

## ИЗ ПРАКТИЧЕСКОГО ОПЫТА

© А.С. Золотов, 1998

А.С. Золотов

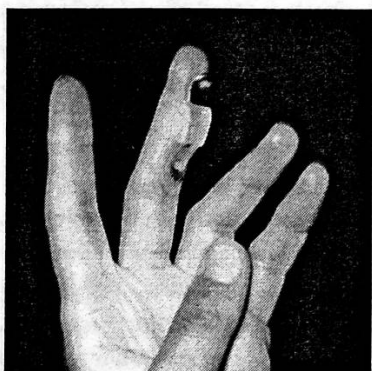
### НАША МОДИФИКАЦИЯ ШИНЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЙ РАЗГИБАТЕЛЯ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ НА УРОВНЕ ДИСТАЛЬНОГО МЕЖФАЛАНГОВОГО СУСТАВА

Городская больница, Спасск-Дальний Приморского края

Для лечения повреждений сухожилия разгибателя пальца кисти на уровне дистального межфалангового сустава — так называемого «молоткообразного пальца» предложено большое число методов. Это применение различных гипсовых повязок, металлических и пластмассовых шин, шов сухожилий, трансартикулярная фиксация спицами Киршнера и т.д. Между тем получить хороший результат лечения этой небольшой травмы не так просто. Испробовав за многие годы различные способы лечения «молоткообразного пальца», мы остановили свой выбор на методике фиксации дистального межфалангового сустава с помощью ладонной бесподкладочной вогнутой алюминиевой шины [11, 12].

**Материал и методы.** За период с апреля 1996 г. по апрель 1997 г. проведено лечение 18 пациентов с диагнозом: повреждение сухожилия разгибателя пальца на уровне дистального межфалангового сустава. Возраст больных — от 12 до 45 лет. В первые 10 дней после травмы обратились за помощью 12 человек, с 10-го по 21-й день — 4, через 1 и 1,5 мес — по одному больному. Всем пациентам проводилась рентгенография поврежденного пальца. У одного пострадавшего выявлен отрыв небольшого костного фрагмента от основания дистальной фаланги. Во всех случаях в день обращения на поврежденный палец накладывалась ладонная бесподкладочная вогнутая алюминиевая шина.

К сожалению, в нашей стране нет серийно выпускаемых шин для иммобилизации пальцев



Ладонная бесподкладочная вогнутая металлическая шина на поврежденном пальце.



кисти. Мы изготавливаем их из алюминиевой пластины толщиной 1,5 мм. Обычными ножницами вырезается полоса длиной 3–4 см — в зависимости от размеров пальца пострадавшего. Края шины заглаживаются надфилем. Очень важно правильно изогнуть шину. С помощью круглогубцев или обычных пассатижей делается один изгиб в центре пластины и два по ее краям — в противоположном по отношению к центральному изгибу направлении. Удобно моделировать шину с помощью прессы для изгибания динамических компрессирующих пластин системы АО. В этом случае вогнутости получаются аккуратными, правильной геометрической формы. Шины можно делать из пластинок школьного конструктора (выбирают пластинки с 3–4 отверстиями).

Ногтевую фалангу пальца разгибают, шину укладывают по его ладонной поверхности таким образом, чтобы вогнутая часть ее располагалась над суставом, а выпуклые упирались в среднюю и дистальную фаланги. Полоской липкого пластыря шириной 1,5 см шину крепят к пальцу на уровне центрального изгиба (см. рисунок). Проксимальный межфаланговый сустав остается свободным. Не надо стремиться полностью разогнуть палец в первый же день — это может привести к ишемическим расстройствам на тыле пальца. В существовании такой опасности можно легко убедиться на собственном пальце: если переразогнуть ногтевую фалангу, на коже пальца над дистальным межфаланговым суставом появляется бледное пятно [10].

Больного осматривают на следующий день, а затем раз в неделю. Врач следит, чтобы повязка не сдавливала палец. Шина не должна вызывать боли [11]. В конце недели уже нет серьезной опасности ишемических расстройств, и сустав может быть полностью разогнут. На 3-й неделе можно добиться положения легкой гиперкоррекции дистальной фаланги в шине. Для профилактики мацерации 2–3 раза в неделю шину снимают, производят туалет кожи, меняют пластырь. Во время смены повязки пациент самостоятельно (здоровой рукой) или с посторонней помощью удерживает палец в положении переразгибания ногтевой фаланги. Постоянная иммобилизация продолжается в течение 6 нед. Затем еще 2 нед шина используется только ночью, а также во время выполнения тяжелой работы и при

управлении автомобилем [12]. После прекращения иммобилизации рекомендуются осторожные активные движения дистальной фалангой. Помощь инструктора по лечебной физкультуре, как правило, не требуется. Движения восстанавливаются самостоятельно в процессе выполнения повседневной работы. Если профессия пострадавшего не связана с физическим трудом, освобождения от работы не требуется либо больничный лист выдается только на время адаптации к шине (5–7 дней). Лица физического труда освобождаются от работы до полного выздоровления. Правда, 2 из наших пациентов (один по профессии водитель, другой — медтехник) вышли на работу раньше времени с наложенной шиной. Одна больная самовольно сняла шину через 3 нед после начала лечения. В тот же день у нее возник рецидив деформации, шина была наложена вновь на 6 нед.

