

Рис. 1 в.

в гипогастриальной области — два (рис. 1 в), причем количество сосудов в ней оказалось в 2,5—3 раза меньше, чем в эпигастриальной и мезогастриальной областях.

Препаровка окрашенных препаратов показала, что сосуды первого и второго рядов являются концевыми ветвями мышечных артерий, исходящих из стволов надчревных сосудов. Место выхода сосудов первого ряда из-под апоневроза всегда соответствовало медиальной границе мышечных волокон прямой мышцы живота (рис. 2).

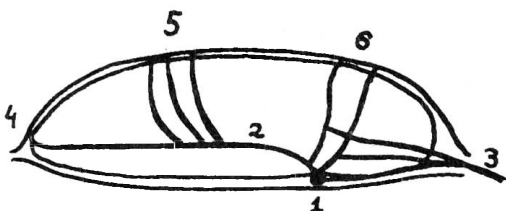


Рис. 2.

С целью определения роли этих сосудов в кровоснабжении подкожно-жировой клетчатки и кожи в 10 экспериментах была произведена транскапиллярная окраска бассейна обеих надчревных артерий после отсепаровки кожно-жирового лоскута от апоневроза на протяжении половины ширины прямой мышцы живота. При этом первый и второй ряды сосудов пересекались и сохранялся третий ряд. Во всех 10 случаях было получено интенсивное окрашивание края кожно-жирового лоскута в эпи- и мезогастриальной областях, что свидетельствовало о достаточном его кровоснабжении. Последующая препаровка показала, что источником окрашивания служили перфорантные сосуды третьего ряда. Отсутствие окрашивания в гипогастрии объясняется, по нашему мнению, преимущественным кровоснабжением этой области из бассейнов поверхностных надчревных и огибающих крыло подвздошной кости сосудов.

Среди мелких сосудов первого ряда в области пупка всегда встречались 1-2 крупных перфорантных сосуда. Препаровка показала, что они являются концевыми ветвями нижней надчревной артерии. Эти сосуды играют важную роль в кровоснабжении подкожной клетчатки и кожи в околопупочной области. Однако в наших экспериментах их пересечение не оказывало заметного влияния на интенсивность окраски края кожно-жирового лоскута.

Третий ряд перфорантных сосудов был образован сосудами более крупного диаметра (до 0,7—0,9 мм). При препаровке прокрашенных сосудов обнаружено, что они исходят непосредственно из

стволов надчревных сосудов либо из их мышечных ветвей сразу после их отхождения от стволов (рис. 2).

При отсепаровке кожно-жирового лоскута от апоневроза на протяжении $2/3$ — $3/4$ ширины прямой мышцы живота, выполненной в 10 экспериментах (при этом пересекалось большинство сосудов третьего ряда), окраска бассейна надчревных сосудов практически не давала окрашивания подкожно-жировой клетчатки. В тех же 10 экспериментах с целью изучения возможностей коллатерального кровоснабжения была произведена окраска бассейнов 6, 7 и 8-х межреберных сосудов, выделенных в области реберной дуги. Граница окрашивания кожно-жирового лоскута ни разу не достигла края срединного разреза, располагаясь на 2,5-3 см латеральнее, что свидетельствовало о недостаточности коллатерального кровоснабжения из этого бассейна.

Таким образом, было установлено, что отслойка клетчатки от подлежащего апоневроза в пределах проекции внутренней половины прямой мышцы живота не приводит к ишемизации свободного края кожно-жирового лоскута. Более широкая отсепаровка ведет к пересечению крупных перфорантных сосудов с последующей ишемией мобилизованного лоскута, что повышает риск развития раневых осложнений.

В 1988—1991 гг. в клинике пропедевтической хирургии Самарского медицинского института было прооперировано 112 больных со срединными вентральными грыжами с применением описанной профилактической меры. Пупочные грыжи были у 93 больных, грыжи белой линии и диафрагмы прямых мышц живота — у 7, послеоперационные грыжи — у 12. В 5 случаях наблюдались инфильтраты в области операционной раны, успешно излеченные повторными новокаиновыми блокадами с антибиотиками и физиотерапевтическими процедурами. Нагноений ран не было.

