

4. Dimeglio A., Bensahel H., Souchet P. Classification of clubfoot //J. Pediatr. Orthop. — 1995. — Vol. 4B. — P. 129–136.
5. Ippolito E., Farsetti P., Caterini R., Tudisco C. Long-term comparative results in patients with congenital

clubfoot treated with two different protocols //J. Bone Jt Surg. (Am.). — 2003. — Vol. 85. — P. 1286–1294.

6. Ponseti I.V., Zhivkov M., Davis N. et al. Treatment of the complex idiopathic clubfoot //Clin. Orthop. Relat. Res. — 2006. — Vol. 451. — P. 171–176.

Сведения об авторах: Кобзева М.Э. — аспирант научно-поликлинического отделения; Михайлова Л.К. — профессор, доктор мед. наук, консультант научно-поликлинического отделения; Леванова И.В. — канд. мед. наук, ведущий науч. сотр. научно-поликлинического отделения; Кралина С.Э. — канд. мед. наук, старший науч. сотр. отделения детской ортопедии; Матвеева Н.Ю. — канд. мед. наук, ведущий науч. сотр. отделения функциональной диагностики.

Для контактов: Кобзева Мария Эрнестовна. 127299, Москва, ул. Приорова, дом 10, ЦИТО. Тел.: 8 (916) 553-08-45. E-mail: kobzeva_md@mail.ru

© С.А. Голобородько, 2012

ХРОНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ СДАВЛЕНИЯ ПЕРВОЙ ТЫЛЬНОЙ МЕЖКОСТНОЙ МЫШЦЫ КИСТИ

С.А. Голобородько

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: хронический синдром сдавления, первая тыльная межкостная мышца кисти, фасциотомия.

Chronic Compartment Syndrome of the First Dorsal Interosseous Muscle of the Hand

S.A. Goloborod'ko

Key words: chronic compartment syndrome, first dorsal interosseous muscle of the hand, fasciotomy.

Синдромы сдавления рассматриваются как состояния, при которых по разным причинам увеличивается давление в ограниченном костно-фиброзном пространстве, что ведет к нарушению перфузии и функции тканей, находящихся в этом замкнутом пространстве. Синдром сдавления может быть как острым, так и хроническим [11].

Описания хронического синдрома сдавления на верхней конечности в литературе встречаются довольно редко [4]. В доступной отечественной литературе мы не обнаружили ни одной работы о хроническом синдроме сдавления первой тыльной межкостной мышцы кисти. Считаю интересным представить следующее клиническое наблюдение.

Больная Б., 33 лет, поступила с жалобами на интенсивные боли в правой кисти, отдающие в область локтевого и плечевого суставов. Больная также обращала внимание на наличие опухолевидного образования на тыльной поверхности первого межпальцевого промежутка правой кисти.

Из анамнеза известно, что боли возникли без особой причины около двух месяцев назад. Тогда же появилось и опухолевидное образование, которое постепенно увеличилось в размерах. Для купирования боли, которая иногда имела место и ночью, пациентка принимала нестероидные противовоспалительные препараты. Установлено также, что больная работает на железнодорожной станции дежурной по отправлению и в ее обязанности входит перенос железных «башмаков» (массой около 9 кг) на расстояние до 250–300 м. На этот факт первоначально мы не обратили никакого внимания.

При осмотре кисти отмечено незначительное увеличение объема мягких тканей в первом межпальцевом промежутке. При пальпации в области проекции первой тыльной межкостной мышцы определялось туго-эластичное, подвижное, безболезненное опухолевидное образование диаметром до 2–3 см. Кожные покровы над образованием были неизмененными, подвижными. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, подвижные. Чувствительных, двигательных и сосудистых расстройств не наблюдалось. Проведенные рентгенография и УЗИ кисти не выявили какой-либо патологии. Был выставлен предварительный диагноз: мягкотканное опухолевидное образование первого межпальцевого промежутка правой кисти. Принято решение об оперативном вмешательстве с целью ревизии и удаления опухолевидного образования.

Через S-образный разрез кожи на тыльной поверхности первого межпальцевого промежутка над проекцией опухолевидного образования была рассечена тыльная фасция кисти. Обнаружена резко гипертрофированная первая тыльная межкостная мышца (см. рисунок). Про-

Интраоперационное фото. Гипертрофированная первая тыльная межкостная мышца.



изведена ревизия самой мышцы, аддукторного пространства, мышца во всю толщу расслоена вдоль мышечных волокон. Однако опухолевидного образования обнаружить так и не удалось. В этот момент, учитывая данные анамнеза, мы и заподозрили у больной наличие хронического синдрома сдавления первой тыльной межкостной мышцы. Рана была ушита. Швы наложены только на кожу. На 2-й день после операции боли значительно уменьшились, а на 5–6-й день полностью исчезли.

Больная осмотрена через 6 мес после операции. Опухолевидное образование не пальпировалось, боли не беспокоили, хотя пациентка занимается все тем же тяжелым физическим трудом. Больной предложено резко ограничить тяжелые физические нагрузки.

Впервые хронический синдром сдавления был описан в 1956 г. G. Mavor [8]. Этот синдром вызывается чрезмерной физической нагрузкой (chronic exercise-induced или exertional compartment syndrome), и клинические проявления его обычно регрессируют при уменьшении и исключении нагрузки на мышцу [2].

