

Рудько И. М.

ТРАНСПОЗИЦИЯ СУХОЖИЛИЯ СОБСТВЕННОГО РАЗГИБАТЕЛЯ ВТОРОГО ПАЛЬЦА КИСТИ НА ПЕРВЫЙ КАК МЕТОДИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Беспальчук П. И.

Кафедра травматологии и ортопедии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Подкожные разрывы сухожилия длинного разгибателя первого пальца кисти являются сложной клинической проблемой, чья этиология является многофакторной. Она включает травматические, ревматические и инфекционные поражения, а также костную мозоль, которая возникает после перелома дистального метаэпифиза лучевой кости у бугорка Листера. Эти переломы, которые могут составлять до 20% от всех переломов, осложняются разрывами сухожилий в 0.5-2% случаев, подчеркивая необходимость специализированного вмешательства для значительного числа пациентов. Однако прямое сшивание концов разорванного сухожилия не является возможным решением из-за риска некроза тканей, вызванного длительным трением о костную мозоль в области бугорка Листера при разгибании большого пальца, что делает эту проблему еще более сложной для лечения и подчеркивает важность поиска альтернативных хирургических методик. Именно такой методикой, является разработанная тактика транспозиции сухожилия собственного разгибателя второго пальца кисти на первый.

Цель: исследование тактики оперативного лечения подкожных разрывов сухожилия длинного разгибателя первого пальца кисти.

Материалы и методы. В данной научной работе был проведен анализ 49 клинических случаев, зарегистрированных в период с 1 января 2014 года по 31 марта 2024 года, связанных с подкожными и застарелыми повреждениями сухожилий длинного разгибателя первого пальца кисти. В исследовании участвовали пациенты, которые обращались за медицинской помощью в Республиканский центр хирургии кисти. В выборку вошли как мужчины (22 пациента), так и женщины (27 пациентов). Средний возраст пациентов на момент обращения составлял приблизительно 58 лет.

Основной акцент исследования был направлен на анализ оперативного лечения подкожных и застарелых повреждений сухожилий, при котором особое внимание уделялось изучению методики транспозиции сухожилия. Были проанализированы случаи операций, проведенных как на левой руке (28 случаев), так и на правой руке (21 случай). Средняя продолжительность операции составила 33 минуты, что свидетельствует о высокой эффективности и оперативности проведения хирургического вмешательства.

Результаты и их обсуждение. Перед операцией пациент проходит обследование, ему проводится проводниковая анестезия. На первом этапе хирург делает поперечный разрез на тыльной поверхности кисти над первым пальцем для доступа к культе сухожилия длинного разгибателя первого пальца кисти и выделяет его дистальный фрагмент. На втором этапе через дополнительный поперечный разрез над вторым пястно-фаланговым суставом мобилизуется сухожилие собственного разгибателя второго пальца. Делается дополнительный разрез на тыльной поверхности кисти над лучезапястным суставом, через который выводится проксимальная часть сухожилия собственного разгибателя второго пальца. Затем сухожилие переносится к дефекту сухожилия первого пальца, где проксимальный и дистальный концы соединяются и сшиваются сухожильным швом, как правило, используется внедряющий сухожильный шов. После этого хирург послойно ушивает рану, накладывает асептическую повязку. Также после операции накладывается гипсовая лангета или ортез для иммобилизации кисти.

Выводы. В 49 клинических случаях была произведена успешная транспозиция сухожилия собственного разгибателя второго пальца кисти на первый. Операция по транспозиции сухожилия собственного разгибателя второго пальца кисти на первый является предпочтительным методом лечения.