

рольный осмотр через 6 мес после операции: артродез состоялся, болей и отеков нет (рис. 4, б). В настоящее время работает сторожем, инвалид III группы.

Техника резекционной астрагалэктомии с оставлением кровоснабжаемой части таранной кости позволяет сохранить один из важных элементов рессорности стопы (таранно-ладьевидный сустав) в условиях анкилозирования зон над- и подтаранных суставов. Мы считаем целесообразным применение органосохраняющей тактики и прибегаем к полной астрагалэктомии исключительно редко.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абушенко В.С. // Ортопед. травматол. — 1971. — N 10. — С. 88.
2. Вейсман Ю.А., Лацис А.К. Артрография подтаранного сустава: Метод. рекомендации. — Рига, 1982.
3. Гудушаури Я.Г. Лечение вывихов и переломовывихов костей стопы с учетом регионарной гемодинамики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2000.
4. Майкова-Строганова В.С., Рохлин Д.Г. Кости и суставы в рентгеновском изображении. — Л., 1957.
5. Миразимов Б.Б., Миразимова Т.М., Иногамджанов Т.И. // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. — Ташкент, 1991. — С. 59–62.
6. Фишкин В.И., Львов С.Е., Удальцов В.П. Регионарная гемодинамика при переломах костей. — М., 1981.
7. Черкес-Заде Д.И., Каменев Ю.Ф. Лечение открытых переломов стопы: Метод. рекомендации. — М., 1990.
8. Черкес-Заде Д.И., Каменев Ю.Ф. Хирургия стопы. — М., 1995.
9. Якимов Л.А. Повреждения в области таранно-пяточного сустава: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1990.
10. Hellal B., Rowley D.I., Cracchiolo A. III, Myerson M.S. Surgery of disorders of the foot and ankle. — London, 1996.
11. Johnson K.A. The foot and ankle. — Lippincott, 1998.
12. Moore K.L., Dalley A.F. Clinically oriented anatomy. — Lippincott Williams & Wilkins, 1999.
13. Wulker N., Stephenson M., Cracchiolo A. III. An atlas of foot and ankle surgery. — London, 1998.

© В.Ф. Коршунов, М.А. Скворцова, 2003

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОКОВОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПЯСТНО-ФАЛАНГОВОГО СУСТАВА I ПАЛЬЦА КИСТИ

В.Ф. Коршунов, М.А. Скворцова

Российский государственный медицинский университет, Москва

Работа основана на результатах обследования и лечения 27 больных с боковой нестабильностью пястно-фалангового сустава I пальца кисти. Определены показания к операции и способу оперативного лечения в зависимости от срока, прошедшего с момента травмы, наличия или отсутствия нестабильности, величины угла пассивного бокового отклонения фаланги. Представлены преимущества раннего оперативного вмешательства — возможность раннего начала движений при восстановлении стабильности сустава. С учетом данных рентгенологического исследования усовершенствована техника хирургического лечения полных повреждений коллатеральных связок пястно-фалангового сустава I пальца. Результаты лечения прослежены в сроки от 6 мес до 1 года у 22 пациентов. Отличный результат получен у 13 (59%), хороший — у 7 (32%), удовлетворительный — у 2 (9%) больных.

Examination and treatment results of 27 patients with lateral instability of metacarpal-phalanx thumb joint were presented. The indication to operation and technique of surgical intervention in dependence on the terms from injury moment, presence or absence of instability, value of passive lateral deviation angle were detected. Surgical technique for the treatment of complete tears of collateral ligaments of metacarpal-phalanx thumb joint was perfected. In 22 patients follow up period ranged from 6 to 12 months. Excellent results were achieved in 13 (59%), good — in 7 (32%), satisfactory — in 2 (9%) patients.

Оперативное лечение закрытых повреждений связок пальцев кисти — мало изученная область хирургии кисти. Бессистемное лечение этих повреждений только консервативным методом приводит к нестабильности суставов, трофическим изменениям тканей пальцев, развитию деформирующего артроза и артрогенных контрактур. Осо-

бое клиническое значение, по нашему мнению, имеют операции на коллатеральных связках пястно-фалангового сустава I пальца, которые обеспечивают устойчивость сустава при движениях.

