

УДК 617.576—616.74—018.38—001.5—089.8

**Г.И. Микусев, Р.И. Муллин, Р.Д. Сафин (Казань). Случай подкожного повреждения сухожилия глубокого сгибателя пальца кисти**

Закрытым (подкожным) повреждениям сухожилий разгибателей пальцев кисти в литературе уделено значительное место, в отличие от подкожных повреждений сухожилий сгибателей. Однако практические врачи мало знакомы с этим видом повреждения в связи с чрезвычайной его редкостью.

Приводим наше наблюдение.

И., обратился в приемное отделение НИТЦ в 17 часов 10.01.1999 г. В этот день, за 9 часов до обращения в травматологический пункт, на работе, пробираясь по строительным "лесам", он оступился и при падении повис на среднем пальце левой кисти. В связи с последующей резкой болью в пальце прекратились активные сгибательные движения в его суставах, позже появился отек всего пальца, больше выраженный в дистальных отделах. По поводу полученной травмы больной обратился в травматологический пункт по месту жительства, где после осмотра и проведения рентгенографии был поставлен диагноз: закрытый перелом основания ногтевой фаланги III пальца левой кисти со смещением. Из травматологического пункта больной был направлен в приемное отделение НИТЦ "ВТО".

При поступлении пострадавший жаловался на боли в III пальце левой кисти, больше в области дистального межфалангового сустава, невозможность проведения активных сгибательных движений.

При осмотре: отек III пальца, более выраженный в области ногтевой и средней фаланг, кровоизлияние в области дистального межфалангового сустава. Активные сгибательные движения ногтевой фалангой отсутствуют; в проксимальном межфаланговом и пястно-фаланговом суставах движения практически в полном объеме, но болезненны с иррадиацией в концевые сустав. При пальпации и попытке провести пассивные движения в дистальном межфаланговом суставе появляется резкая болезненность. Нарушений чувствительности на пальце нет.

Рентгенограммы показали отрыв костного фрагмента треугольной формы (0,8×0,3 см) по ладонной поверхности основания ногтевой фаланги с дефектом суставной поверхности на 1/3 площади, со смещением центрально и наклоном в ладонную сторону (рис. 1).

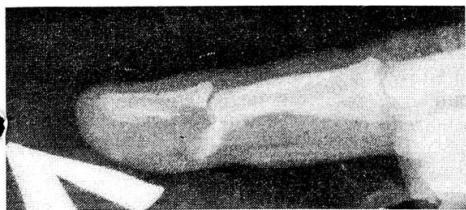


Рис. 1.

На основании клинико-рентгенологических данных поставлен диагноз: закрытый (подкожный) отрыв сухожилия глубокого сгибателя III пальца левой кисти с костным фрагментом.

Под проводниковой анестезией по Оберсту—Лукашевичу из небольшого Г-образного разреза по боковой поверхности ногтевой фаланги с заходом на кожную складку дистального межфалангового сустава удалены сгустки крови. При ревизии сухожилие глубокого сгибателя вместе с кусочком кости смещено проксимально и застряло в костно-фиброзном канале (сухожильном влагалище) на уровне головки средней фаланги пальца. Произведена реинсерция сухожилия глубокого сгибателя с сопоставлением костного отломка мононитью, трансоссально объемным швом Беннеля с фиксацией концов нити на марлевом шарике по тыльной поверхности ногтевой фаланги. Рана ушита. Наложена тыльная гипсовая лонгета при физиологическом положении пальца. Проведена контрольная рентгенография (рис. 2).

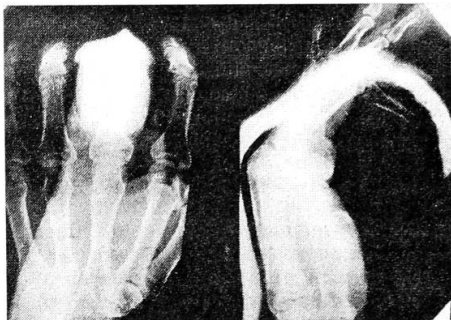


Рис. 2.

В послеоперационном периоде пострадавший получил курс токов Бернара (№ 6), перевязки. Со второго дня после операции начаты осторожные активные сгибательные движения в суставах пальца с фиксацией фаланг по Розову в пределах лонгеты. Заживление раны первичное. Кожные швы сняты на 15-й день, после этого назначен электрофорез лидазы (№ 10). Шов Беннеля и гипсовая лонгета удалены через 28 дней после контрольной рентгенограммы, на которой выявлено приращение осколка. Назначено реабилитационное лечение.

Больной осмотрен через 4 месяца со дня травмы и операции. Движения в пястно-фаланговом и проксимальном межфаланговом суставах — в полном объеме. Дистальный межфаланговый сустав разгибается до 180° (полное разгибание), сгибается до 115°. Нарушений чувствительности нет. Рентгенограммы показали полное восстановление суставной поверхности ногтевой фаланги (рис. 3). Результатом лечения пострадавший доволен.

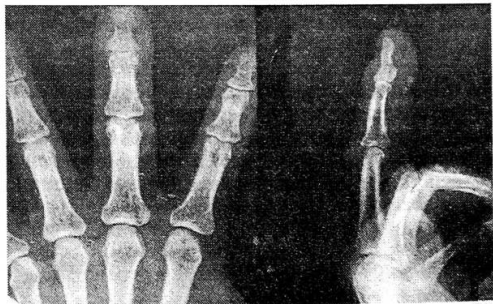


Рис. 3.

