

УДК 616.717.9+616.75-002-007)-8-31.81

БОРЗЫХ А.В., ТРУФАНОВ И.М., ВАРИН В.В., ПОГОРИЛЯК А.И.¹, КОВАЛЬЧУК Д.Ю., СОЛОВЬЕВ И.А.

Донецкая областная клиническая травматологическая больница

¹Закарпатская областная клиническая больница им. А. Новака, г. Ужгород

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ЛИГАМЕНТИТОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Резюме. Исследование посвящено разработке основных принципов лечения стенозирующих лигаментитов пальцев кисти. Рассмотрены пути решения: устранение болевого синдрома, купирование воспалительного процесса, декомпрессия сухожилия в сухожильном канале. В предложенном комплексе лечебных мероприятий это достигается при применении таких способов, как иммобилизация кисти и пальцев, медикаментозная терапия, физиофункциональное лечение и оперативное вмешательство. Проведен анализ лечения 127 пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу данной патологии в 2009–2012 гг. Разработанная тактика позволяет улучшить результаты лечения пациентов со стенозирующими лигаментитами пальцев кисти.

Ключевые слова: стенозирующие лигаментиты, лечение.

Стенозирующие процессы фиброзных каналов составляют самую большую группу среди заболеваний сухожильно-связочного аппарата кисти — 36,2 %. Стенозирующий лигаментит составляет 6–8 % среди указанных заболеваний кисти. Распространенность этих заболеваний чрезвычайно велика, и их многочисленные формы часто встречаются в практике ортопедов и неврологов, хирургов и ревматологов, представляя трудности для диагностики и лечения. Несмотря на многочисленные исследования стенозирующих лигаментитов, их этиопатогенез до конца не выяснен, не установлена первичность поражения связки, сухожилия, синовиальной оболочки. В связи с этим нет единой тактики лечения данной категории больных. До последнего времени существует необходимость поиска новых путей диагностики и совершенствования терапии пациентов с целью сокращения сроков нетрудоспособности и профилактики рецидивов.

Цель — разработка основных принципов лечения пациентов со стенозирующими лигаментитами пальцев кисти.

Материалы и методы

В отделении микрохирургии кисти Донецкой областной травматологической больницы за период 2009–2012 гг. по поводу стенозирующего лигаментита на стационарном лечении находилось 127 пациентов. Анализ клинических наблюдений показывает, что наибольший удельный вес данной патологии приходится на детей в возрасте от 1 до 3 лет (27 %) и женщин от 45 до 60 лет (61 %). Это соответствует данным, приводимым другими исследователями, и подтверждает высокую степень медико-социальной значимости рассматриваемого вопроса.

Результаты и их обсуждение

Лечение стенозирующих лигаментитов включает в себя решение таких задач, как устранение болевого синдрома, купирование воспалительного процесса, декомпрессия сухожилия в сухожильном канале на уровне пястно-фалангового сустава. В предложенном нами комплексе лечебных мероприятий это достигается при применении таких способов, как иммобилизация кисти и пальцев, медикаментозная терапия, физиофункциональное лечение и оперативное вмешательство.

Обязательным условием купирования воспалительного процесса является устранение или ограничение функциональной нагрузки на кисть. Для этого кистевой сустав и пальцы кисти фиксировали иммобилизирующей лонгетой (шина Беллера или шина «кулачок») в среднефизиологическом положении (разгибание под углом 20°). Фиксацию осуществляли на протяжении всего рабочего дня и ночью во время сна не менее 2 недель. Общая длительность иммобилизации не превышала 2,5–3 недель во избежание развития контрактур.

Медикаментозная терапия, направленная на купирование болевого синдрома и воспалительного процесса, включала нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) и кортикостероиды. НПВС представляют собой низкомолекулярные химические соединения, которые обладают выраженной противовоспалительной активностью, но при этом не относятся к группе кортикостероидных гормонов. НПВС в отличие от по-

© Борзых А.В., Труфанов И.М., Варин В.В.,
Погорияк А.И., Ковальчук Д.Ю., Соловьев И.А., 2013

© «Травма», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

следних не приводят к развитию таких заболеваний, как сахарный диабет, синдром Кушинга, артериальная гипертензия, гирсутизм и т.д. Нестероидные противовоспалительные препараты обладают выраженной анальгезирующей активностью, сходной с действием опиатов, но при этом не вызывают привыкания и наркотической зависимости. При отсутствии противопоказаний НПВС назначали от 7–10 дней до трех недель.

