

СПОСОБ ЩАДЯЩЕГО АРТРОЛИЗА ПРИ ФИБРОЗНОЙ КОНТРАКТУРЕ ПРОКСИМАЛЬНОГО МЕЖФАЛАНГОВОГО ИЛИ ПЯСТНО-ФАЛАНГОВОГО СУСТАВОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Г.Г. Неттов

Научно-исследовательский центр Татарстана "Восстановительная травматология и ортопедия" (директор — чл.-корр. АНТ, проф. Х.З. Гафаров)

После косых внутрисуставных переломов основных фаланг пальцев или головок пястных костей, если смещение отломков своевременно не устранено, в травмированных суставах, как правило, развиваются фиброзные сгибательно-разгибательные контрактуры. При подобной травме сухожилия сгибателей, разгибателей, капсульный аппарат, а также боковые связки чаще всего остаются целыми, но образуют рубцовые спайки с костно-суставными элементами поврежденного сочленения. Прочность рубцовой спайки тем более выражена, чем длительнее срок, прошедший после травмы или присоединения инфекции.

Изменения в травмированном суставе развиваются в определенной последовательности. Если после травмы не было своевременного сопоставления отломков кости с фиксацией и далее адекватной ортопедической профилактики контрактур, то, как правило, в травмированном суставе развивается сгибательная контрактура. Это объясняется тем, что сгибатели пальцев сильнее разгибательного аппарата пальца. Боли и отек препятствуют своевременному проведению активных движений в суставе и поэтому согнутое положение травмированного сустава закрепляется и в последующем способствует развитию рубцовых изменений в его капсульно-связочном аппарате.

При фиброзных сгибательных контрактурах в проксимальном межфаланговом суставе головка основной фаланги как бы прирастает к капсуле межфалангового сустава по тыльной поверхности пальца. В рубцовый процесс вовлекаются и разгибательный аппарат пальца, боковые связки и ладонная порция суставной капсулы

сморщиваются. Сгибатели пальца максимально смещаются в проксимальном направлении. Подобная патоморфологическая картина имеет место и при сгибательных контрактурах в пястно-фаланговом сочленении с той лишь разницей, что максимальное сгибание наблюдается в пястно-фаланговом сочленении и тыльная часть суставной капсулы плотно спаивается с головкой пястной кости, резко ограничивая функцию разгибания сустава. Сморщиванию и рубцовой спайке подвергаются также боковые связки и ладонная порция капсулы сустава.

Разгибательные контрактуры чаще всего развиваются как следствие порочной тактики лечения, когда после попытки закрытой репозиции отломков сустав фиксируют ладонной гипсовой повязкой в положении максимального разгибания пальца.

При фиброзных разгибательных контрактурах в проксимальном межфаланговом суставе ладонная порция капсулы плотно спаивается с мышечками основной фаланги, а при контрактуре в пястно-фаланговом сочленении — с головкой пястной кости. Рубцеванию также подвергаются и сгибатели пальцев.

Способ щадящего артролиза межфалангового или пястно-фалангового сочленения заключается в том, что с тыльного доступа с продольным рассечением разгибательного аппарата осторожно освобождают от рубцовых тканей головку фаланги или пястной кости. Далее, согнув сустав до 90°, проникают через суставную щель узким тонким распиратором и осторожно высвобождают мышечки основной фаланги или ладонную полусферу головки пястной кости от рубцов. Освобождают

от рубцовой ткани и боковые связки сустава. Этого обычно достаточно для осуществления полного объема пассивных движений в пораженном суставе. Если имеются внутрисуставные костные перемычки вследствие внутрисуставного повреждения фаланги или головки пястной кости, то узким долотом сбивают костные швы, перемычки, моделируя суставную поверхность с максимальным щажением суставных хрящей сочленяющихся концов костей.

Конкретная оперативная тактика зависит от характера контрактур и состояния внутрисуставных элементов травмированного сустава. Так, при выраженных фиброзных сгибательных контрактурах проксимального межфалангового или пястно-фалангового суставов целесообразно предварительно провести distraction контрактированного сустава на distractionном аппарате в течение 7—12 дней, которая позволяет значительно мобилизовать сустав, растянуть сморщенный капсульно-связочный аппарат, разгрузить "давленный" сустав, уменьшить объем последующих оперативных вмешательств. После аппаратной distraction мобилизация сустава заключается в продольном рассечении разгибательного аппарата. При этом стараются не отсекать место прикрепления средней порции разгибателя к основанию средней фаланги при артролизе проксимального межфалангового сустава. Распиратором или скальпелем осторожно мобилизуют боковые связки. Затем контрактированный сустав сгибают до угла 90° и более, по ходу убирают рубцовые ткани и мелкие костные фрагменты, выступающие на суставных поверхностях. Ассистент растягивает согнутый под углом 90° или более остро сустав, раскрывая суставную щель, а хирург в это время узким тонким распиратором входит в суставную щель и осторожно, не повреждая суставные хрящи, отслаивает припаявшуюся ладонную порцию капсулы от мышечков основной фаланги (при артролизе проксимального межфалангового сустава) или ладонную полусферу головки пястной кости (при