**Результаты.** Результаты лечения прослежены в сроки от 3 мес до 1 года у 14 больных. У 11 из них функция поврежденного пальца восстановилась полностью. Из этих больных 9 обратились за помощью в срок до 10 дней после травмы, 2 — до 21 дня. У одного больного со свежим повреждением и у одного с застарелым (1 мес) имелся дефицит разгибания дистальной фаланги в  $10^\circ$ . У больного с давностью повреждения 1,5 мес дефицит разгибания составил  $15^\circ$ . Несмотря на неполное устранение деформации, пациенты результатом лечения были довольны.

**Обсуждение.** При свежих закрытых повреждениях сухожилий разгибателей на уровне дистального межфалангового сустава большинство ортопедов признают ведущим консервативный метод лечения [1–12]. Предлагаемые рядом авторов [5, 8, 11] различные гипсовые повязки в настоящее время не рекомендуются из-за их неэффективности. Металлическая шина Розова [7] не обеспечивает полного разгибания дистальной фаланги, поэтому полностью восстановить функцию пальца с ее помощью весьма трудно. Импровизированная шина с пелотом на тыле пальца [3, 8] позволяет переразогнуть ногтевую фалангу. Однако давление пелота на мягкие ткани может вызвать некроз кожи на тыле пальца. Такое осложнение мы получили у одной нашей пациентки. Лечение раны затянулось на несколько недель, вопрос о функции пальца отошел на второй план.

Трансартрикулярная фиксация пальца с помощью спицы Киршнера — довольно надежный метод, и многие хирурги широко применяют его. Ряд авторов рекомендуют фиксировать оба межфаланговых сустава. Однако такая фиксация часто (особенно у пожилых людей) приводит к тугоподвижности в проксимальном межфаланговом суставе, и поэтому подавляющее большинство современных ортопедов предпочитают фиксировать только дистальный межфаланговый сустав. Обладая высокой эффективностью, трансартрикуляр-

ная фиксация вместе с тем сопряжена с определенной опасностью воспаления тканей по ходу спицы. Раньше мы часто использовали этот метод, но, получив в 2 случаях остеомиелит пальцев, стали применять его крайне редко.

Еще один важный вопрос: эффективно ли консервативное лечение, начатое не сразу после травмы, а спустя некоторое время? Многие хирурги [1, 3, 4] считают, что консервативное лечение должно проводиться в первые 10 дней. R. Tubiana [цит. 12] отмечает, что вероятность неудачи увеличивается после 10-го дня с момента травмы, однако ему удалось добиться хороших результатов при лечении больных, у которых дистальный межфаланговый сустав впервые был иммобилизован только через 6 мес. Аналогичные результаты получены J.R. Doyel [10]. По мнению D.P. Green [11], повреждения давностью 3–4 нед следует лечить так же, как и свежие. Через 2–3 мес после травмы с помощью консервативной терапии можно значительно улучшить функцию пальца. Нам удалось получить благоприятный результат, начав лечение спустя 10 дней, 3 нед, 1 и 1,5 мес после травмы. В связи с этим интересно мнение McFarlane и Hampole [цит. 10], которые полагали, что неудачи больше зависят от недисциплинированности пациента и неадекватной фиксации.

Таким образом, иммобилизация дистального межфалангового сустава с помощью ладонной бесподкладочной вогнутой металлической шины является простым, безопасным, доступным для любого хирурга и достаточно эффективным способом лечения «молоткообразного пальца».

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бойчев Б., Божков Вл., Матев Ив. и др. Хирургия кисти и пальцев. — София, 1971. — С. 71–75.
2. Волкова А.М. Хирургия кисти. — Екатеринбург, 1991. — Том 1. — С. 91–95.
3. Гришин И.Г., Азолов В.В., Водянов Н.М. Лечение повреждений кисти на этапах медицинской эвакуации. — М., 1985. — С. 62–63.
4. Диваков М.Г. Повреждения кисти и их лечение. — Витебск, 1994. — С. 63–65.
5. Каплан А.В. Повреждения костей и суставов. — М., 1979. — С. 317–319.
6. Коршунов В.Ф., Москвин А.Д., Магдиев Д.А. //Ортопед. травматол. — 1988. — N 8. — С. 12–14.
7. Розов В.И. Повреждение сухожилий кисти и пальцев и их лечение. — М., 1952. — С. 58–63.
8. Усольцева Е.В., Машкара К.И. Хирургия заболеваний и повреждений кисти. — Л., 1986. — С. 196–198.
9. Blair W.F., Steyers C.M. //Orthop. Clin. North Am. — 1992. — Vol. 23, N 1. — P. 145–146.
10. Doyel J.R. //Operative hand surgery /Ed. D.P. Green. — New York, 1993. — P. 1933–1938.
11. Green D.P., Rowland S.A. //Rockwood and Green's Fractures. — Lippincott Comp. — 1991. — P. 447–452.
12. Lovett W.L., McCalla M.A. //Orthop. Clin. North Am. — 1983. — Vol. 14, N 4. — P. 811–815.