Кортикостероидную терапию проводили в виде локальной инъекции 1 мл дипроспана под кольцевидную связку или однократно внутримышечно в зависимости от стадии патологического процесса. Дипроспан состоит из двух солей бетаметазона. Первая составляющая — натрий-фосфатная соль бетаметазона обладает высокой растворимостью, быстро гидролизуется и всасывается, что обеспечивает быстрое наступление эффекта (в течение нескольких часов). Другая составляющая — бетаметазона ацетат или бетаметазона пропионат, напротив, характеризуется слабой растворимостью, медленным гидролизом и всасыванием. Комбинация этих веществ обеспечивает эффективное и длительное действие препарата. Следует отметить, что пациенты, обратившиеся в сроки до 1,5–2 месяцев с момента заболевания, имели в основном 1–2-ю степень тяжести патологического процесса. Обращение в клинику микрохирургии кисти было первичным, без возможно длительного наблюдения и лечения в муниципальных больницах. Данному контингенту однократной инъекции кортикостероидов (при отсутствии противопоказания к ним) под кольцевидную связку было достаточно, чтобы остановить патологический процесс.

Всем пациентам в послеоперационном периоде в обязательном порядке однократно внутримышечно вводили дипроспан или депомедрол в дозе 1 мл и нестероидные противовоспалительные препараты при отсутствии противопоказания к ним.

Устранение компрессии сухожилия при 2–3-й стадии достигали оперативным путем. Операцию мы считаем плановым этапом лечения резистентных пациентов со стенозирующими лигаментитами, который не следует неоправданно откладывать. Хирургическое лечение противопоказано тем пациентам, которые не идут на сотрудничество с врачом, нарушают режим, не выполняют программу реабилитации, а также тем, чей психологический статус указывает на незаинтересованность в эффективности лечения. При стенозирующем лигаментите выполняли лигаментотомию с обязательным иссечением части кольцевидной связки. Операцию выполняли в положении больного на спине, верхнюю конечность располагали в положении наружной ротации. Под местной анестезией 2% раствором лидокаина и при наложении турникетного жгута выполняли линейный разрез кожи от 1 до 1,5 см по ладонной поверхности в области пястно-фалангового сустава в проекции кольцевидной связки. Подкожную клетчатку и ладонный апоневроз рассекали и разводили. После разведения краев раны кожными крючками выделяли сухожилия сгибателей пальца, поднимали их специальным крючком. Выделенную кольцевидную связку пересекали в

продольном направлении с обязательным иссечением лентовидного фрагмента шириной не менее трети видимой части связки. Во время операции достигали полной мобилизации сухожилия и восстановления нормальной подвижности в межфаланговом суставе. Производили тщательный гемостаз, швы монофиламентной нитью накладывали только на кожу. Имобилизацию пальца в раннем послеоперационном периоде проводили в среднефизиологическом положении с использованием мягкой повязки (ватно-марлевый шар) до 4–5 дней. Швы снимали на 12-е сутки после операции.

В обязательном порядке назначали физиофункциональное лечение, включающее электропроцедуры и ЛФК. Современная клиническая медицина базируется на принципах комплексного лечения пациентов. Использование физиотерапевтических методов значительно повышает эффективность лечения за счет воздействия на основные и сопутствующие заболевания, на различные системы организма и разные стороны патологического процесса, суммирования положительных эффектов.

Комплекс процедур может состоять из рационально подобранных 2–3 методов физиотерапии, которые назначаются в чередовании в разные дни, а также в течение одного дня. В зависимости от выраженности болевого синдрома и воспалительного процесса мы применяли электропроцедуры в виде фонофореза с 1% раствором гидрокортизона, электрофореза с 1% новокаином, магнитотерапию постоянным магнитным полем в область пястно-фалангового сустава в проекции кольцевидной связки. Физиотерапевтические методы являются средством поддержания гомеостаза (мобилизация резервов, выбор оптимальных вариантов запуска компенсаторных механизмов), т.е. оказывают не только неспецифическое действие, но и являются средством долечивания пациентов с хроническими заболеваниями. Физиопроцедуры способствуют быстрейшему разрешению (или инволюции) патологического процесса, заживлению поврежденных тканей, активному восстановлению функции и трудоспособности. Выбор лечебного комплекса требует учета индивидуальных особенностей пациента, его состояния, стадии и фазы заболевания, а также специфики и механизмов действия на организм физиотерапевтических методов.

Результаты лечения пациентов оценивались нами по шкале Волковой и DASH. Хорошие результаты лечения получены в 85 % случаев, удовлетворительные — в 15 %. У данных пациентов сохранялся умеренно выраженный болевой синдром при нагрузке, что, по нашему мнению, связано с наличием выраженного остеохондроза шейного отдела позвоночника.

Выводы

Лечение стенозирующих лигаментитов пальцев кисти остается актуальным вопросом хирургии кисти. Применение современных медицинских технологий позволило выявить и оптимизировать тактику лечения данной категории больных. Эта тактика включает в себя решение таких задач, как устранение болевого синдрома, купирование воспалительного процесса, де-

компрессия сухожилия в сухожильном канале на уровне пястно-фалангового сустава. В предложенном нами комплексе лечебных мероприятий это достигается при применении таких способов, как иммобилизация кисти и пальцев, медикаментозная терапия, физиофункциональное лечение и оперативное вмешательство.

