

А. А. Лапусто, З. Р. Амисулашвили, П. И. Беспальчук
**РЕИНСЕРЦИЯ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ
 ПРИ ИХ ПОВРЕЖДЕНИИ**

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Изучен опыт применения реинсерции сухожилий сгибателей пальцев кисти у 28 пациентов при повреждении в 1 зоне. Оценены результаты хирургических вмешательств. Во всех случаях достигнуты положительные исходы.

Ключевые слова: повреждение сухожилий, реинсерция сухожилий.

A. A. Lapusto, Z. R. Amisulashvili, P. I. Bepalchuk

A FLEXOR TENDONS REINSERTION AT CASES OF THEIR RUPTURES

Studied the experience of hand flexor tendons reinsertions in 28 patients with ruptures in the I zone. Evaluated the results of surgery. In all cases, achieved positive outcomes.

Key words: tendon rupture, tendon reinsertion.

Несмотря на многочисленные достижения современной медицины и, в частности, травматологии-ортопедии, проблема восстановления поврежденных сухожилий сгибателей пальцев кисти остается до настоящего времени нерешенной. Продолжаются разработки способов оптимальных сухожильных швов, методик тендопластических вмешательств и других операций, направленных на полноценное восстановление функции пострадавших пальцев.

Наибольшее количество неудовлетворительных исходов реконструкции поврежденных сухожилий наблюдается при нарушении их целостности на уровне фаланг пальцев, особенно в зонах, где имеются синовиальные влагалища. Такие зоны более ста лет тому назад были названы «немыми зонами» или «ничейной землей» (2). Даже самый инертный шовный материал, соединяющий концы поврежденных в этих зонах сухожилий, усиливает спаечные процессы, ухудшающие функцию оперированных пальцев (3).

Одной из разновидностей хирургических вмешательств, предполагающих удаление в послеоперационном периоде шовного материала, ранее

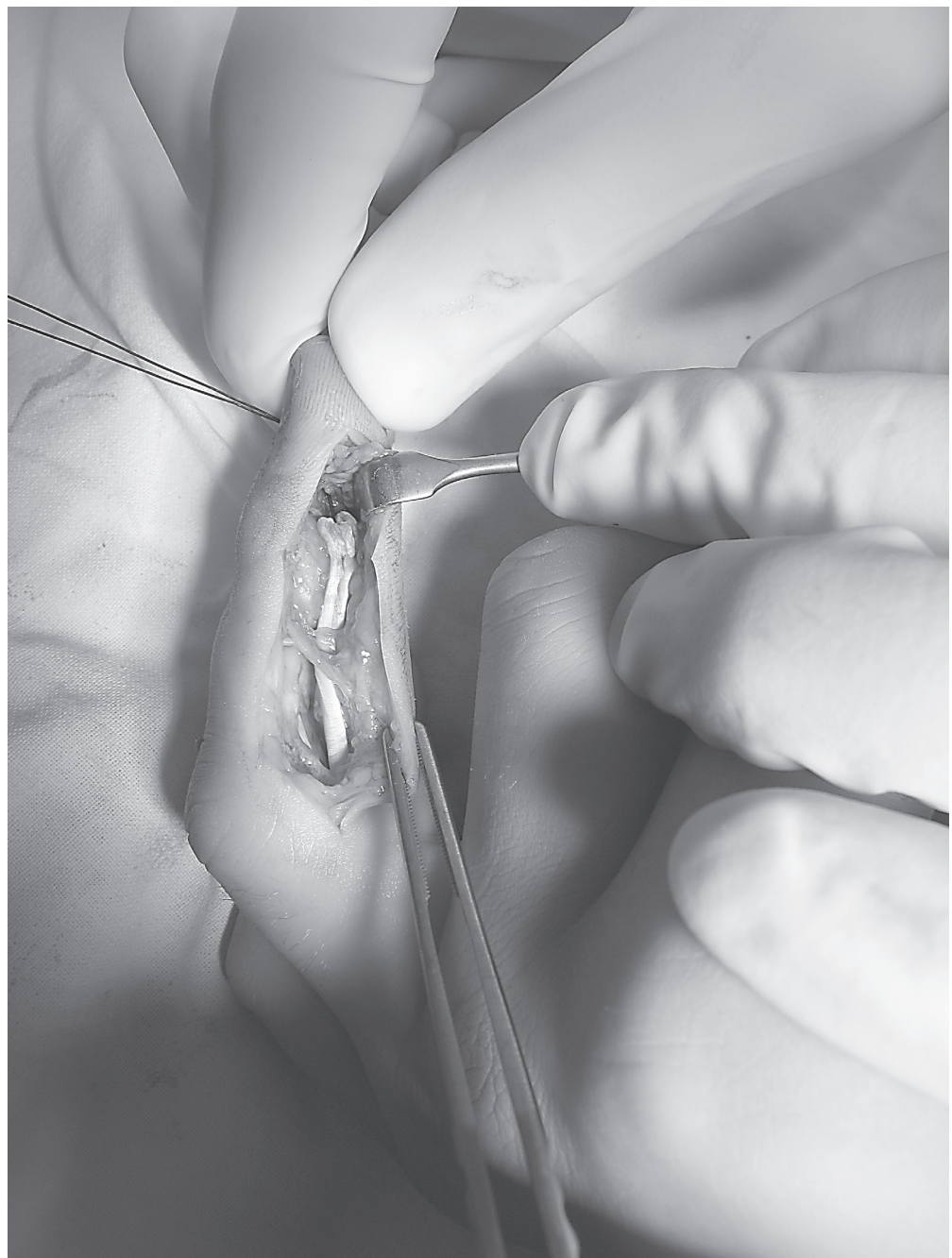


Рис. 1 – сухожилие прошито нитью.