УДК 616.717.9—089.8

Г.Г. Неттов (Казань). Травматическая дислокация разгибателя II и V пальцев кисти на уровне пястно-фалангового сустава и ее лечение

На тыле кисти сухожилия разгибателей II, V пальцев имеют межсухожильные соединения (коннексы), препятствующие смещению их при сгибательно-разгибательных движениях пальца в пястно-фаланговых суставах. По данным анатомических исследований, основную фалангу с тыла до уровня пястно-фалангового сочленения покрывают спиральные апоневротические волокна. Однако функциональное значение этого анатомического образования до конца не выяснено. Как показали наши клинические наблюдения, это образование несет большую функциональную нагрузку, особенно для II и V пальцев кисти.

Над пястно-фаланговыми суставами II—V пальцев находится апоневротическое растяжение в виде спирально идущих волокон, которые образуют так называемый апоневротический паннус над разгибателем пальца на уровне пястно-фалангового сочленения. Этот паннус состоит из двух слоев (оболочек), муфтообразно охватывает разгибатель на указанном уровне и препятствует

боковому смещению разгибателя при функционировании пальца. В то же время паннус не мешает свободному возвратно-поступательному движению разгибателя при движении пальца.

Наличие межсухожильных соединений (коннексов), расположенных с обеих сторон разгибателей III—IV пальцев, исключает боковое смещение указанных пальцев при их сгибательно-разгибательных движениях. Для разгибателей II и V пальцев, межсухожильные коннексы которых находятся только с одной стороны (на II пальце — с локтевой, на V — с лучевой), а II и V лучи кисти расположены по отношению друг к другу веерообразно, функциональное значение паннуса как анатомического образования, препятствующего дислокации (смещения) разгибателя, возрастает.

По нашим наблюдениям (3 случая), при тулой закрытой скользящей травме тыла кисти с резким плоскостным смещением кожно-фасциального аппарата кисти по отношению к ее скелету, например при падении на сжатую в кулак кисть, при сильном касательном ударе по тылу кисти и других необычных по механизму травмах, нередко повреждается только апоневротический паннус разгибателей пальцев. Повреждение паннуса при этом может быть изолированным даже и при целостности разгибательного аппарата и межсухожильных соединений.

Повреждение паннуса на II или V пальцах в силу описанных выше анатомических особенностей кисти приводит к посттравматической дислокации разгибателя при функционировании указанных пальцев, которая, по нашим наблюдениям, наступает при определенном положении травмированных пальцев, нередко имитируя то или иное заболевание кисти и затрудняя тем самым диагностику указанного повреждения.

При повреждении паннуса на II пальце в посттравматическом периоде при попытке щипкового или плоскостного захвата I и II пальцами какого-либо предмета происходит смещение (дислокация) разгибателя в локтевую сторону от второго пястно-фалангового сустава. При повреждении паннуса на V пальце аналогичные действия I и V пальцами ведут к дислокации разгибателя V пальца в лучевую сторону от пятого пястно-фалангового сустава. При попытке щипкового или плоскостного захвата предметов травмированный палец как бы застревает в согнутом положении, имитируя порой клинику (много) стенозирующего лигаментита сгибателя данного пальца. Это застревание пальца объясняется тем, что смещенный с тыльной на боковую поверхность пястно-фалангового сочленения разгибатель нарушает нормальную биомеханику пальца. За счет перемещения точки опоры разгибателя с головки пястной кости на боковую поверхность пястно-фалангового сустава смещенный разгибатель функционально удлиняется и создает указанную клинику "застревания" пальца. Если при подобной ситуации пассивно подтолкнуть основную фалангу

травмированного пальца в тыльную сторону, то смещенный разгибатель тут же переместится на свое прежнее ложе (ляжет над головкой пястной кости) и активная функция разгибателя пальца вновь восстановится до следующей попытки воссоздания щипкового или плоскостного захвата кистью.