Форсированное отведение и приведение в сочетании с переразгибанием в пястно-фаланговом суставе могут повлечь за собой полный либо час-

тичный разрыв локтевой или лучевой коллатеральной связки первого пястно-фалангового сустава. Несостоятельность локтевой коллатеральной связки может развиваться и без острой травмы — в результате профессиональной деятельности. Так, описана деформация, распространенная среди британских егерей [3]: они разделяют дичь особым способом, упираясь кистью в нож, что сопровождается хронической травматизацией первого пястно-фалангового сустава и развитием его нестабильности. В литературе термином «палец егеря» часто обозначают острые и хронические повреждения локтевой коллатеральной связки первого пястно-фалангового сустава [3, 7]. Острое повреждение называют также «пальцем горнолыжника» [4, 5], так как оно часто встречается при занятиях горнолыжным спортом. На основании проведенных исследований была разработана перчатка особой конструкции для занятий горнолыжным спортом, защищающая первый пястно-фаланговый сустав [5].

Со времени публикации в 1962 г. классической статьи В. Stener [9] появилось немало работ, доказывающих необходимость первичного оперативного лечения свежих повреждений локтевой коллатеральной связки первого пястно-фалангового сустава. Преимущество раннего оперативного вмешательства заключается в редкости осложнений и раннем восстановлении функции кисти. В застарелых случаях консервативное лечение может быть эффективно только при частичных повреждениях. Если имеется выраженная нестабильность, при консервативном лечении неизбежно развитие посттравматического артроза [6].

Отрыву части коллатеральной связки соответствует угол пассивного бокового отклонения (угол между осями пястной кости и основной фаланги) до 35° при сгибании в пястно-фаланговом суставе.

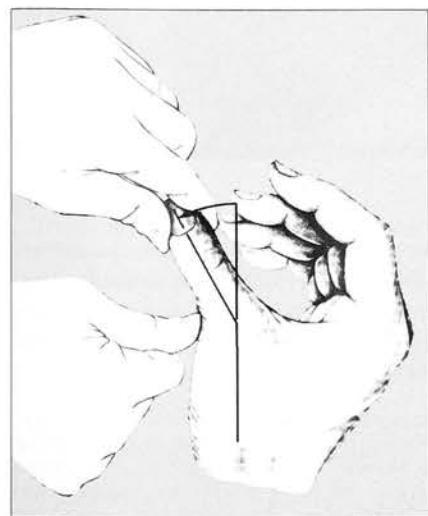


Рис. 1. Методика проверки нестабильности пястно-фалангового сустава I пальца (по Pechlaner и Kerschbaumer [8]).

Отрыв всей коллатеральной связки сопровождается патологической подвижностью как при сгибании, так и при разгибании в пястно-фаланговых суставах [1, 2, 8] и резким увеличением угла пассивного отклонения основной фаланги — свыше 35° и до вывиха (рис. 1).

При выявлении полного повреждения

одной из коллатеральных связок пястно-фалангового сустава I пальца (угол пассивного отклонения больше 35°) оперативное лечение показано при любой давности повреждения. Выбор метода лечения (шов или пластика связки) зависит от срока, прошедшего после травмы, сохранности структуры связки, наличия или отсутствия вывиха (подвывиха) фаланги, признаков артрогенной контрактуры. Операцию следует выполнять в плановом порядке до наступления травматической ригидности связки; оптимальный срок оперативного вмешательства — первые 10 дней после травмы.

За период с 2000 по 2002 г. по поводу боковой нестабильности пястно-фалангового сустава I пальца кисти оперировано 27 больных: 19 — с полным отрывом боковой связки, 8 — с полным отрывом собственного пучка связки. Повреждение локтевой коллатеральной связки диагностировано у 15 больных (из них у 9 имелось повреждение Стенера — интерпозиция апоневроза мышцы, приводящей I палец, между концами разорванной связки), лучевой связки — у 10, локтевой и лучевой — у 2 пациентов. 11 больных с полными отрывами, у которых были показания к операции на догоспитальном этапе, предварительно лечились консервативно.

Как выявлено при оперативных вмешательствах, ригидность связки в отдельных случаях может наступить уже на 11–12-й день после травмы. Поэтому при обращении больных в остром периоде оперативное лечение проводилось в первые 10 дней (2 пациента). Трое больных оперированы в подостром периоде (до 3 нед после травмы), что было обусловлено поздним обращением их в специализированный стационар. Во всех этих 5 случаях выполнен шов связки.

Двадцать два больных поступили в нашу клинику с застарелыми повреждениями связок (19 — с давностью до 6 мес, 3 — от 6 до 12 мес) вследствие неправильной или несвоевременной диагностики на предыдущем этапе. Из-за выраженных рубцовых изменений в этих случаях потребовалась пластика поврежденных связок.

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

Операции выполняли под проводниковой анестезией в нижней трети предплечья с наложением жгута на его верхнюю треть.

