

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

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Тихилов, Р.М. Осложнения после эндопротезирования тазобедренного сустава: парапротезная инфекция. Инструкция по применению / Р.М. Тихилов, В.М. Шаповалов. – СПб.: Изд-во РНИИТО им. Р.Р. Вреденя, 2013.
 2. Корыткин, А.А. Лечение и профилактика ранних гнойно-некротических осложнений после эндопротезирования тазобедренного сустава: автореферат / А.А. Корыткин. – Нижний Новгород, 2013.
 3. Wilson, M.G. Infection as a complication of total knee-replacement arthroplasty. Risk factors and treatment in sixty-seven cases / M.G. Wilson, K. Kelley, T.S. Thornhill // J. Bone joint Surg. Am. – 1990 – Vol. 72 (6) Jul.
 4. Мовшович, И.А. Принципы нестабильности эндопротеза тазобедренного сустава и повторное эндопротезирование / И.А. Мовшович. – 1993. – № 3 – С. 5–10.
-

Климович Г.С., Шкутько Н.О., Киевец И.Н., Беспальчук П.И.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь
6-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

Хирургическое лечение синдрома запястного канала

Синдром запястного канала – хроническое заболевание, относящееся к группе компрессионных невропатий, вызванное сдавлением срединного нерва плотной поперечной ладонной связкой (удерживателем сгибателей), являющейся волярной стенкой костно-фиброзного туннеля, в котором располагаются сухожилия сгибателей пальцев кисти, сосуды и нерв. Патология известна также под названием «компрессионная невропатия срединного нерва» или «синдром карпального канала». По данным большинства авторов, занимающихся изучением данной проблемы [4], особо предрасположены к ней женщины в возрасте 45–50 лет. Общеизвестно, что к развитию настоящего заболевания приводит активная, длительная, однообразная работа пальцами рук (в последние годы заболевание стало часто встречаться у тех пациентов, работа которых связана с использованием компьютерной клавиатуры), хроническое перенапряжение пальцев (игра на различных, в первую очередь клавишных, инструментах), использование виброинструментария. К другим состояниям, при которых возникает данная патология, относятся отеки, вызванные травмой любого вида (чаще – переломов луча в типичном месте и дистального метаэпифиза лучевой кости), ревматоидный артрит, подагра, туберкулез, гипофункция щитовидной железы, акромегалия, амилоидоз, сахарный диабет, почечная недостаточность, ранний постменопаузальный период, отеки у беременных или принимающих контрацептивы женщин [6]. Выявлена устойчивая зависимость между избыточной массой тела и наличием карпального синдрома. Помимо этого, для данной патологии характерна генетическая предрасположенность, в частности ряда наследственных характеристик (комплекция, низкорослость, квадратное запястье, толщина поперечной связки). Определенную роль в развитии синдрома карпального канала играет холодовой фактор: частота постановки диагноза и обращений по поводу данного заболевания к врачу достоверно выше в холодное время года.

Синдром запястного канала развивается вследствие сдавления срединного нерва в запястной области из-за утолщения или набухания синовиальных оболочек мышц-сгибателей [2]. В результате хронического воспалительного процесса соединительная ткань становится толще, грубее – суживается запястный канал, повышается давление внутри его, что приводит

к венозному застою, остеопорозу костей и нарушению кровоснабжения (ишемии) срединного нерва [7].

Клинические проявления синдрома запястного канала весьма разнообразны: онемение пальцев, их парестезии (ощущение «ползания мурашек», покалывания и жжения). Эти симптомы чаще сопровождаются объективными изменениями чувствительности I–II–III и лучевой стороны IV пальцев, а также снижением мышечной силы кисти [5]. Нередко симптомы имеют непостоянный характер и связаны с определенными действиями, к примеру вождение машины, длительный разговор по телефону, удерживание газеты при ее чтении. Зачастую боль, начинаясь с пальцев, распространяется на ладонь и волярную поверхность предплечья. Для заболевания характерно ночное появление симптомов, нарушающих сон пациента, особенно в тех случаях, когда болевой синдром несколько снижается при встряхивании кисти и запястья, изменения положения (опускание) рук. Возможно появление ощущения «утренней скованности» пальцев. Имеют место двусторонние поражения, но чаще патологический процесс проявляется в доминирующей (у правшей или левшей) руке [1]. Большинство пациентов жалуются на слабость и неточность движений («все валится из рук»), нарушение их координации, расстройства местного потоотделения (из-за поражения вегетативных волокон срединного нерва). Для уточнения диагноза применяются различные тесты: Тинеля (постукивание по проекции нерва в области запястья, вызывающее усиление болей в пальцах); Фалена (усиление ощущения онемения, парестезий и боли при пассивном сгибании кисти; манжеточный тест (при наложении пневматической манжетки Короткова проксимальнее места сдавления нерва и удержания в ней давления, в течении минуты, выше систолического, симптоматика усиливается).

Лечение синдрома запястного канала на ранних стадиях включает лекарственную терапию, шинирование кисти, применение физиотерапевтических процедур, имеющих противовоспалительную и анальгезирующую направленность. Однако, зачастую, из-за довольно-таки низкой эффективности данного вида лечения, спустя 3–6 месяцев после начала развития патологии требуется выполнение хирургических вмешательств: открытое или эндоскопическое рассечение поперечной связки запястья [3].