Такие посттравматические дислокации разгибателей II и V пальцев на уровне пястно-фалангового сустава можно восстановить только оперативным путем. Консервативные методы не дают желаемого эффекта без восстановления поврежденной анатомической структуры.

При свежих случаях достаточно переместить разгибатель на свое ложе и ушить поврежденную наружную оболочку паннуса над разгибателем пальца с последующей гипсовой фиксацией в функциональном положении травмированного пальца в течение 3 недель. При застарелых повреждениях (свыше 3 нед после травмы) требуется пластическая операция для восстановления анатомической целостности паннуса. При травме паннуса II пальца выполняют пластику наружной его оболочки путем выкраивания поперечного языкообразного лоскута с основанием по лучевой стороне второго пястно-фалангового сустава, а при травме паннуса V пальца кисти выкраивают аналогичный лоскут с основанием по локтевой стороне пятого пястно-фалангового сочленения. Лоскуты выкраивают из проксимальной части наружной оболочки паннуса. В дистальной части последнего разгибатель только мобилизуют без рассечения целостности паннуса. Далее мобилизованный языкообразный лоскут проводят под разгибателем и в виде петли заворачивают обратно над сухожилием, одновременно переместив последний на свое ложе. Свободный край лоскута подшивают к сухожильно-апоневротическому растяжению. Пястно-фаланговый сустав в функциональном положении на 3 недели фиксируют трансартикулярно спицей. После удаления спицы проводят физиомеханолечение.

По описанному методу прооперированы трое больных с травматическими дислокациями разгибателей II и V пальцев со сроками повреждений от нескольких дней до 3 месяцев. Свежая травма была у 2 больных, застарелая — у одного. На сроках наблюдения до года после операции во всех случаях получены хорошие функциональные результаты.

Изложенное можно проиллюстрировать следующим клиническим примером. К., 38 лет, поступил в отделение хирургии кисти НИЦТ "ВТО" 24.04.1995 г. с диагнозом "травматическая дислокация разгибателя II пальца левой кисти на уровне пястно-фалангового сустава 3-месячной давности". Травма бытовая — по тылу сжатой в кулак кисти случайно ударило дверь. У основания по тыльной поверхности II пальца возникла большая припухлость. За медицинской помощью пострадавший не обращался. Через месяц больной стал замечать, что при щипковом захвате пред-

метов I, II, III пальцами II палец неожиданно устанавливается в положении вынужденного сгибания, палец как бы застревает и только при дальнейшем напряжении II пальца или при его пассивном шевелении другой рукой он рывком "выходит" из этой позиции. Вначале диагностировали "стенозирующий" лигаментит сгибателя II пальца левой кисти. Только тщательное обследование позволило поставить правильный диагноз.

28.04.1995 г. выполнена операция по описанному выше методу. Произведена трансартикулярная фиксация пястно-фалангового сустава II пальца спицей на 3 недели с последующим физиотерапевтическим лечением. Осмотрен через 6 месяцев — функция II пальца полностью восстановлена.

Закрытое повреждение небольшого анатомического образования (апоневротического паннуса) на тыле II и V пястно-фалангового сочленения может серьезно нарушить функцию указанных пальцев. Только сопоставление анатомо-топографических повреждений сухожильно-связочного аппарата кисти с клиническими их проявлениями с учетом биомеханики сухожильного аппарата пальца позволяет своевременно диагностировать эти повреждения и провести адекватное хирургическое лечение.

УДК 618.596 : 616—053. 31—001 : 616.8—085.82

Э.С. Алексеева (Чебоксары). Опыт лечения детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы методом восточного массажа

Мы проанализировали эффективность лечения детей с различными проявлениями перинатального повреждения центральной нервной системы (головного и спинного мозга) методом точечного, сегментарного и линейного массажа. С 1990 по 1991 г. проведено лечение 29 детям (мальчиков — 17, девочек — 12). От 4 недель до 3 месяцев было 5 детей, от 3 до 6 месяцев — 7, от 6 до 9 месяцев — 8, от 9 до 12 месяцев — 3, от одного года до 3 лет — 4, старше 3 лет — 2. От первой беременности родились 19 детей, от второй — 7, от третьей — 3.