Для доступа к локтевой коллатеральной связке пястно-фалангового сустава I пальца делали S-образный разрез длиной 4 см по тыльно-локтевой поверхности сустава, отводили тыльную чувствительную ветвь лучевого нерва, в продольном направлении рассекали капсулу сустава. Устраняли интерпозицию апоневроза мышцы, приводящей I палец, рассекали апоневроз, устраняли подвывих. В основной фаланге и головке пястной кости, отступая на 4 мм от края суставной поверхности, микродрелью просверливали два внутрикостных канала под углом 60° друг к другу, что было необходимо

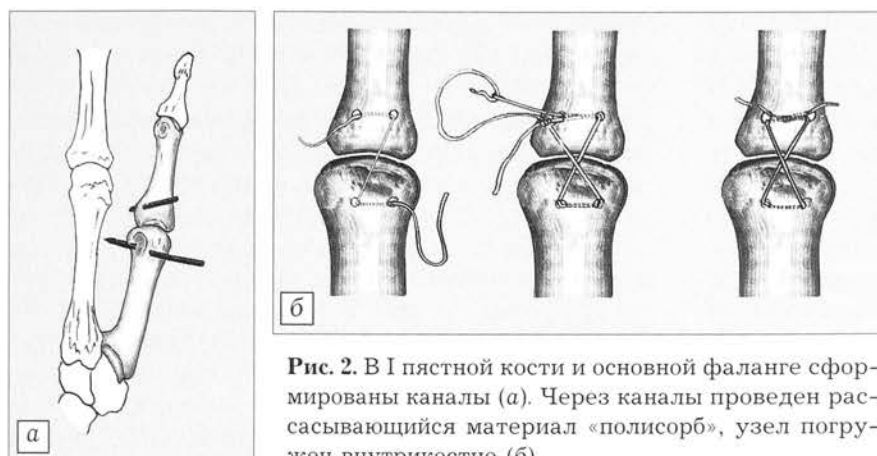


Рис. 2. В I пястной кости и основной фаланге сформированы каналы (а). Через каналы проведен рассасывающийся материал «полисорб», узел погружен внутрикостно (б).

для устранения ротационного смещения (рис. 2, а). В образованные каналы 8-образно проводили рассасывающийся материал «полисорб», узел погружали внутрикостно (рис. 2, б). При сохранении структуры связки в случае отрывов подшивали связку поднадкостнично к месту прикрепления П-образным швом нерассасывающимся материалом «этибонд» 5/0, в случае разрывов накладывали швы на саму связку. Апоневроз восстанавливали. При выраженном удлинении связки за счет регенерата после проведения через внутрикостные каналы материала «полисорб» выполняли пластику локтевой коллатеральной связки по Neviaser [7]: из апоневроза или капсулы сустава выкраивали Z-образно два лоскута, создавали дубликатуру, лоскуты перемещали дистально и фиксировали поднадкостничным швом. Выделенную часть расщепленного апоневроза подшивали к месту прикрепления связки. Производили укорочение реге-

нерата сухожилия короткого разгибателя I пальца по типу гофрирования.

Доступом к лучевой коллатеральной связке служил S-образный разрез по тыльно-лучевой поверхности, ход операции был аналогичен описанному выше.

Дополнительная иммобилизация не применялась. Движения ногтевой фаланги начинали с 3-4-х суток после операции — после спадения отека и при отсутствии болей. Через 14 сут снимали швы и назначали активные движения

в пястно-фаланговом суставе.

При лечении больных со свежими повреждениями мы отказались от чрессуставной фиксации спицей, так как стремились к раннему началу движений. Кроме того, при этом способе фиксации повреждались суставные поверхности костей, образующих сустав. Данный метод использовали только в случаях застарелых подвывихов при поражении обеих коллатеральных связок. Мелкие костные фрагменты (до 0,5 мм в диаметре) подшивали «этибондом», более крупные фиксировали спицей диаметром 1 мм на срок до 4 нед.

