и принципов хирургического лечения. Первичный шов сухожилий сгибателей может выполняться только в условиях стационара. В противном случае целесообразно ограничиться обработкой кожной раны, а шов сухожилий произвести в плановом порядке [4].

В микрохирургическом отделении Краевой клинической больницы № 2 г. Хабаровска разработана и широко используется методика отсроченной первичной хирургической обработки ран кисти [3]. Клинические наблюдения оправдали выполнение сухожильного шва на сгибателях кисти в отсроченном порядке (в течение первой недели с момента открытого повреждения), после проведенной антибактериальной терапии. Не существует идеального сухожильного шва, применяемого на различных уровнях повреждения. Нами предложен способ выполнения шва при по-

вреждениях сухожилий сгибателей кисти (заявка № 2005137922 от 05.12.2005).

Способ осуществляется следующим образом. Концы сухожилия выводят в рану. Отступив на 1 – 1,5 см от края подготовленного к сшиванию сухожилия, через поперечник сухожилия проводится нить 3/0. Каждый конец нити ещё раз проводится через сухожилие, вход иглы осуществляется на этом же уровне, отступив на 2 – 3 мм от основной нити, а выход – на противоположной боковой поверхности сухожилия ниже образовавшейся поперечной петли (рис. 1 а). Через поперечную нить над наружной поперечной петлёй внутривольно проводятся концы нити на торец сухожилия (рис. 1 б), где формируется петля с перехлёстом (рис. 1 в).

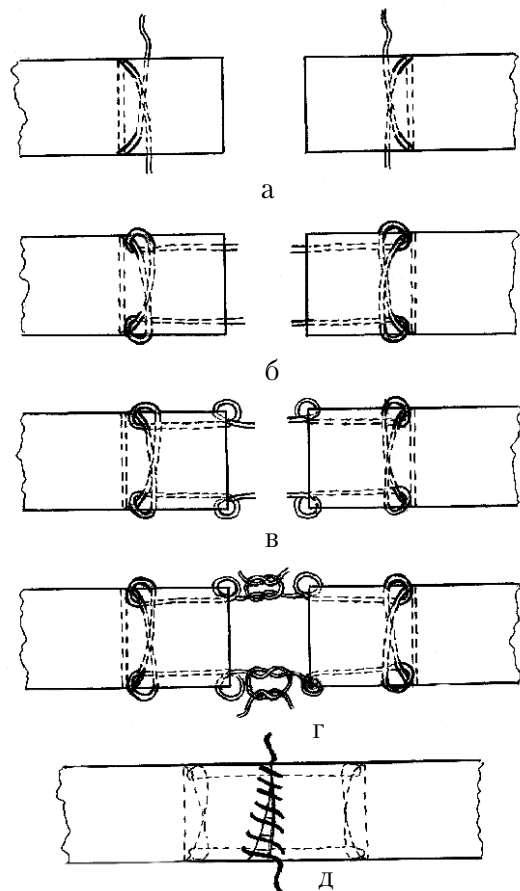


Рис. 1. Наложение сухожильного шва.

Аналогичным образом проводится нить в другом конце сухожилия. Трёхкратно проведенная поперечная нить с петлями через неё на боковых поверхностях сухожилия выполняет функцию каркаса сухожильного шва, внутривольно проведенные нити с петлями на торце сухожилия равномерно распределяют нагрузку на ткань сухожилия и предотвращают деформацию сухожилия при затягивании сухожильного шва. Оба конца сухожилия сводятся, и нити затягиваются хирургическими узлами, после чего получается внутривольный шов, обеспечивающий необходимую прочность (рис. 1 г), позволяющую начинать ранние активные движения.

На 2/3 периметра сухожилия по ладонной поверхности через края наружного перитендия выполняется микрохирургический обвивной шов нитью 5 – 6/0, который также увеличивает прочность сухожильного шва (рис. 1 д).

При этом достигается точное анатомическое восстановление непрерывности сухожилия. Наложение микрохирургического шва на заднюю полуокружность соединения концов сухожилия считается нецелесообразным [2]. С одной стороны, это не повышает прочность соединения и увеличивает травматичность и продолжительность операции. С другой стороны, рубцово-спаечный процесс развивается чаще по передней (ладонной) поверхности сухожилия, что требует тщательного моделирования именно этой сухожильной поверхности.

Предложенным способом было прооперировано 35 человек с повреждением сухожилий сгибателей кисти. Отдаленные результаты прослежены у 20 (табл.). Лишь у 2 пациентов отмечено умеренное ограничение движений оперированного пальца, у остальных функция восстановлена в полном объеме. Послеоперационных осложнений не наблюдалось.

Таблица

Отдаленные результаты хирургического лечения больных с повреждениями сухожилий сгибателей кисти

Область повреждения	Способы оперативного лечения				Всего
	предложенный		другие		
	муж	жен	муж	жен	
Сухожилие глубокого сгибателя пальца	5	3	1	2	11
Сухожилие длинного сгибателя I пальца кисти	4	-	2	3	9
Итого	12		12		8

Выводы

1. Оперативное вмешательство на сухожилиях сгибателей кисти должно проводиться в специализированных отделениях, где лечение будет комплексным, согласованным, включающим медикаментозную терапию и основные направления физио-функциональной реабилитации.

2. Предложенный способ восстановления поврежденного сухожилия обладает достаточной прочностью, что позволяет начать ранние движения.

3. Предложенный сухожильный шов является методом выбора и может быть использован при повреждениях сухожилий различной локализации.

Литература

1. Белоусов А.Е. Пластическая, реконструктивная и

эстетическая хирургия / А.Е. Белоусов. — СПб.: Гиппократ, 1998. — 744 с.

2. Бояршинов М.А. Оперативное лечение поврежденных пальцев кисти с применением микрохирургической техники: Автореф. дис ... канд. мед. наук. — СПб., 2002. — 19 с.
3. Владимирцев О.В. Анализ исходов лечения открытых повреждений кисти в зависимости от метода первичной хирургической обработки / О.В. Владимирцев // Труды IV Всесоюзного съезда травматологов-ортопедов. — М., 1982. — С. 215–219.
4. Ключевский В.В. Хирургия повреждений / В.В. Ключевский. — Ярославль: ДИА-пресс, 1999. — 644 с.
5. Корнилов Н.В. Травматологическая и ортопедическая помощь в поликлинике: Руководство для врачей / Н.В. Корнилов, Э.Г. Грязнухин. — СПб.: Гиппократ, 1994. — 320 с.
6. Способ оперативного лечения тканевых дефектов кисти: Метод. рекоменд. / РосНИИТО им. Р.Р. Вредена; Сост.: Н.В. Корнилов и др. — СПб., 1996. — 5 с.