

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

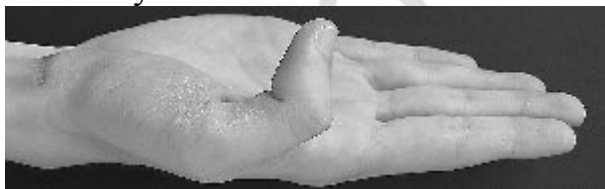


Рис. 4 Результат операции: появление возможности совершения изолированных активных движений первым пальцем

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.