

Министерство здравоохранения Республики Беларусь  
Государственное учреждение «Республиканский научно-практический  
центр травматологии и ортопедии»



# **Актуальные вопросы связочной нестабильности коленного сустава**

материалы международной  
научно-практической конференции

29 мая 2015 г.

Минск  
2015

Корень М.Н., Беспальчук А.П.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь  
6-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

## Хирургическое лечение камптодактилии у детей

### ■ ВВЕДЕНИЕ

Врожденные пороки развития и деформации кисти у детей являются одними из самых сложных и многообразных в плане как клинических проявлений, так и в вопросе выбора оптимальной тактики их лечения. Камптодактилия (кампилодактилия, или врожденная сгибательная контрактура пальца кисти) – редкая аномалия, составляющая около 2% от всех пороков кисти [2]. Впервые описана Landauri в 1886 г. под аналогичным названием [3]. Клинически данная патология проявляется сгибательной контрактурой в проксимальном межфаланговом суставе, компенсаторной гиперэкстензией ногтевой фаланги, уменьшением площади кожных покровов по ладонной поверхности пальца, иногда ротационной деформацией всего пальца. В большинстве случаев поражен только мизинец, реже дополнительно к нему и четвертый палец. При этом контрактура пятого пальца всегда более тяжелая. Зачастую деформация симметрична. Наследуется по аутосомно-доминантному типу.

При рентгенологическом исследовании пораженного пальца виден различной величины патологический волярный наклон головки основной фаланги [4].

Деформация наблюдается как у мальчиков, так и у девочек, прогрессирует в периоды быстрого роста кисти, может сочетаться с нейропатией локтевого нерва (нейрогенный механизм) [3]. Описана как казуистика, генерализованная форма с аналогичными изменениями пальцев стоп [1].

Основными патогенетическими факторами считаются дисбаланс сгибательного и разгибательного аппаратов, укорочение поверхностного сгибателя, необычная инсерция мышц, сморщивание капсулы и ишемия кисти [1, 3].

Консервативное лечение (ЛФК, ФТЛ, этапные редрессирующие ортезы) применяются в раннем детском возрасте, а также при легких формах данной патологии. При тяжелых и средней тяжести случаях путем консервативного лечения невозможно получить положительный исход. Поэтому применяются различные оперативные вмешательства – резекция сухожилия поверхностного сгибателя, капсулотомия проксимального межфалангового сустава, корригирующе-укорачивающая остеотомия средней фаланги, клиновидная остеотомия на уровне шейки основной фаланги, транспозиция поверхностного сгибателя на тыл пальца, коррекция дистракционным аппаратом у подростков, сочетание с кожной Z-пластикой по ладонной поверхности пальца. Однако результаты хирургического лечения также оставляют желать лучшего, так как наблюдается выраженная склонность к рецидивам и ухудшению [2–4].

### ■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За последние 38 лет в детском травматолого-ортопедическом отделении 6-й городской клинической больницы г. Минска оперировано 18 детей по поводу камптодактилии тяжелой и средней тяжести. Им выполнена 21 операция. Мальчиков было 16, девочек – 2 в возрасте от 2 до 8 лет (в среднем 5 лет). У трех процесс был двусторонним. Все вмешательства выполняли на пятых пальцах. В четырех случаях поражение распространялось на безымянные пальцы в легкой форме, не требовавшее вмешательства.

В связи с отсутствием грубых вторичных костных изменений в дошкольном возрасте всем выполняли однотипную операцию на мягких тканях. Этапы ее были следующими: дистальная дезинсерция с последующим удалением сухожилия поверхностного сгибателя на протяжении пальца и ладони, ладонно-боковая капсулотомия проксимального межфалангового сустава,

устранение сгибательной контрактуры средней фаланги с фиксацией этого сустава одной или двумя спицами. У двух пациентов произвели краевую резекцию ладонного отдела головки основной фаланги при наличии ее выраженной кубовидной деформации.

Полное иссечение ретрагированного сухожилия поверхностного сгибателя на протяжении ладони и пальца применялось с целью исключения спаечного процесса в костно-фиброзном канале, что приводит к «блокированию» сухожилия глубокого сгибателя. При деформациях средней тяжести дистальную дезинсерцию поверхностного сгибателя и капсулотомию производили из бокового лучевого доступа по нейтральной линии пальца. В тяжелых случаях, в связи со значительным дефицитом кожи по ладонной поверхности, избыточным ее натяжением, препятствующим коррекции деформации, использовали продольный волярный срединный разрез с выкраиванием встречных треугольных лоскутов (Z-пластика) для «удлинения» кожного-подкожного ладонного покрова. Для максимально возможного удаления поверхностного сгибателя производили поперечный небольшой разрез по дистальной ладонной складке, в который извлекали вместе с его ножками отсеченный от средней фаланги поверхностный сгибатель. Последний натягивали в дистальном направлении и иссекали как можно проксимальнее. Фиксация средней фаланги под углом 160–170 градусов по отношению к основной являлась, на наш взгляд, оптимальной. При попытке одномоментного создания большого разгибания (гиперкоррекции) часто наступало блокирование в проксимальном межфаланговом суставе в положении гиперэкстензии, сопровождавшееся характерным «щелчком» (это было связано с деформацией головки основной фаланги на фоне натяжения ретрагированного связочного аппарата). Кроме того, одномоментное разгибание пальца чревато развитием декомпенсации его кровообращения (перерастяжением боковых сосудисто-нервных пучков) с тяжелыми осложнениями вплоть до некроза пальца. Поэтому перед ушиванием ран обязательно снятие пневмоможгута и наблюдение в течение нескольких минут за состоянием кровообращения пальца. При малейшем сомнении мы увеличивали угол сгибания средней фаланги. После операции выполняли иммобилизацию гипсовой лонгетной повязкой в сроки от трех до четырех недель с последующим удалением спиц (концы которых оставляли над кожей). После чего назначали восстановительное лечение.

## ■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты лечения в сроки до двух лет после хирургического вмешательства изучены у всех пациентов. Рецидивы отмечены в двух случаях на начальном этапе работы. У остальных получены положительные исходы с допустимым незначительным дефицитом разгибания средней фаланги.

## ■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный опыт лечения детей в дошкольном возрасте, страдающих камптодактилией, – самый большой в Республике Беларусь, что позволяет рекомендовать его для более широкого внедрения.

## ■ ЛИТЕРАТУРА

1. Топалов, Д.П. Кампилодактилия. – 1977. – № 4. – С. 30–34.
2. Тяжелков, А.П. Реконструктивно-восстановительное лечение сложных пороков развития кисти у детей // Афтореферат. – Иркутск, 1993.
3. Peter, D. Burge Developmental anomalies of the hand / Children's orthopedics and fractures. – Third Edition. – 2010. – P. 39–356.
4. Scott, H. Kozin Camptodactyly and clinodactyly / Hand Surgery. by ed. Richard A. Berger, Arnold-Peter C. Weiss, 2004, 1<sup>st</sup> edition, – Vol. II. – Ch. 87. – P. 1478–1496.