Средняя продолжительность нетрудоспособности у наших больных составила 45 дней. Ближайшие результаты прослежены у всех пациентов, осложнений не наблюдалось. Отдаленные исходы изучены в сроки от 6 мес до 1 года у 22 больных. Для оценки результатов лечения использовалась система ASHS (American society of hand surgery),

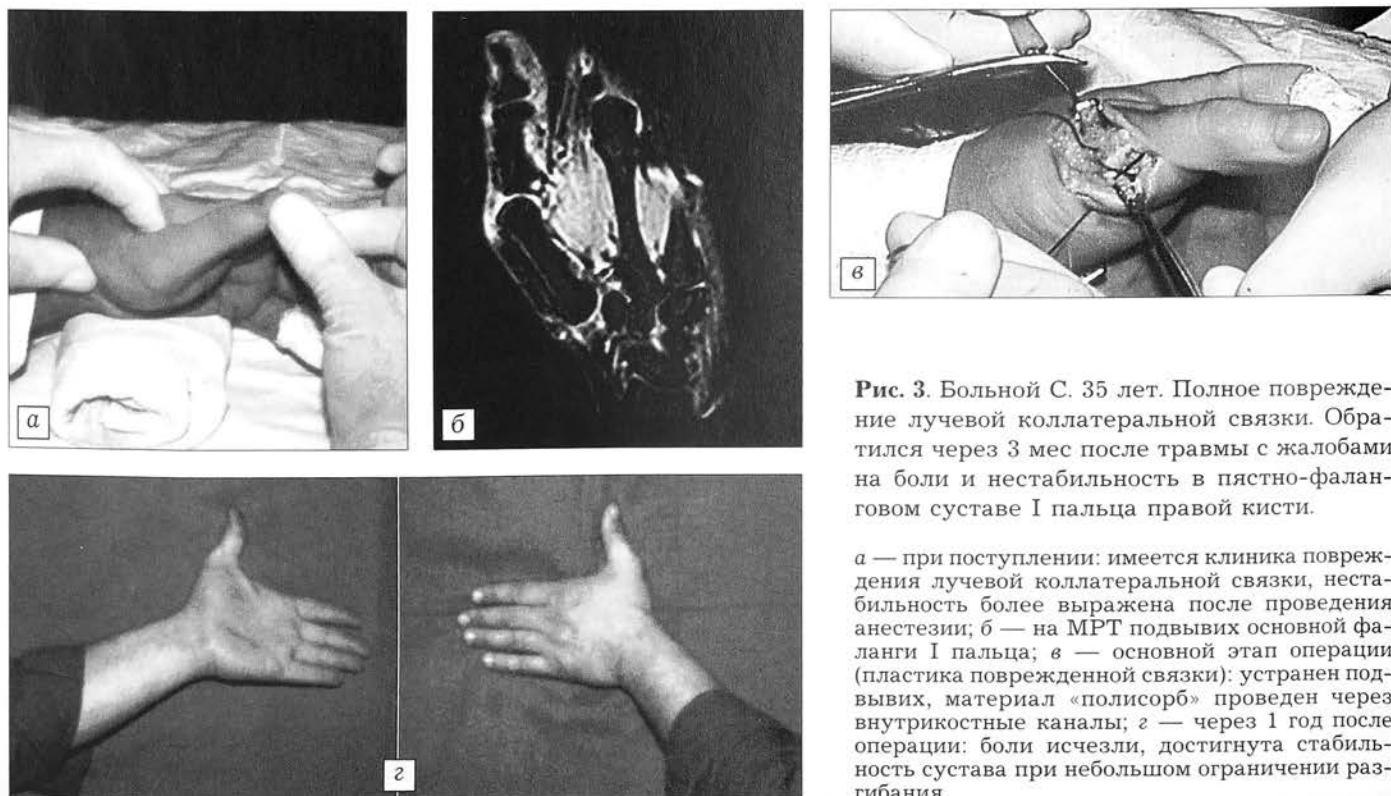


Рис. 3. Больной С. 35 лет. Полное повреждение лучевой коллатеральной связки. Обратился через 3 мес после травмы с жалобами на боли и нестабильность в пястно-фаланговом суставе I пальца правой кисти.

а — при поступлении: имеется клиника повреждения лучевой коллатеральной связки, нестабильность более выражена после проведения анестезии; б — на МРТ подвывих основной фаланги I пальца; в — основной этап операции (пластика поврежденной связки): устранен подвывих, материал «полисорб» проведен через внутрикостные каналы; г — через 1 год после операции: боли исчезли, достигнута стабильность сустава при небольшом ограничении разгибания.

в которой основным критерием является показатель ТАМ (total active motion) — «общий объем движений» [10]. Кроме того, мы ввели дополнительно показатель «стабильность». При величине угла пассивного бокового отклонения 0° результат считали отличным, до 5° — хорошим, от 5 до 10° — удовлетворительным, более 10° — неудовлетворительным. Отличный результат констатирован у 13 (59%), хороший — у 7 (32%), удовлетворительный — у 2 (9%) больных. Выявлена зависимость результата лечения от срока проведения операции.