Патофизиология хронического синдрома сдавления до сих пор полностью не выяснена. Большинство авторов считают, что избыточная физическая нагрузка приводит к увеличению кровотока в мышце и, как результат, к отеку мышцы. Состояние усугубляется, если из-за многократных повторений одного и того же движения мышца гипертрофируется. Все это сопровождается значительным повышением внутримышечного давления, что в свою очередь вызывает нарушение венозного оттока, недостаточность перфузии мягких тканей и тканевой оксигенации. Развиваются ишемические боли и слабость мышцы [5, 6].

Чаще всего (около 95% случаев) хронический синдром сдавления встречается в области голени, а в оставшихся 5% случаев наблюдается на предплечье, бедре, кисти и очень редко на стопе [2]. Еще реже описываемый синдром встречается в области первой тыльной межкостной мышцы кисти [3, 5, 9]. Больные с хроническим сдавлением первой тыльной межкостной мышцы обычно предъявляют жалобы на тупые боли в мышце, которые могут усиливаться при гиперэкстензии в пястно-фаланговом суставе II пальца и при многократном выполнении «ключевого» захвата [3]. Боль может постепенно исчезать при исключении физической нагрузки [5]. При клиническом обследовании можно выявить хорошо развитую первую тыльную межкостную мышцу [5]. По мнению J. Lescosq и соавт. [7], наиболее достоверным и ценным методом инструментального исследования при данной патологии является измерение внутримышечного давления внутри фасциального ложа, хотя сама методика не стандартизирована. Другие способы неинвазивной диагностики (МРТ, КТ и т.д.) не обладают адекватной диагностической ценностью [7].

Внутримышечное давление обычно измеряют до физической нагрузки и после нее [6]. По данным раз-

ных авторов, внутримышечное субфасциальное давление при хроническом синдроме сдавления первой тыльной межкостной мышцы до физической нагрузки колеблется от 8 [11] до 12 мм рт. ст. [5], а после нагрузки — от 62 [5] до 180 мм рт. ст. [11].

Консервативное лечение хронического синдрома сдавления, как правило, не приносит положительного результата [4, 10], поэтому наиболее эффективным методом лечения является хирургический — фасциотомия [1, 5, 9, 12].

Уже подчеркивалось, что хронический синдром сдавления первой тыльной межкостной мышцы — крайне редкая патология со скудными клиническими проявлениями. Все это не позволило нам до операции установить правильный диагноз. Однако о таких ситуациях желательно знать и помнить, чтобы уже целенаправленно собирать анамнез, проводить клиническое обследование и, по возможности, измерить внутримышечное давление. Своевременная установка правильного диагноза позволит минимизировать интраоперационные тактические затруднения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Abdul-Hamid A.K. First dorsal interosseous compartment syndrome // *J. Hand Surg. (Br.)*. — 1987. — Vol. 12, B, N 2. — P. 269–272.
2. Barnes M. Diagnosis and management of chronic compartment syndromes: a review of the literature // *Br. J. Sports Med.* — 1997. — Vol. 31. — P. 21–27.
3. Bickert B., Sauerbier M., Germann G. Chronic compartment syndrome of the first dorsal interosseous muscle: 2 case reports // *Handchir. Mikrochir. Plast. Chir.* — 1999. — Vol. 31, N 4. — P. 279–281.
4. Bong M.R., Polatsch D.B., Jazrawi L.M., Rokito A.S. Chronic exertional compartment syndrome. Diagnosis and management // *Bull. Hosp.* — 2005. — Vol. 62, N 3–4. — P. 77–84.
5. Chopra R., Hayton M., Dunbar P. J. A. Exercise induced chronic compartment syndrome of the first dorsal interosseous compartment of the hand: a case report // *Hand.* — 2009. — N 4. — P. 415–417.
6. Fraipont M.J., Adamson G.J. Chronic exertional compartment syndrome // *J. Am. Acad. Orthop. Surg.* — 2003. — Vol. 11, N 4. — P. 268–276.
7. Lecocq J., Isner-Horobeti M.E., Dupeyron A. et al. Exertional compartment syndrome // *Ann. Réadapt.* — 2004. — Vol. 47, N 6. — P. 334–345.
8. Mavor G.E. The anterior tibial syndrome // *J. Bone Jt. Surg. (Br.)*. — 1956. — Vol. 38, N 2. — P. 513–517.
9. Phillips J.H., Mackinnon S.E., Murray J.F., McMurtry R.Y. Exercise-induced chronic compartment syndrome of the first dorsal interosseous muscle of the hand: a case report // *J. Hand Surg.* — 1986. — Vol. 11A, N 1. — P. 124–127.
10. Shah S.N., Miller B.S., Kuhn J.E. Chronic exertional compartment syndrome // *Am. J. Orthop.* — 2004. — Vol. 33, N 7. — P. 335–341.
11. Soderberg Th. Bilateral chronic compartment syndrome in the forearm and the hand // *J. Bone Jt. Surg. (Br.)*. — 1996. — Vol. 78, N 5. — P. 780–782.
12. Styf J., Forssblad P., Lundborg G. Chronic compartment syndrome in the first dorsal interosseous muscle // *J. Hand Surg.* — 1987. — Vol. 12, N 5, Pt 1. — P. 757–762.

Сведения об авторах: Голобородько Сергей Анатольевич — канд. мед. наук, доцент кафедры комбустиологии, реконструктивной и пластической хирургии ХМАПО.

Для контактов: 61145, Харьков, ул. Новгородская, дом 8, кв. 31. Тел.: (057) 701–22–66. E-mail: golosa@ukr.net