Разработанная тактика позволяет улучшить результаты лечения пациентов со стенозирующими лигаментитами пальцев кисти.

Список литературы

1. Дэвид Уорик. Хирургия кисти / Дэвид Уорик, Родерик Данн [и др.]. — М.: Бином, 2013. — 512 с.
2. Еськин Н.А., Голубев В.Г., Насникова И.Ю., Богдасhevский Д.Р., Приписнова С.Г., Финешин А.И. Ультразвуковая диагностика патологии сухожилий и нервов конечностей // Вестник травматологии и ортопедии. — 2004. — № 3. — С. 3-4.
3. Мешков А.П. Диагностика и лечение болезней суставов. — Н. Новгород: НГМА, 2000.
4. Белоусов А.Е. Реконструктивная, пластическая и эстетическая хирургия. — СПб.: Гиппократ, 1998.
5. Поражение суставов кисти при остеоартрозе / В.И. Мазуров, И.А. Онущенко // Амбулаторная хирургия. — 2002. — № 3(7). — С. 19-23.
6. Волкова А.М. Хирургия кисти: В 3 т. — Л., 1985.
7. Диагностика и консервативное лечение заболеваний и поврежденных опорно-двигательной системы: Спра-

вочник. Кн. 2: Остеоартроз / А.А. Корж, В.П. Черных, В.А. Филиппенко и др. — Харьков: Основа, 1997.

8. Агасаров Л.Г., Чузавкова Е.А. Туннельные синдромы: клиничко-патологическая характеристика, диагностика и лечение // Российский медицинский журнал. — 1999. — № 3. — С. 49-53.
9. Белова А.Н. Нейрореабилитация: Рук-во для врачей. — М.: Антидор, 2000. — 568 с.
10. Диагностика и лечение компрессионных невропатий: Метод. рекомендации / Сост. В.П. Берснев, Г.С. Кокин, П.М. Гиоев, М.М. Короткевич, С.Н. Истратов. — СПб.: РНХИ им. А.Л. Поленова, 1995. — 9 с.
11. Кипервас И.П., Лукьянов М.В. Периферические туннельные синдромы. — М.: Медицина, 1991. — 234 с.
12. Левин О.С. Полинейропатии: клиническое руководство. — М.: Изд-во МИА, 2005. — 496 с.
13. Заболевания периферической нервной системы: Пер. с англ. / Под ред. А.К. Эсбери, Р.У. Джиллиатта. — М.: Медицина, 1987. — 352 с.
14. Kretschmer T. et al. Iatrogenic nerve injuries // Neurosurg. Clin. N. Am. — 2009. — Vol. 20, № 1. — P. 73-90.
15. Itsubo T., Hayashi M., Uchiyama S., Hirachi K., Minami A., Kato H. Differential onset patterns and causes of carpal tunnel syndrome after distal radius fracture: a retrospective study of 105 wrists // J. Orthop. Sci. — 2010 Jul. — 15 (4). P. 518-523.

Получено 17.06.13 □

Борзих О.В., Труфанов І.М., Варін В.В., Погоріляк А.Й.¹, Ковальчук Д.Ю., Соловйов І.О.
Донецька обласна клінічна травматологічна лікарня
¹Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака, м. Ужгород

Borzykh A.V., Trufanov I.M., Varin V.V., Pogorilyak A.I.¹, Kovalchuk D.Yu., Solovyov I.A.
Donetsk Regional Clinical Trauma Hospital
¹Transcarpathian Regional Clinical Hospital named after A. Novak, Uzhgorod, Ukraine

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ СТЕНОЗУЮЧИХ ЛІГАМЕНТИТІВ ПАЛЬЦІВ КИСТІ

Резюме. Дослідження присвячене розробці основних загальних принципів лікування стенозуючих лігаментитів пальців кисти. Розглянуто шляхи вирішення: усунення больового синдрому, купірування запального процесу, декомпресія сухожилку в сухожильному каналі. У запропонованому комплексі лікувальних заходів це досягається при використанні таких способів, як іммобілізація кисти та пальців, медикаментозна терапія, фізіофункціональне лікування та оперативне втручання. Проведено аналіз лікування 127 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу даної патології у 2009–2012 рр. Розроблена тактика дозволяє покращити результати лікування пацієнтів зі стенозуючими лігаментитами.

Ключові слова: стенозуючі лігаментити, лікування.

GENERAL PRINCIPLES OF TREATMENT FOR TRIGGER FINGER

Summary. The investigation deals with development of general principles of treatment for trigger finger. There were considered the following ways of solution: the removal of pain, relief of the inflammatory process, decompression of tendons in tendon duct. The proposed combined treatment is achieved by using such methods as immobilization of the wrist and fingers, medical therapy physiofunctional treatment and surgery. We have carried out an analysis of treatment of 127 patients with trigger finger which were treated during the period 2009–2012. Developed treatment strategy enables to improve treatment outcomes in patients with trigger finger.

Key words: trigger finger, treatment.