Обмен опытом

располагавшегося лишь в самом дистальном участке синовиального влагалища, является реинсерция сухожилий, представляющая предмет данного сообщения.

Изучение опыта применения реинсерции сухожилий глубоких сгибателей II–V и длинного сгибателя I пальцев при их повреждении на дистальном уровне – цель настоящего исследования.

Под нашим наблюдением находилось 28 пациентов, которым в республиканском центре хирургии кисти в течение последних трех лет была выполнена реинсерция сухожилий сгибателей пальцев при их повреждении на дистальном уровне, т. е. в I зоне, выделенной хирургами кисти, где происходит 8–14 % таких травм (1).

Возраст больных был от 18 до 63 лет. Правая кисть повреждена в 12 случаях, левая – в 16. В 6 наблюдениях имели место свежие подкожные отрывы сухожилий глубоких сгибателей III (2 наблюдения), IV (3 наблюдения), V (одно наблюдение) пальцев от места крепления их на основании волярной поверхности ногтевой фаланг, называемой точкой инсерции (4).

У 22 больных были диагностированы свежие открытые ранения сухожилий сгибателей в I зоне, в том числе в 5 случаях повреждено сухожилие длинного сгибателя пальца, в 8 – сухожилие глубокого сгибателя II, в 4 – III, в 3 – IV и в 2 – V пальцев. У всех пациентов

сухожилия были повреждены недалеко от мест их инсерции: длина периферического сухожильного фрагмента была менее 1 см.

Оперативные вмешательства были выполнены под проводниковой анестезией в условиях обескровливания конечности путем наложения пневматического жгута в верхней трети предплечья или средней трети плеча. При подкожных отрывах сухожилий сгибателей доступ к последним и месту инсерции сухожилия осуществлялся по нейтральной линии пальца.

В случаях открытых ранений сухожилий последние выделялись путем Z-образного рассечения раны или также по боковой нейтральной линии поврежденного пальца. Оторванный конец сухожилия или дистальную часть проксимального фрагмента прошивали монофильной нерассасывающейся нитью, концы которой выводились в просвет сухожилия. В случаях открытых ранений иссекали периферический фрагмент поврежденного сухожилия, оставляя его дистальный участок в виде «козырька».

Острым копьевидным шилом перфорировали ногтевую фалангу в месте инсерции сухожилия и ногтевую пластинку, на неё выводили концы нити, которой был прошит центральный фрагмент (или оторванный от кости участок) сухожилия (рис. 1). Последнее подтягивали к месту инсерции (рис. 2), фиксируя трансфалангеально-чрезногтевым швом на фрагменте резиновой тру-



Рис. 2 – сухожилие подведено к месту инсерции.



Рис. 3 – заключительный этап операции.

бочки, которую располагали на ногтевой пластинке (рис. 3). Осуществив гемостаз, ушивали рану, накладывали асептическую повязку и гипсовую шину.

В послеоперационном периоде по мере необходимости производили перевязки. Через 2 недели после операции снимали швы, через 3 – гипсовую шину и разрешали больному выполнять пассивные движения в суставах пальца. Через 6 недель с момента оперативного вмешательства удаляли съёмный трансфалангеально-чрезногтевой шов и проводили курс восстановительного лечения: ЛФК, ФТЛ.

Результаты выполненных хирургических вмешательств – реинсерции сухожилий сгибателей – были оценены спустя 6 месяцев и более после операции. К этому времени происходила полная замена перфорированной ногтевой пластинки, становился мягким послеоперационный рубец.

Исходы выполненных реконструкций поврежденных сухожилий расценены как отличные у 23 пациентов: наступило полноценное восстановление функции оперированного пальца (в эту группу вошли все больные с подкожными отрывами сухожилий); хорошие – в 4 случаях: развилась контрактура дистального межфалангового сустава, ограничивающая полноценное разгибание ногтевой фаланги; у одного пациента ногтевая фаланга была фиксирована на V пальце в функционально-выгодном положении – результат при-

знан удовлетворительным: больной не был ограничен в профессиональной деятельности.

Выводы

1. Реинсерция сухожилий сгибателей пальцев кисти является методом выбора для восстановления их целостности при повреждениях в I зоне.

2. При свежих подкожных отрывах сухожилий сгибателей пальцев кисти применение исследованного метода восстановления целостности сухожилий приводит к полноценному восстановлению функции оперированного пальца.

3. Преимуществом данного способа реконструктивного вмешательства является наименьшая степень травматизации синовиального влагалища сухожилия наряду с отсутствием в окружающих тканях какого-либо инородного материала, приводящего к возникновению спаечного процесса в послеоперационном периоде, ухудшающего функциональные результаты лечения.

Литература

1. Волкова, А. М. Хирургия кисти / А. М. Волкова. Екатеринбург: Сред.Урал. кн. изд-во, 1991. С. 114–133.
2. Кош, Р. Хирургия кисти / Р. Кош. Будапешт: Акад. Наук Венгрии, 1966. С. 147–178.
3. Bunnell, S. Surgery of the Hand / S. Bunnell. J. B. Lippincott Company. P. 277–349.
4. Hoppenfeld, S. Orthopaedic Dictionary / S. Hoppenfeld, M. S. Zeide. J. B. Lippincott Company. P. 177.

Поступила 2.03.2012 г.