

*А.П. Беспальчук, А.Д. Титова*

## **Аномалия Линбурга - Комстока**

*Кафедра травматологии и ортопедии БГМУ,*

*Минский городской клинический центр травматологии и ортопедии*

В современной литературе описано достаточно большое количество разнообразных аномалий развития длинного сгибателя первого пальца кисти. Так, Louis D. и Graham T. отмечают, что при гипоплазии первого пальца, сопровождающейся недоразвитием мышц тенара, в большинстве случаев претерпевает патологические изменения данное сухожилие (различные атипичные уровни его инсерции, удвоение, сращение с длинным разгибателем первого, сухожилием поверхностного сгибателя III пальцев и т.д) [3]. Thomas C. и Mathivanan T. констатировали случай отсутствия этого сухожилия даже при нормальном развитии всех остальных составляющих первого пальца [5].

Наличие же аномального сухожильного соединения (по типу “перемычки”) между длинным сгибателем первого пальца, а также глубоким сгибателем II пальца на уровне дистальной трети предплечья впервые описали Linburg RM и Comstock BE в 1979 году [1]. Клиническое проявление этой аномалии заключается в непроизвольном сгибании второго пальца, при активном сгибании первого пальца кисти. У ряда пациентов данную патологию впервые диагностировали во время их обследования по поводу возникновения болевого синдрома в области нижней трети предплечья с наличием либо отсутствием признаков синдрома карпального канала [2, 4].

Консервативное лечение было применено Lombardi R.M. et al. в 17 случаях. Оно заключалось в введении стероидных препаратов в синовиальную оболочку сухожилия длинного сгибателя и оказалось неэффективным [2].

При оперативном же лечении хирурги использовали довольно обширные доступы в связи с тем, что сухожильная “перемычка” была локализована на различных уровнях в нижней трети предплечья [1, 2].

Данная патология в отделении хирургии кисти 6-й ГКБ г.Минска была впервые выявлена в 2006 году у профессионального пианиста в возрасте 21 года, который обратился к врачам с жалобами на появление непривычной усталости в правой кисти после длительной игры на фортепиано, а также на отсутствие возможности при игре брать некоторые сложные аккорды из-за одномоментного непроизвольного сгибания первого и второго пальцев кисти. При обследовании пациента выявили наличие синхронного сгибания ногтевой и средней фаланг разогнутого второго пальца при активном сгибании первого пальца (рис. 1). Клинический диагноз был подтверждён данными МРТ (рис. 2). После оперативного вмешательства, заключающегося в иссечении добавочной сухожильной “перемычки” (из небольшого поперечного разреза) на уровне нижней трети правого предплечья, соединяющей длинный сгибатель первого, а также глубокий сгибатель II пальцев (рис. 3), был констатирован отличный результат лечения. Сразу после операции пациент смог осуществлять изолированные движения первым и вторым пальцами (рис. 4). Спустя 3 недели он отметил повышение резистентности оперированной кисти к физическим нагрузкам, связанным с игрой на фортепиано, а также появление возможности

выполнять сложные технические приемы при игре, которые ранее нельзя было реализовать в связи с клиническими проявлениями патологии.



Рис. 1 Функциональное проявление аномалии Линбурга-Комстока: непроизвольное сгибание в межфаланговых суставах II пальца при активном сгибании первого пальца



Рис. 2 МРТ кисти, предплечья (стрелкой указана сухожильная “перемычка”)



Рис. 3 Этап хирургического вмешательства: выделение межсухожильного коннекса



Рис. 4 Результат операции: появление возможности совершения изолированных активных движений первым пальцем

На кафедре травматологии и ортопедии Бел-госмедуниверситета было обследовано 100 человек в возрасте от 16 до 72 лет на предмет наличия у них аномалии Линбурга-Комстока (женщин – 63, мужчин – 37). Целью исследования явилось определение частоты встречаемости симптома, присущего данному патологическому состоянию, а также функциональных ограничений кисти в случае его наличия. Среди обследуемых были представители различных

специальностей, в том числе 40 студентов, обучающихся в консерватории профессиональной игре на различных музыкальных инструментах.

Аномалию Лимбурга-Комстока мы выявили у 16 (16%) человек. При этом со стороны правой кисти в 13, левой – в 9 наблюдениях. Двухстороннюю аномалию сгибателей констатировали у 6 исследуемых. В одном случае обнаружения описываемой патологии у музыканта осматриваемый отмечал дискомфорт при игре на флейте, связанный с появлением произвольных синхронных движений первого и второго пальцев правой кисти.

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы: 1) как правило, люди даже не подозревают о наличии у них вышеописанной аномалии сухожилий, до проведения обследования кисти; 2) ограничение функциональной активности кисти, в частности у музыкантов, может быть вызвано наличием сухожильной “перемычки” между длинным сгибателем первого и глубоким сгибателем II пальцев, таким образом, при определённых жалобах пациентов необходимо обследовать на предмет существования вышеописанной аномалии сухожилий; 3) МРТ мягких тканей предплечья, кисти позволяет достоверно установить диагноз аномалии Лимбурга-Комстока, а также снизить травматичность оперативного вмешательства за счет использования рациональных предварительно запланированных доступов.

#### Литература

1. Linburg, R. M., Comstock, B. E. Anomalous tendon slips from the flexor pollicis longus to the flexor digitorum profundus // *Journal of Hand Surgery*. 1979. V.4A, № 1. P. 79 – 83.
2. Lombardi, R. M., Wood, M. B., Linscheid, R. L. Symptomatic restrictive thumb-index flexor tenosynovitis: incidence of musculotendinous anomalies and results of treatment // *Journal of Hand Surgery*. 1988. V.13, № 3. P. 325 – 328.
3. Louis, D., Graham, T. Management of type III-A thumb hypoplasia // 7th congress of the international federation of societies for surgery of the hand (IFSSH). 1998. P. 215 – 219.
4. Slater, R. R. Flexor tendon anomalies in a patient with carpal tunnel syndrome // *Canadian Journal of Surgery*. 1998. V.44, № 4. P. 306 – 308.
5. Thomas, C., Mathivanan, T. Congenital absence of flexor pollicis longus without hypoplasia of the thenar muscles // *Journal of Hand Surgery*. 1999. V.24B, № 3. P. 385 – 386.