

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ РАЗГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Г.Г. Неттов, Р.Д. Сафин

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

Среди повреждений сухожилий кисти частота травм разгибательного аппарата пальцев варьирует от 4,1 до 24,4% [5, 9]. В литературе существует множество методов лечения разгибателей пальцев кисти как при свежих, так и застарелых повреждениях. Так, при свежих закрытых травмах разгибателей на уровне пальца рекомендуют специальную шину в виде "писчего пера" [1], при повреждении на уровне дистального межфалангового сочленения — интраартикулярное шинирование спицей Киршнера [7, 11], а также аппарат внешней фиксации [6]. При закрытых застарелых повреждениях предлагают использование регенерата в виде дубликатуры, различные виды тендопластики [3, 8] или мышечно-сухожильные транспозиции [4]. Существующая классификация повреждений разгибателей [2, 4] не регламентирует методы лечения. Поэтому мы считаем весьма актуальным определение вида необходимых оперативных пособий в зависимости от сроков и характера травмы, а также от уровня повреждений разгибателей пальцев кисти.

С этой целью мы проанализировали истории болезни 134 больных с повреждениями разгибателей пальцев кисти, при лечении которых были применены современные методы их восстановления. Эти больные прошли лечение в отделении хирургии кисти за последние 10 лет. При изучении материала мы использовали классификацию Б. Бойчева, Я. Холевича [2], согласно которой повреждения разгибателей разделены на четыре зоны. В каждой зоне повреждения могут быть открытыми или закрытыми. К I зоне относится уровень дистального межфалангового сустава, ко II — уровень проксимального межфалангового сустава, к III — уровень пястно-фалангового сустава, к IV — уровень кисти и лучезапястного сустава, а также нижняя треть предплечья.

Изучение клинического материала по уровням повреждения позволило нам внести уточнения в эту классификацию путем детализации границы между III и

IV зонами повреждения. III зона, охватывая область пястно-фалангового сустава, должна проходить строго в нижней трети тыльной поверхности кисти на уровне (и не выше этого уровня!) межсухожильных перемычек. Это уточнение верхней границы III зоны имеет существенное практическое значение, потому что в III зоне концы поврежденных разгибателей анатомически не расходятся, а в IV зоне наоборот — за счет сокращения сухожильных мышц отходят проксимально на значительное расстояние. Поэтому лечебная тактика в указанных зонах весьма различна. Например, в III зоне возможны в зависимости от сроков травмы первичные и вторичные швы, а в IV зоне при застарелых повреждениях требуется тендопластика или транспозиция.

В обследованной группе было 110 мужчин и 24 женщины. Правостороннее повреждение обнаружилось у 63 больных, левостороннее — у 71, причем на I пальце — в 20,1% случаев, на III — в 15,6%, на V — в 8,9%. Из множественных травм чаще повреждались одновременно разгибатели II—V (8,9%) пальцев, сравнительно реже — II—IV (7,5%), III—V (5,9%), I—V (3,7%), IV—V (1,5%). Частота повреждений по зонам была следующей: в I зоне — 12,6%, во II — 20,8%, в III — 9%, в IV — 57,6%, то есть повреждение чаще локализовалось в IV и II зонах.

В I зоне при свежих закрытых повреждениях разгибателя пальцев кисти (в 1,5% случаев) применяли либо гипс, либо трансартикулярную фиксацию ногтевой фаланги спицей сроком на 4—6 недель. Причем гипс использовали до 3—4 дней после закрытой травмы, а спицевую фиксацию — на более поздних сроках. При закрытых застарелых повреждениях в I зоне применяли открытое "набаривание" регенерата. Для этого регенерат между концами сухожилия мобилизовывали, далее погружным 8-образным швом стягивали (набаривали) его до нормальной физиологической длины. Затем осуществляли трансарти-

кулярную фиксацию ногтевой фаланги спицей в положении гиперэкстензии сроком на 6—8 недель. Всего таких оперативных пособий было выполнено в 11,5% случаев.

Во II зоне при свежих повреждениях (открытых и закрытых) погружной сухожильный шов с одновременной трансартикулярной фиксацией проксимального межфалангового сустава в положении разгибания был наложен в 2,9% случаев. При застарелых повреждениях "набаривание" регенерата осуществляли в 7,5% случаев, пластику дефекта свободным трансплантатом с одновременной трансартикулярной фиксацией сустава в положении разгибания — в 10,4%.

