

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ У ДЕТЕЙ

И.Е. Микусев, Г.И. Микусев

*Кафедра травматологии и ортопедии (зав. — чл.-корр. АНТ, проф. Х.З. Гафаров)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования,
Научно-исследовательский центр "ВТО" Татарстана
(директор — чл.корр. АНТ, проф. Х.З. Гафаров)*

Среди разнообразных повреждений кисти и пальцев функциональное восстановление поврежденных сухожилий сгибателей пальцев кисти представляет собой весьма сложную задачу, особенно у маленьких детей. Наш многолетний опыт восстановления функции поврежденных сухожилий показывает, что исход операции во многом зависит и от самого больного. Взрослый больной сознательно оценивает произошедшее с ним несчастье. По требованию хирурга он может приступить к разработке движений в любые сроки и приложить все усилия к тому, чтобы добиться хороших результатов. У детей же осуществлять целенаправленное и последовательное лечение значительно труднее в силу их слабо выраженных сознательно-волевых качеств.

Под нашим наблюдением за последние 10 лет находились более 1000 больных с повреждениями кисти; среди них было 17 детей в возрасте от 11 месяцев до 6 лет, которым накладывали первично-отсроченный и вторичный швы сухожилий сгибателей на ладони и в пределах пальцев, то есть в критической зоне. У 7 больных, кроме того, выполнен шов срединного и локтевого нервов и их ветвей.

Оперативные вмешательства всем детям проводили под наркозом с обескровливанием операционного поля путем наложения манжетки на плечо. Во всех случаях производили рациональное расширение раны на пальцах и на ладони по установкам хирургии кисти. На поврежденные сухожилия сгибателей на предплечье и на ладони накладывали погружные неудаляемые швы типа Беннеля с дополнительными узловатыми адаптирующими швами (как правило,

по два) атравматическими нитками 5/0-6/0. В пределах критической зоны (зона сухожильно-апоневротических каналов на пальцах) накладывали блокирующие удаляемые швы по Беннелю с кожным закреплением нитей на марлевом шарике на уровне основной, средней или ногтевой фаланг. При изолированном повреждении только глубокого сгибателя в пределах ногтевой или средней фаланг в зависимости от длины дистального конца поврежденного глубокого сгибателя выполняли блокирующий удаляемый шов по Беннелю (при длине дистального конца сухожилия более 1 см) или же реинсерцию глубокого сгибателя к ногтевой фаланге трансоссальным швом (при длине дистального конца глубокого сгибателя до 1 см и меньше). Во всех случаях раны после шва сгибателей зашивали кетгутом. Последнее обстоятельство у детей младшей возрастной группы имеет большое значение, так как снятие кожных швов на сроках 10—14 дней после шва сгибателей связано со значительными трудностями для хирурга и опасностью для детей. Как раз на этом сроке при снятии швов или даже раньше из-за слабо выраженных сознательно-волевых качеств у детей может наступить разрыв шва (несостоятельность) восстановленного сухожилия сгибателя.

В настоящее время после шва сухожилий сгибателей даже при их изолированном повреждении как у взрослых, так и у детей накладывается тыльная гипсовая лонгета от средней трети предплечья до кончиков пальцев сроком на 21 день. У взрослых тыльная гипсовая лонгета накладывается только на поврежденный палец (или пальцы). Однако у маленьких детей подобная иммо-

билизация не всегда оправдана из-за опасности разрыва шва (лигатуры) в послеоперационном периоде. К сожалению, на особенности послеоперационной иммобилизации у детей (особенно у маленьких) после шва сухожилий сгибателей не указано даже в книге А.Г. Пугачева [1], посвященной лечению поврежденных сухожилий кисти и пальцев у детей.

На основании клинических наблюдений мы рекомендуем всем хирургам-травматологам следующее:

— после шва сухожилия сгибателя одного из трех фалангеальных пальцев тыльную гипсовую лонгету накладывать на все четыре (II, V) пальца кисти;

— после восстановления поврежденного сухожилия сгибателя необходимо бинтовать оперированный палец и соседние один-два здоровых пальца в положении полного сгибания в кулак обычным марлевым бинтом с дополнительной иммобилизацией тыльной гипсовой лонгетой на все пальцы (включая и здоровые) до кончиков полусогнутых пальцев;

— после шва длинного сгибателя I пальца тыльную гипсовую лонгету нужно накладывать после бинтования оперированного пальца при максимальном сгибании в суставах.

Во всех этих случаях гипсовая лонгета дополнительно фиксирует оперированные (и здоровые) пальцы и предупреждает возможный (случайный) разрыв шовного материала или прорезывание шва сухожилия.

Как известно, гипсовую лонгету после шва сгибателей на любом уровне снимают на 22-й день и в последующем взрослые больные в течение одной недели активно сгибают и разгибают суставы пальцев, фиксируя фаланги пальца кончиком пальца здоровой руки. Однако же дети младшей возрастной группы эти активные сгибательно-раз-

гибательные движения, как правило, не производят. Поэтому через 3 недели после снятия лонгеты (и блокирующего шва Беннеля) им можно назначить теплую марганцовокислую ванну для очищения кожи от запекшейся крови и гипса (а также кетгутовых швов). С учетом способности детей к диффузным симметричным движениям (не координированным!) для предупреждения возможного расхождения концов сшитого сухожилия сгибателя проводим иммобилизацию еще на неделю гипсовой лонгетой на все трехфалангеальные пальцы, дополнительно зафиксированной циркулярным туром гипсового бинта.

Таким образом, общий срок иммобилизации пальцев после шва сгибателей у маленьких детей составляет 4 недели. У всех больных были получены хорошие функциональные результаты; развития сгибательной контрактуры в суставах оперированных пальцев на сроках 6—12 месяцев не наблюдалось. Ни в одном случае не отмечалось несостоятельности шва сухожилия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пугачев А.Г. — Повреждение сухожилий кисти и пальцев и их лечение у детей. — М., 1960.

Поступила 16.01.98.

TREATMENT OF THE LESIONS OF HAND FINGER FLEXOR TENDONS IN CHILDREN

I.E. Mikusev, G.I. Mikusev

Summary

Among more than 1000 patients with hand lesions 17 children with the lesions of hand finger flexor tendons (in 7 patients in combination with nerves) aged from 11 months to 6 years were observed within recent 10 years. The proposed recommendations on the tactics of treatment and postoperative keeping of patients (especially immobilization of hand and fingers) allowed to obtain positive results.