

ВОССТАНОВЛЕНИЕ НАРУШЕННОЙ ФУНКЦИИ СГИБАНИЯ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА КИСТИ

Г.Г. Неттов

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

В структуре сочетанных повреждений сухожилий сгибателей и нервов пальцев кисти доля повреждения сгибателей и пальцевых нервов I (большого) пальца составляет 25% [2]. Потеря сгибательной функции I пальца ведет к потере до 25% функции всей кисти [1], то есть нарушается основная функция двустороннего хвата кистью. Поэтому полноценное восстановление сгибательной функции I пальца представляет актуальную проблему в хирургии кисти.

Результаты восстановительных операций при повреждении сгибателя I пальца в сочетании с повреждением пальцевых нервов и без таковых представляют значительный интерес для клиницистов, занимающихся хирургией сухожилий пальцев и кисти. Мы проанализировали результаты лечения повреждений данного сгибателя I пальца в сочетании с повреждением пальцевых нервов, изолированного повреждения сгибателя, а также в сочетании с повреждением ветвей срединного нерва к I—III пальцам у 63 пострадавших, леченных в отделении хирургии кисти за последние 13 лет.

Восстановительные операции были проведены на сроках от нескольких часов до 4 месяцев после перенесенной травмы. Мужчин было 46 (73%), женщин — 17 (27%). В возрасте до 14 лет было 9 (14,3%) больных, от 15 до 45 лет — 47 (74,6%), от 45 до 60 лет — 7 (11,1%). Частота повреждений на правой кисти — 55,5%, на левой — 44,5%. Изолированное повреждение длинного сгибателя I пальца наблюдалось в 46% случаев, повреждение длинного сгибателя в сочетании с повреждением одного пальцевого нерва — в 22,2%, обоих пальцевых нервов — в 12,7%, повреждение сгибателя в сочетании с повреждением блоковидной связки I пальца — в 4,8%, застарелое повреждение длинного сгиба-

теля I пальца с полной облитерацией блоковидной связки и сухожильного канала I пальца — в 1,6%, в сочетании с повреждением пальцевых ветвей срединного нерва и сгибателей I—III пальцев кисти — в 9,5% случаев.

В зависимости от сроков полученной травмы первичные сухожильные швы были наложены в 4,8% случаев, первично-отсроченные швы — в 11,2%, ранние вторичные швы — в 20,6%, поздние вторичные швы — в 19%. На сроках свыше 3—4 месяцев после перенесенной травмы была осуществлена аутогендопластика по Дуброву с преимущественным использованием в качестве ауто-трансплантата сухожилия длинной ладонной мышцы той же руки в 42,8% случаев. Ввиду облитерации блоковидной связки и сухожильного канала в одном случае была выполнена двухэтапная тендопластика.

Отдаленные результаты на сроках от одного года до 12 лет были изучены у 38 (60,3%) больных. Результаты оценивали по 4-балльной системе. Функцию I пальца оценивали на “отлично” при максимальном его разгибании: когда он отводился до угла 90° от продольной оси кисти при максимальном сгибании, если в межфаланговом суставе палец сгибался до 90°, а в пястно-фаланговом суставе — до 160° при восстановленной чувствительности пальца.

Оценку “хорошо” ставили, когда активное сгибание в межфаланговом суставе достигало 45° и сохранялась чувствительность I пальца, оценку “удовлетворительно” — когда активные сгибания в межфаланговом суставе были в пределах 20° или сгибательная контрактура в межфаланговом суставе не превышала 10°, то есть палец полностью не выпрямлялся. Результаты считали плохими при отсутствии активных сгиба-

тельных движений ногтевой фаланги I пальца. Отличные результаты были получены в 3 случаях, хорошие — в 21, удовлетворительные — в 14. Плохих результатов не было.

Результаты лечения показали, что первичные сухожильные швы дают положительные исходы в 100% случаев, первично-отсроченные швы — в 57,1%, ранние вторичные швы — в 38,5%, ауто-тендопластика по Дуброву — в 57,1%. Наиболее высокие положительные результаты (83,3%) были получены при наложении позднего вторичного шва в случае изолированного повреждения длинного сгибателя I пальца, без нарушения сосудисто-нервных пучков пальца.

Эффект лечения в зависимости от степени тяжести травмы был следующим. При повреждении сгибателя в сочетании с травмой одного пальцевого нерва положительные исходы наблюдались в 71,4% случаев, при сочетании повреждения сгибателя с двумя пальцевыми нервами — в 40%. В случае повреждения длинного сгибателя I пальца, сгибателей II—III пальцев, а также ветвей срединного нерва, иннервирующих I—III пальцы кисти, функция I пальца сохранилась лишь в 16,6% случаев.

Таким образом, при повреждении длинного сгибателя I пальца кисти эффективны первичные и первично-отсроченные сухожильные швы. Восстановлением одного пальцевого нерва достигается положительный исход в 71,4% случаев. Повреждение двух пальцевых

нервов снижает функциональный исход до 40%. При изолированном повреждении длинного сгибателя I пальца эффективны первичные и вторичные швы, а на отдаленных сроках — аутотендо-пластика по Дуброву. Параллельно с этим без ущерба для функции возможно восстановление поврежденной блоковидной связки большого пальца. Повреждение длинного сгибателя I пальца в сочетании с повреждением срединного нерва и сгибателей II—III пальцев снижают положительные исходы восстановления функции I пальца до 16,6%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Матев И., Банков С. Реабилитация при повреждениях руки. — София, 1981.
2. Розовская Т.П. Лечение повреждений сухожилий сгибателей и нервов пальцев кисти: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — Казань, 1975.

Поступила 18.02.98.

RECOVERY OF THE IMPAIRED FUNCTION OF THE HAND THUMB FLEXION

G.G. Nettov

S u m m a r y

The results of the treatment of the long flexion injuries of the I finger in combination with the median nerve branches injuries of the I—III fingers in 63 patients are analysed. The primary and primary delayed tendon sutures proved to be effective. In isolated long flexion injury of the I finger the primary and secondary sutures are effective, and at remote terms the Dubrov autotendoplasty is effective. Recovery of the thumb injured blockform ligament is possible parallel with it without sacrifice for the function.