В III зоне в свежих случаях был наложен первичный сухожильный шов (3,7%), при застарелых — вторичный шов (1,5%), набаривание регенерата и иммобилизация гипсовой повязкой на 3—4 недели (3,8%).

В IV зоне в свежих случаях были применены первичные сухожильные швы (1,2%), при застарелых повреждениях, но при отсутствии необратимой ретракции мышц сухожилий разгибателей — вторичные швы (14,3%). При дефектах разгибателей более 3—5 см осуществляли так называемую "мостовидную" аутоотендопластику, то есть дефект замещали за счет свободного аутоотрансплантата (20,9%). При застарелых повреждениях разгибателей I—II пальцев, когда требуется полноценное восстановление их разгибательной функции, эффективно переключение дистального конца разгибателя на собственный разгибатель II пальца, на длинный или короткий лучевой разгибатель кисти, то есть на новую двигательную мышцу (5,2%).

Таким образом, анализ клинического материала свидетельствует о том, что для I зоны повреждения наиболее адекватным лечебным пособием является внутреннее шинирование, набаривание регенерата, для II — погружные сухожильные швы с временной (до 3 нед) до сращения сшитых концов поврежденных сухожилий фиксацией сустава спицей. Наиболее благоприятна в плане восстановления III зона. В этой зоне следует использовать первичные, вторичные сухожильные швы с ладонной гипсовой повязкой до сращения сухожилий. В IV зоне при отсутствии дефекта между концами сухожилий применимы также первичные или вторичные сухожильные

швы, при дефекте более 3—5 см — свободная мостовидная пластика аутоотрансплантатом. При застарелых повреждениях разгибателей I—II пальцев, когда дефект составляет более 5 см, целесообразна транспозиция, то есть переключение дистального конца разгибателя на новую двигательную мышцу.

Итак, к настоящему времени выработан определенный стереотип методов лечения повреждений разгибателей пальцев кисти с учетом характера, сроков травмы и уровня повреждений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бочайковская Ж.А. // Ортопед., травматол. — 1971. — № 4. — С. 15—17.
2. Бойчев Б., Холдевич Я. Хирургия кисти и пальцев. — София, 1971.
3. Бирюков О.М. // Вестн. хир. им. Грекова. — 1981. — № 2. — С. 96—100.
4. Волкова А.М. Хирургия кисти. — Екатеринбург, 1991, т. 1.
5. Губов Ю.П. // Хирургия. — 1986. — № 7. — С. 18—21.
6. Голобородько С.А. // Ортопед., травматол. — 1991. — № 6. — С. 33—35.
7. Колонтай Ю.Ю., Панченко М.К., Андрусон М.В. Открытые повреждения кисти. — Киев, 1983.
8. Розов В.И. Повреждения сухожилий кисти и пальцев и их лечение. — М., 1952.
9. Рослова Э.П., Львов С.В. // Ортопед., травматол. — 1988. — № 8. — С. 1417.
10. Харитонов Р.Д. Повреждение сухожилий разгибателей пальцев и кисти и их лечение: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Л., 1968.
11. Шузаров Н.А., Лапин В.В. // Ортопед., травматол. — 1987. — № 6. — С. 46—47.

Поступила 17.01.98.

TREATMENT OF INJURIES OF HAND FINGER EXTENSORS

G.G. Nettov, R.D. Safin

Summary

The nature of operative and treatment methods depending on the terms of trauma and injury levels in 134 patients with injuries of hand finger extensors is established. The treatment method stereotype of injuries of hand finger extensors is developed. The internal splinting is typical and the most adequate treatment method for the 1st injury zone; the buried tendon sutures with temporal (to three weeks) fixation of the joint by the wire to accretion of the sutured ends of the injured tendons are typical for the 2d zone; the primary and secondary tendon sutures with the palmar plaster bandage to accretion of tendons are typical for the 3d zone, the most favourable zone for recovery; the primary or secondary tendon sutures with the absence of defect between tendon ends are typical for the 4th zone, and with defect more than 3—5 cm the free bridge-like plasty by autotransplant is typical. In chronic injuries of one — two finger extensors when defect is more than 5 cm the transposition is advisable, that is switching the distal extensor end over to the new motor muscle.