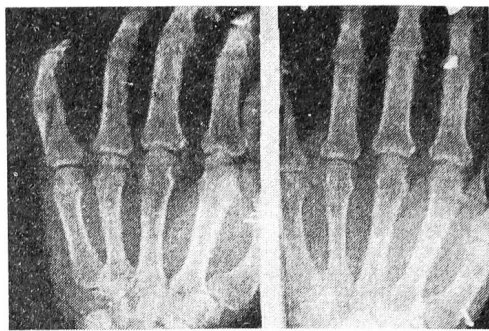


Рис. 1. Рентгенограмма больного М., 45 лет, в прямой и боковой проекциях. Определяется фиброзная сгибательно-разгибательная контрактура проксимального межфалангового сустава V пальца левой кисти вследствие внутрисуставного косоугольного перелома основной фаланги.

артролизе пястно-фалангового сочленения). После этого в мобилизованном суставе достигается довольно свободный объем движений — от 180° до 90° . На операционном столе до ушивания раны несколько раз проверяют пассивный объем движений в суставе. Редкими капроновыми швами восстанавливают целостность разгибательного аппарата. Накладывают послойные швы на рану. Устанавливают тыльную лонгету в функциональном положении оперированного пальца.

Аналогичную операцию производят при разгибательных контрактурах проксимального межфалангового или пястно-фалангового суставов пальцев кисти. На следующий день после операции для снятия болей и отеков назначают ДДТ или магнитотерапию. После заживления раны (через 10—12 дней) начинают активно-пассивные движения в мобилизованном суставе, к которым добавляют тепловые процедуры (парафин, озокерит, грязевые аппликации). Объем движений в суставе восстанавливается через 3—5 недель.

Изложенное можно проиллюстрировать следующим клиническим примером.

М., 45 лет (история болезни № 946), поступил в отделение хирургии кисти 05.04. 1994 г. с диагнозом: фиброзная сгибательно-разгибательная контрактура проксимального межфалангового сустава V пальца левой кисти как следствие внутрисуставного косоугольного перелома основной фаланги (рис. 1). При падении 2,5 месяца назад на левую кисть получил закрытый косоугольный внутрисуставной перелом основной фаланги V пальца со смещением. Репозиция отломков не

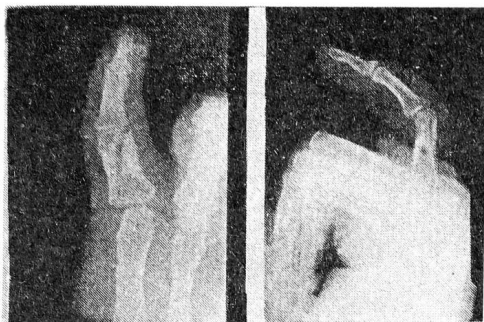


Рис. 2. Рентгенограмма в прямой и боковой проекциях того же больного после щадящего артролиза проксимального межфалангового сустава V пальца левой кисти.

производилась, 3 недели носил гипсовую повязку. По поводу фиброзной сгибательно-разгибательной контрактуры межфалангового сустава V пальца был направлен в НИЦТ "ВТО".

06.04.1994 г. была выполнена операция — щадящий артролиз проксимального межфалангового сустава V пальца левой кисти по описанному методу (рис. 2). Кожные швы были сняты через 12 дней. Получил курс физиомеханолечения. Через 3 недели после операции объем движений в оперированном суставе полностью восстановился.

Цель нашего сообщения — ознакомить широкий круг врачей с щадящими методами артролиза, которые позволяют максимально сохранить анатомическую структуру капсульно-связочного аппарата сустава и сухожилий пальцев. Эти методы мы рекомендуем использовать при неосложненных внутрисуставных переломах с

последующим развитием (через 2,5—3 мес) фиброзных сгибательно-разгибательных контрактур. Наши клинические наблюдения охватывают благоприятные функциональные результаты лечения 5 пострадавших с последствиями внутрисуставных повреждений в виде фиброзных сгибательно-разгибательных контрактур в проксимальном межфаланговом суставе (3 случая) и пястно-фаланговом суставе (2 случая) на сроках от 6 месяцев до одного года после проведенной операции.

Поступила 05.05.95.

SPARING ARTHROLYSIS METHOD IN FIBROUS FLEXION AND EXTENSION CONTRACTURE OF PROXIMAL INTERPHALANGEAL OR METACARPOPHALANGEAL JOINTS OF HAND FINGERS

G. G. Nettov

S u m m a r y

The sparing anatomic arthrolysis method of interphalangeal or metacarpophalangeal joints of hand fingers in their fibrous contractures at periods of not above 2,5—3 months after trauma is developed and tested in clinical practice. The proposed dorsal transtendinous access allows to mobilize the joint atraumatically retaining the anatomic integrity of capsular and ligamentous structures of the traumatized joint. The recovery of the joint function is the result of its early development.