В анамнезе детей отмечались различные отклонения во внутриутробном развитии: беременность на фоне угрожающего выкидыша и невынашивание (у 7 женщин), токсикоз I и II половины беременности (у 3), хроническая гипоксия плода вследствие плацентарной недостаточности (у 13), обвитие пуповины вокруг шеи ребенка (у 1), перенесенный грипп в I половине беременности (у 1).

У 4 детей выявлен отягощающий интранатальный период: безводный период в родах до 5 суток (у 1), наложение полостных акушерских щипцов (у 1), кесарево сечение (у 2). У 22 детей масса тела при рождении превышала 3000 г, у 6 — была менее 3000 г, у одного — менее 2500 г.

8 (27,6%) детей получили лечение по поводу перинатальной энцефалопатии смешанного генеза с гипертензионно-гидроцефальным синдромом, синдромом мышечной гипертонии, нижнего парализа. У всех этих детей выявлены следующие симптомы: тремор подбородка и рук, срыгива-

ние, положительный симптом Грефе, повышение тонуса в аддукторах бедер, сгибателях стоп, упор ножек с грубой ротацией стоп на наружный край, перекрест ног, положительный симптом тряпки (голова запрокинута назад, при тряпке за руки отсутствие первоначальной фазы разгибания конечностей, бедность мимики). На УЭГ установлено увеличение ширины основания (от 6,5 до 7—9 мм).

У 3 (10,3%) детей констатирована натальная травма головного мозга и шейного отдела позвоночника в форме синдрома гиперрефлекторной возбудимости, спастического тетрапареза.

Натальная травма шейного отдела спинного мозга, выявленная у 9 (31%) детей, проявлялась нистагмом (у 70%), симптомом Грефе (у 95%), вялыми парезами рук и ног (у 80%), стробизмом (у 50%), вялым параличом рук и ног (у 20%), гипотонией мышц спины (у 100%), акушерским параличом (у 16%).

Натальная травма поясничного отдела спинного мозга диагностирована у 2 (7%) детей: вялый смешанный парализ ног, отсутствие рефлексов опоры — у 100%, гипотрофия ягодичной мышцы — у 50%, атрофия мышц ног — у 50%, ограниченные активные движения — у 100%, паралитическая конская стопа — у 50%, угнетение рефлексов — у 100%.

Энцефалопатия поспигноксического генеза с парезом лицевого нерва со спастической кривошеей наблюдалась у 2 (7%) детей: одному из них лечение было начато в возрасте старше одного года, второму — в возрасте старше 3 лет. Следует отметить, что до этого времени детей не лечили.

Перинатальная энцефалопатия, двусторонняя косорукость диагностированы у одного ребенка.

Вялый монопарез, обнаруженный лишь на третий год жизни, отмечен у 2 (7%) детей. Весьма тревожит тот факт, что, несмотря на наличие у них в первые месяцы жизни перинатальной энцефалопатии, миотонического синдрома, парализа ног, они также не получили целенаправленного лечения.

У одного ребенка со спастическим гемипарезом в возрасте старше 2 лет в анамнезе была указана перинатальная энцефалопатия, по поводу которой лечение также не проводилось.

Внутриутробная хроническая гипоксия вследствие хронической плацентарной недостаточности и врожденная косопласть были диагностированы у одного ребенка. Консервативная терапия (гипсовой лонгеткой) в течение 7 месяцев оказалась безуспешной.

Всем детям был назначен восточный массаж. Один курс получили 8 (28%) детей, 2 — 7 (24%), 3 — 14 (49%).

После одного курса улучшилось нервно-психическое и физическое развитие: восстановился цвет кожных покровов, повысилась эмоциональная активность, усилились зрительно-ориентировочные и опорная реакции, снизился повышенный мышечный тонус, повысился пониженный тонус мышц, улучшилась или восстановилась двигательная активность. При спастической кривошее отмечалось свободное выведение головы в