

## ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

*Канд. мед. наук Т. П. Розовская*

*Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии  
(директор — ст. научн. сотр. У. Я. Богданович)*

Мы проанализировали результаты лечения поврежденных сухожилий сгибателей и разгибателей пальцев кисти у 271 больного. Большинство этих больных первоначально лечилось в районных больницах, а также в стационарах и поликлиниках г. Казани. В первые часы травмы обратились 69 чел. (25,4%).

В 80,8% (219 больных) были выявлены различные ошибки в диагностике и лечении, большая часть которых послужила причиной повторной операции, длительного восстановительного лечения и, следовательно, нетрудоспособности больного.

Ошибки диагностики были допущены у 87 больных (32,1%).

При резаных, рубленых или колото-резаных ранах с небольшой зоной повреждения кожных покровов травму сухожилий часто просматривали; производя хирургическую обработку раны, не проверяли функцию пальцев кисти, накладывали кожные швы и направляли больного на амбулаторное лечение.

При одновременном повреждении сухожилий и нервов, особенно на уровне ладони и пальцев, травма нервов оставалась не выявленной, что нередко приводило к тяжелым последствиям. Такие ошибки встретились у 36 больных (13,2%).

Подкожные разрывы сухожилий разгибателей подчас принимали за ушибы, растяжения связок. Упускали время, когда еще было возможно консервативное лечение.

Ошибки лечения были обнаружены у 132 больных (48,7%). Многие из этих ошибок явились следствием недостаточного опыта хирургов, оказывавших первую помощь, незнания ими особенностей хирургии кисти. Дефектом первичной хирургической обработки было широкое иссечение и удаление мягких тканей, костных отломков без учета последующего восстановительного лечения. Нередко хирурги стремились при сочетанных травмах (одновременное повреждение сухожилий, нервов, костей, кожных покровов, требующих кожной пластики) восстановить все одновременно. Результатом этого в большинстве своем явились массивные рубцы, деформации и контрактуры пальцев кисти, резкое ограничение функции кисти в целом.

Из-за недостаточного знания анатомии поврежденной области хирурги неправильно соединяли сухожилия или даже сухожилия сшивали с нервами, а нередко целостность нервов вообще не восстанавливали.

Довольно частой ошибкой были нерациональные разрезы на уровне ладони и фаланг пальцев при травме сухожилий сгибателей пальцев. Редко хирурги прибегали к дополнительным разрезам для отыскания проксимальных концов поврежденных сухожилий сгибателей, чаще из небольшого разреза на уровне фаланг пальцев пытались достать и проксимальный, и дистальный концы поврежденного сухожилия, что приводило к значительной травматизации концов сухожилия, сухожильного влагалища, скользящего аппарата и в результате — к полному отсутствию функции пальца при анатомически восстановленном сухожилии.

К сожалению, приходится констатировать, что до сих пор большинство практических хирургов при повреждении сухожилий сгибателей пальцев кисти на уровне ладони и пальцев пользуется нерациональными травматичными швами Козакова и Кюнео. Только 13 больным (из 271) был наложен блокирующий удаляемый шов по Беннелю, который при прочих равных условиях дает восстановление функции пальца (при первичном шве) в 90—92%. Нередко хирурги пользовались при наложении сухожильного шва грубым шовным материалом (шелк, кетгут).

Немало встретилось ошибок в ведении больных в послеоперационном периоде. До сих пор у многих хирургов сохранилось отношение к хирургии кисти как к «малой» хирургии, и поэтому считается возможным после наложения сухожильных швов отпускать таких больных на амбулаторное лечение. Вследствие этого фиксация пальцев в ряде случаев или проводится излишне долго (месяц и более), или, наоборот, прекращается слишком быстро (вместо 3 недель — 1—1,5 недели). Нередко фиксация пальцев осуществлялась в функционально невыгодном положении.

Очень часто лечебную физкультуру и массаж, а также физиотерапевтические мероприятия проводили несвоевременно и не в должном объеме. У многих больных с подкожными разрывами сухожилий разгибателей пальцев на уровне дистальной фаланги с самого начала правильно применяли консервативное лечение, но фиксация пальцев была излишне кратковременной (вместо 4—6 недель — всего 2—3).

В заключение необходимо отметить, что у больных с повреждением сухожилий пальцев кисти нерационально ведется или совсем не применяется трудотерапия, а возможности реабилитации такого рода больных используются совершенно недостаточно.