Приведенное наблюдение представляет безусловный интерес для врачей-травматологов и хирургов, поскольку на практике данная травма встречается крайне редко. При описанном случае оперативное лечение абсолютно показано.

УДК 616.831—009.11—053.2—02:616.832.52]—073.8

**З.А. Залялова, Е.Ш. Баширова, В.А. Якупова (Казань). Нейрофизиологическая характеристика пирамидного тракта у больных с гиперкинетической формой детского церебрального паралича в позднем резидуальном периоде**

Среди причин, приводящих к инвалидизации с детства, основное место занимает детский церебральный паралич (ДЦП). У большинства инвалидов с различными формами ДЦП определяется поздняя резидуальная стадия, которая характеризуется стабилизацией патологического процесса. Отсюда весьма интересным представляется изучение центральных механизмов формирования синдромов ДЦП у пациентов в позднем резидуальном периоде.

По ведущим двигательным нарушениям различают несколько форм, среди которых одной из распространенных является гиперкинетическая, часто в сочетании с пирамидной недостаточностью или парезами различной степени.

Целью нашей работы было исследование функции пирамидного тракта у больных с гиперкинетической формой ДЦП методом транскраниальной магнитной стимуляции.

Обследованы 20 больных в возрасте от 12 до 20 лет (в среднем 16,5 года) с гиперкинетической формой ДЦП, у которых был сохранен интеллект, и 17 здоровых лиц того же возраста. Среди больных было 13 лиц мужского пола и 7 — женского. Все больные живут и учатся в интернате для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. У всех обследованных была 2-я степень двигательных нарушений.

Пациентам и здоровым лицам была проведена транскраниальная магнитная стимуляция (МС) с регистрацией вызванного моторного ответа в 2 точки: 1) коры головного мозга в области вертекса; 2) в области CVI-CVII для определения времени периферического моторного проведения. Стимуляцию осуществляли серийным магнитным стимулятором "Maglite" фирмы "Dantec" (Дания). Стандартные отводящие наконечники электроды, заполненные электродным гелем, накладывали (согласно общепринятым схемам отведения электрического потенциала — метод "bellytendon") на двигательную точку m. Abductor digiti quinti и ее дистальное сухожилие обеих рук с предварительной обработкой поверхности кожи 70% спиртовым раствором. Референтные электроды располагали в области средней фаланги V пальца кисти. Заземляющие электроды помещали на среднюю треть обеих предплечий. Стимулирующий электрод (магнитный коил) располагали центральной частью над теменем обследуемого по середине линии, соединяющей наружные слуховые проходы.

Таким образом, транскраниальная МС проводилась в пределах коркового представительства моторной зоны исследуемых мышц верхних конечностей.

При стимуляции шейных корешков коил помещали в проекции остистого отростка CVII так,

чтобы воздействию подвергались соответствующие моторные корешки в области зоны их выхода из позвоночного канала. Регистрировали симметричные М-ответы, возникающие при стимуляции спинного и головного мозга. Регистрировали ответы при максимальной стимуляции и выбирали ответы с минимальной латентностью и максимальной амплитудой. Определяли порог вызывания ответа. Исследование разности латентного времени М-ответов, возникающих при стимуляции коры (ЛВ) и шейных корешков (ЛК), позволяет определять время центрального проведения импульса (ВЦП) от коры головного мозга до корешков. На основании данных, полученных с двух сторон, рассчитывали величину асимметрии (ВА) для каждого показателя.

На основании результатов обследования лиц из контрольной группы были определены средние величины и статистические границы распределения параметров электрических биопотенциалов, вызванных при МС моторных ответов мышц, в том числе латентного времени проведения возбуждения по волокнам кортико-цервикального пути (ЛВ) и от шейных корешков до мышц (ЛК). Следует подчеркнуть, что полученные нами в контрольной группе данные совпадали с результатами исследований других авторов. По литературным данным, у больных с поражением пирамидного тракта имеется тенденция к увеличению времени центрального проведения.

Ни у одного из обследованных как в контрольной, так и в основной группе не наблюдалось побочных эффектов, обусловленных процедурой, хотя было отмечено, что больные с гиперкинезами переносят процесс исследования субъективно тяжелее: у них наблюдалась более выраженная общая двигательная реакция в ответ на магнитный стимул. Если в контрольной группе тяжелее переносилась трансцервикальная МС (она сопровождалась двигательной реакцией верхних конечностей), то легче — кортикальная стимуляция, двигательная реакция в ответ на магнитный стимул была слабее и чаще вызывалась только в руках, реже — в ногах. В обследованной группе трансцервикальная МС переносилась легче, чем транскраниальная: последняя сопровождалась выраженной двигательной реакцией как конечностей, так и туловища и общим субъективным дискомфортом. Все эти явления наблюдались только в момент стимула и не оставляли никаких последствий, кроме ощущения легкой усталости.

В обследованной группе латентность вызванного двигательного потенциала при трансцервикальной стимуляции, характеризующая проведение импульса от спинного мозга по корешкам до мышц, составила  $9,81 \pm 0,29$  мс (в контрольной группе —  $10,93 \pm 0,29$  мс;  $P < 0,05$ ). Асимметрии этих значений по сравнению с нормой не выявлено ( $0,28 \pm 0,11$  и  $0,33 \pm 0,09$  мс соответственно;  $P > 0,1$ ), что косвенно может свидетельствовать о сохранности этого уровня двигательной системы. Уменьшение латентности может быть обусловлено снижением корковых и подкорковых тормозных нисходящих влияний на спинальные мотонейроны и порога возбудимости быстрых толстых миелинизированных волокон. Одновременно был получен дополнительный электромиографический феномен. При трансцер-