

Острая ишемия пальцев стопы у младенцев
Белорусский государственный медицинский университет

Дано описание клинической картины и врачебной тактики при острой ишемии пальцев стопы у младенцев вследствие турникетного синдрома.

Ключевые слова: ишемия, палец, турникетный синдром, младенец.

Острая ишемия пальцев вследствие турникетного синдрома является неотложной патологией [1]. Однако, несмотря на характерную клиническую картину и необходимость экстренной ликвидации странгуляции, правильный диагноз далеко не всегда ставится правильно, что обусловлено недостаточной осведомленностью врачей о данной патологии [2, 3, 8].

Автор имеет 3 наблюдения турникетного синдрома, обусловившего развитие острой ишемии пальцев стопы у младенцев, среди которых было 2 мальчика и 1 девочка в возрасте 2, 4 и 6 мес. У двух младенцев в процесс был вовлечен 2-й палец правой стопы, у одного - 2-й и 3-й пальцы левой стопы. Во всех случаях причиной турникетного синдрома были волосы, обернувшиеся вокруг пальцев и обусловивших развитие ишемических расстройств. Странгуляцию ликвидировали, удаляя волос, а при невозможности - путем рассечения зоны странгуляции и последующего удаления волоса. Каких-либо осложнений в последующем не выявлено. Приводим наблюдение.

Родители девочки В. 4 мес, обратились, заметив во время купания ребенка покраснение и припухлость 2 и 3 пальцев левой стопы. В течение суток ребенок беспокоен. Температура тела нормальная. Исследование младенца клинических признаков системного воспалительного процесса не выявило. 2 палец правой стопы гиперемирован, отечен. Дистальный отдел пальца инфильтрирован, синюшного цвета. Ниже проксимального межфалангового сустава обнаружена малозаметная циркулярная борозда с расщеплением кожи на подошвенной поверхности пальца. Аналогичные изменения, но менее выраженные обнаружены на 3 пальце левой стопы. Осмотр под увеличением позволил обнаружить на 3 пальце в расщелине кожи кончик волоса, который был обернут вокруг пальца на 540°. Пинцетом волос удален. Тщательный осмотр 2 пальца не позволил выявить причины, обусловившей развитие странгуляции. С целью избегания дальнейшего развития ишемических расстройств пальца под наркозом произведен короткий продольный срединный разрез по дорзальной поверхности 2 пальца до костной фаланги над зоной странгуляции, вне локализации сухожилий разгибателя пальцев. Глубоко в мягких тканях обнаружен волос, обернутый вокруг пальца на 720°. Волос удален. Рана не ушивалась. Мазевая повязка. Диагноз: турникетный синдром 2 и 3 пальцев правой стопы. В послеоперационном периоде коротким курсом назначена антибактериальная терапия. Отек, инфильтрация, гиперемия пальцев ликвидировались в течение нескольких суток. Заживление раны. При осмотре ребенка через 5 лет каких-либо осложнений не выявлено.

Описания в литературе турникетного синдрома встречаются редко. Данная патология чаще наблюдается у детей раннего возраста, однако имеются описания и у взрослых, преимущественно психически больных [1, 2, 8]. Обычно

причиной странгуляции являются волосы и нитки. Чаще в процесс вовлекаются выступающие участки тела - пальцы стопы и кисти. Имеются сообщения о странгуляции наружного полового члена, клитора, язычка мягкого неба [5, 6]. При отсутствии адекватного лечения турникетный синдром приводит к ишемии, результатом которой может быть некроз и самоампутация ущемленных тканей. Ряд авторов связывают развитие у младенцев турникетного синдрома с повышенным выпадением волос у женщин после родов, пик которого приходится на первые 4 мес после рождения ребенка и близким контактом в этот период матери с младенцем [7]. Имеются указания на проводимую ранее химиотерапию матерей, которая в ряде случаев может обуславливать повышенное выпадение волос [4]. В качестве способствующих факторов развития турникетного синдрома у детей раннего возраста указывают на использование рукавичек, носочков, часто стираного белья, когда повышается вероятность разволокнения ткани. В последние годы появилась рекомендация - рассматривать каждый случай турникетного синдрома у ребенка как факт жестокого обращения, если не будет доказана иная причина [1, 2, 8]. Дифференциальный диагноз турникетного синдрома включает различные формы панариция. Отмечается сходство клинической картины со спонтанной ампутацией пальцев (dactylolysis spontanea) наблюдающейся среди некоторых народностей Африки [2]. При исследовании необходим тщательный осмотр под увеличением пораженного пальца ребенка с целью выявления странгуляционной борозды, которую не всегда удастся легко обнаружить при глубоком врезании волоса или нити и эпителизация поверхности раневого канала. В случаях, когда невозможно удаление волоса или нити пинцетом, их рассекают ножницами. Облегчает удаление волоса или нити обработка депиляторным кремом, приводящая к уменьшению прочности сдавливающих агентов. При невозможности удаления волоса (нити) под визуальным контролем целесообразно выполнение короткого продольного разреза над инфильтрованными тканями в зоне ущемления по дорзальной поверхности пальца до костной фаланги, что гарантирует ликвидацию странгуляции и развитие тяжелых последствий турникетного синдрома. Во всех случаях появления инфильтрации, гиперемии либо синюшности пальца (ев) у младенцев должна быть настороженность в отношении вероятности турникетного синдрома с обязательной консультацией хирурга.

Литература

1. Barton, D.J., Sloan, G.M., Nichter, L.S., Renisch, J.F. Hair-thread tourniquet syndrome // Pediatrics. 1988. Vol. 82. P. 925-928.
2. Harris, E.J. Acute digital ischemia in infants: the hair-thread tourniquet syndrome // J. Foot Ankle Surg. 2002. Vol. 41. P. 112-116.
3. Hussein, A.M. Chemotherapy-induced alopecia: a new developments // South. Med. J. 1993. Vol. 86. P. 489-496.
4. Press, S., Schachner, L., Paul, P. Clitoris tourniquet syndrome // Pediatrics. 1980. Vol. 66. P. 781-782.
5. Sahn, D.J. Penis tourniquet syndrome // Pediatrics. 1971. Vol. 48. P. 675.

6. Strahlman, R.S. Toe tourniquet syndrome in association with maternal hair loss // Pediatrics. 2003. Vol. 111. P. 685-687.
7. Sunil, T.M. The hair-thread-tourniquet syndrome: report of unusual presentation of this rare condition // Hand Surg. 2001. Vol. 6. P. 231-233.