Одно из клинических наблюдений представлено на рис. 3.

Заключение. При диагностике повреждений коллатеральных связок пястно-фалангового сустава I пальца и определении показаний к оперативному лечению необходимо учитывать сроки с момента травмы, наличие или отсутствие нестабильности в разных положениях сустава, величину угла пассивного отклонения фаланги. Заживление оторванной связки первичным натяжением возможно только при оперативном лечении. Абсолютным показанием к операции служат полные повреждения боковой связки. При сохранности концов разорванной связки производится ее шов,

при рубцовом перерождении ткани — пластика связки. Операции следует выполнять в плановом порядке до наступления травматической ригидности связки; оптимальный срок оперативного вмешательства — первые 10 дней после травмы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агонов Ж.В. // Казанский мед. журн. — 1997. — N 2. — С. 101–102.
2. Коршунов В.Ф. Лечение застарелых вывихов и переломовывихов пальцев кисти: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1973. — С. 79–94.
3. Campbell C.S. // J. Bone Jt Surg. — 1955. — Vol. 37B. — P. 148–149.
4. Coyle M.P. // Annual meeting American society for surgery of the hand, 49th. — Cincinnati, 1994. — P. 2–10.
5. Gerber C., Senn E., Matter P. // J. Sports Med. — 1981. — N 9. — P. 171–177.
6. Mc Call T.E., Roth M.Z. // Plast. Reconst. Surg. — 2000. — Vol. 106, N 3. — P. 657–659.
7. Neviasser R.J., Wilson J.N. // J. Bone Jt Surg. — 1971. — Vol. 53A. — P. 1357–1364.
8. Pechlaner S., Kershbaumer F. Atlas of hand surgery. — Stuttgart; New York, 2000. — P. 331.
9. Stener B. // J. Bone Jt Surg. — 1962. — Vol. 44B. — P. 869–879.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ ФОРУМЫ В РОССИИ

(из плана научно-практических мероприятий Минздрава России на 2003 год)

Информационные системы и технологии в здравоохранении

28–29 мая

Москва

Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России

127254, Москва, ул. Добролюбова, 11

Тел.: (095) 218 07 92, 211 53 33, 219 76 49

Факс: 219 38 40

Клинические исследования лекарственных средств

Октябрь (2 дня)

Москва

Департамент государственного контроля лекарственных средств и медицинской техники Минздрава России

Президиум Российской академии медицинских наук

109240, Москва, ул. Солянка, 14

Тел.: (095) 249 45 56, 249 86 01

Современные технологии в клинической медицине

Октябрь (2 дня)

Санкт-Петербург

Центральный научно-исследовательский рентгенорадиологический институт Минздрава России

197758, Санкт-Петербург, Песочный — 2, Ленинградская ул, 70/4

Тел.: (812) 596 85 24

Оптимальные технологии и ошибки в диагностике и лечении ортопедической патологии у детей и подростков

17–19 сентября

Волгоград

Управление медицинских проблем материнства и детства Минздрава России

Комитет по здравоохранению Администрации Волгоградской области

Тел.: (8442) 33 57 34

Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера

196603, Санкт-Петербург, Парковая, 64/68

Тел.: (812) 465 28 57

Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова

Тел.: (095) 450 39 29

Актуальные проблемы лабораторной медицины

Ноябрь (3 дня)

Томск

Департамент здравоохранения Томской области

Сибирский государственный медицинский университет

634050, Томск, Московский тракт, 2

Тел.: (3822) 53 04 23

Научные основы медицины катастроф и организации медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях

Ноябрь (2 дня)

Москва

Всероссийский центр медицины катастроф «Защита»

123182, Москва, ул. Щукинская, 5

Тел.: (095) 190 65 85

Организация, менеджмент и экономика клинической лабораторной службы учреждений здравоохранения

Октябрь (3 дня)

Москва

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

119992, Москва, М. Трубецкая ул., 8

Тел.: (095) 242 91 76

Организационно-правовые аспекты генодиагностики в практическом здравоохранении

13–14 мая

Москва

Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Минздрава России

111123, Москва, ул. Новогиреевская, 3а

Тел.: (095) 305 54 24

Иммунотерапия в клинической практике

15–19 сентября

Геленджик

Государственный научный центр — Институт иммунологии Минздрава России

115478, Москва, Каширское шоссе, 24, корп. 2

Тел.: (095) 230 48 88

Государственный научный центр — НИИ особо чистых биопрепаратов Минздрава России

197110, Санкт-Петербург, ул. Пудожская, 7

Тел.: (812) 230 48 88