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением в Республиканском центре хирургии кисти на базе 6-й клинической больницы г. Минска за период 2012–2013 гг. находились 164 пациента с синдромом запястного канала. Это составило 2,5% от всех пациентов, леченных в отделении за указанный период. Преимущественное большинство больных были женского пола – 145 (88,4%) и лишь 19 (11,6%) – мужского. Возраст женщин составил от 25 до 78 лет (средний – 56), мужчин – от 23 до 84 лет (средний – 58). Двусторонняя локализация патологического процесса имела место у 34 (20,7%) пациентов, правая кисть поражена у 73 (44,5%) больных, левая – у 57 (34,8%). Посттравматический характер заболевания отмечен в 10 случаях (6,1%). Всем больным в амбулаторных условиях была выполнена электронейромиография – подтвержден диагноз. У 6 пациентов (3,7%) имело место наличие сопутствующих стенозирующих лигаментитов различных пальцев соответствующей кисти. В абсолютном большинстве случаев (152) срок госпитализации больных в отделение составил 3 дня. Во всех 164 случаях было выполнено оперативное вмешательство: открытая карпаротомия.

Оперативные вмешательства у всех 164 пациентов были выполнены под проводниковой анестезией – блокадой плечевого сплетения. Обязательным условием для производства операции было полноценное обескровливание конечности при помощи наложения пневможгута – манжеты Короткова на проксимальную треть предплечья (до 300 мм рт. ст.) с предварительным отдавливанием венозной крови бинтом Мартенса. В качестве оперативного доступа использовали разрез кожи по продольной ладонной складке переходящий 3–4 см на нижнюю треть предплечья. После рассечения кожи и подкожной клетчатки осуществляли ревизию

поперечной связки запястья, начиная с ее проксимального края. Под связку подводили желобоватый зонд Кохера и, избегая травматизации ветви срединного нерва, выполняли карпаротомию. Затем проводили ревизию срединного нерва и мобилизацию его от спаек (при наличии таковых). Рану послойно зашивали наглухо. Накладывали асептическую повязку и тыльную гипсовую шину от основания пальцев до средней трети предплечья. Через 12–14 дней снимали швы и, прекратив иммобилизацию кисти, проводили курс восстановительного консервативного лечения, включающего ЛФК и ФТЛ.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Все пациенты, прооперированные по поводу синдрома запястного канала перенесли оперативные вмешательства без каких-либо проблем. Большинство отметило положительную динамику уже на следующий день после хирургического лечения. Отдаленные результаты лечения изучены в сроки от 3 до 6 месяцев после карпаротомии. 148 пациентов (90,2%) остались удовлетворены исходом проведенной им операции: у них исчезли имевшиеся до хирургического вмешательства симптомы онемения, восстановилась утраченная до этого функциональная способность пальцев. 21 (61,8%) пациент из 34, имевших двустороннюю патологию, отметил значительную положительную динамику на неоперированной кисти.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хирургическое лечение синдрома запястного канала является высокоэффективным (90,2%) методом, позволяющим вернуть полноценную функцию пальцам кисти больного человека и избавить его от весьма неприятных ощущений, имевших место в дооперационном периоде как в дневное, так и в ночное время, значительно снижая качество жизни.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкенази, А.И. Хирургия кистевого сустава / А.И. Ашкенази. – Москва: Медицина, 1990. – С. 307–313.
2. Голубев, В.Г., Крупаткин, А.И., Меркулов, М.В. Туннельные синдромы верхних конечностей. Диагностика и лечение / В.Г. Голубев, А.И. Крупаткин, М.В. Меркулов. – Москва, 2005. – С. 196–198.
3. Bowers, W.N., Berner, S.H. Limited-incision tunnel release / W.N. Bowers, S.H. Berner // *Techn/Hand Upper Extremity Surg.* – 1997 – № 1. – P. 15–20.
4. DeStefano, F., Nordstorm, D.L., Vierkant, R.A. Long-term symptom outcomes of carpal tunnel syndrome and its treatment / F. DeStefano, D.L. Nordstorm, R.A. Vierkant // *J. Hand Surg.* – 1997. – 22 A. – P. 200–210.
5. Phalen, G.S. The carpal tunnel syndrome: clinical evaluation of 598 hands / G.S. Phalen // *Clin. Orthop.* – 1972. – № 83. – P. 29–40.
6. Rosen, B., Lundborg, G., Abrahamson, S.O., Handberg, L., Rosen, I. Sensory function after median nerve decompression in carpal tunnel syndrome / B. Rosen, G. Lundborg, S.O. Abrahamson, L. Handberg, I. Rosen // *J. Hand Surg.* – 1997. – 22 B. – P. 602–606.
7. Tanabe, T., Okutsu, I. An anatomical study of the palmar ligamentous structures of the carpal canal. / T. Tanabe, I. Okutsu // *J. Hand Surg.* – 1997. – 22 B. – P. 754–757.