New Day in Medicine
Новый День в Медицине
NDM

TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal









AVICENNA-MED.UZ

ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

10 (96) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
И.Ю. МАМАТОВА
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
Г.У. НУРОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского является генеральным научно-практическим консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных изданий, рецензируемых Высшей Аттестационной Комиссией Республики Узбекистан (Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (96)

2026
Октябрь

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.09.2026, Accepted: 06.10.2026, Published: 10.10.2026

УДК 616.74-007.2:617.5-089.

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИИ ПАЛЬЦЕВ И КИСТИ

Асилова Саодат Убайевна https://orcid.org/0009-0005-5589-3197
Кахоров Абдулазизхон Иззат угли Email: abdulaziz.kakharov@bk.ru

Ташкентский международный химический университет, Узбекистан, г. Ташкент, улица Шота Руставели, 156, Тел: 78 129 40 40 E-Mail: info@kiut.uz

✓ ***Резюме***

Проанализированы клинические проявления, диагностика и результаты лечения 125 больных с повреждениями сухожилия разгибателя пальцев кисти. Приведена авторская классификация повреждений (6 типов), обоснована тактика лечения в зависимости от уровня, типа и давности повреждения. Отличные и хорошие результаты получены в 87,2 % случаев.

Ключевые слова: молоткообразная деформация пальцев кисти; повреждение сухожилия разгибателя; дистальный межфаланговый сустав; тендопликация; операция Вайнштейна; артродез дистального межфалангового сустава; спица Киршнера.

CLINIC AND TREATMENT OF FINGER AND HAND DEFORMITIES

Asilova Saodat Ubayevna, Kakhorov Abdulazizkhon Izzat ugli

Tashkent International University of Chemistry, Uzbekistan Tashkent, Shota Rustaveli Street 156, Tashkent, Tel: 78 129 40 40 E-Mail: info@kiut.uz

✓ ***Resume***

The clinical manifestations, diagnosis, and treatment outcomes of 125 patients with injuries to the extensor tendon of the fingers were analyzed. An author's classification of injuries (6 types) is presented, and the treatment strategy is substantiated depending on the level, type, and duration of the injury. Excellent and good results were obtained in 87.2% of cases.

Keywords: hammer-like deformity of the fingers of the hand; extensor tendon injury; distal interphalangeal joint; tendoplication; Weinstein's operation; arthrodesis of the distal interphalangeal joint; Kirchner's spoke.

BARMOQLAR VA QO'LLARNING DEFORMATSIYASINI DAVOLASH VA DAVOLASH

Asilova Saodat Ubayevna, Kakhorov Abdulazizkhon Izzat ugli

Toshkent Kimyo Xalqaro Universiteti, O'zbekiston Toshkent, Shota Rustaveli ko'chasi 156, Tel: 78 129 40 40 E-Mail: info@kiut.uz

✓ ***Rezyume***

Barmoq ekstensor tendonining shikastlanishi bo'lgan 125 bemorning klinik ko'rinishlari, diagnostikasi va davolash natijalari tahlil qilindi. Zararning mualliflik tasnifi (6 turi) berilgan, zarar darajasi, turi va muddatiga qarab davolash taktikasi asoslangan. Ajoyib va yaxshi natijalar 87,2% hollarda olingan.

Kalit so'zlar: qo'l barmoqlarining bolg'acha deformatsiyasi; ekstansor tendonining shikastlanishi; distal falangeal qo'shma; tendoplikatsiya; Vaynshteyn operatsiyasi; distal falangeal qo'shma artrodez; Kirchner spikeri.

Актуальность

Повреждения сухожилий разгибателей на уровне дистального межфалангового сустава (ДМФС) составляют 1,5–3 % всех травм кисти. По данным Шапирова (2002), они встречаются в 30,8 % случаев повреждений опорно-двигательного аппарата. При этом диагностические ошибки достигают 28,4 %, а ошибки лечения — 36,1 % (Магдеев, 2005). Профилактики данной травмы не существует, поэтому особое значение имеет правильная тактика лечения. Нарушения разгибателя запястья и кисти в клинической практике наблюдаются чаще, чем патологии, поражающие сгибающую систему; при отсутствии признания или недостаточном лечении они приводят к значительным функциональным нарушениям и неоптимальным клиническим исходам.

В последние годы среди трудоспособного населения увеличивается количество повреждений и заболеваний сухожилия разгибателя пальцев и кисти, связанных с производственными травмами; бытовая и спортивная травма также требует исследований по повышению эффективности лечения. Проблемы сложности лечения сухожилий разгибателя пальцев отмечают многие исследователи (Georgescu A. V., 2013; Ходорковский М. А., 2012; Камолов Ф. Ф., 2020 и др.); неудовлетворительные исходы лечения этих травм достигают 15,7 %.

Несмотря на прогресс современной кистевой хирургии, общепринятого алгоритма выбора методики в зависимости от типа повреждения не существует: решения принимаются эмпирически, а рекомендации по иммобилизации и реабилитации различаются. Цель исследования — анализ клинических проявлений и обоснование тактики лечения больных с повреждениями сухожилия разгибателя пальцев кисти.

Травма сухожилия разгибателя на уровне ДМФС возникает при механизме резкого сгибания дистальной фаланги при прямом ударе или падении. Клинически повреждение проявляется нарушением активного разгибания дистальной фаланги при сохранном кровоснабжении и чувствительности. Застарелые повреждения приводят к стойкой молоткообразной деформации пальца, при которой вследствие перераспределения нагрузки на разгибательный аппарат нередко формируется вторичная гиперэкстензия проксимального межфалангового сустава (ПМФС) — деформация «лебединой шеи».

Разгибательный аппарат пальцев представлен центральным пучком, боковыми пучками и треугольной связкой, образующими на уровне проксимальной фаланги капюшон разгибателя (extensor hood). Разгибатель пальцев brevis manus — вспомогательная мышца, расположенная в четвёртом разгибателе; она может быть как односторонней, так и двусторонней. Происхождение мышцы варьируется, хотя чаще всего оно возникает от спинной капсулы запястья глубоко до разгибателя сетчатки. Обычно она вводится на разгибатель указательного или среднего пальцев, но иногда может вставляться и на четвёртый и пятый пальцы. Знание вариативной анатомии разгибательного аппарата имеет значение при диагностике повреждений и планировании хирургической реконструкции.

Диагностика

Диагноз устанавливается на основании анамнеза (прямой удар в область сустава, падение), клинической картины (дефицит активного разгибания дистальной фаланги при сохранной пассивной подвижности) и инструментальных методов. Обязательной составляющей обследования является рентгенография пальцев в двух проекциях, позволяющая исключить отрывной перелом основания дистальной фаланги, который имеет принципиальное значение для выбора тактики лечения.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) — высокоразрешающая, доступная и экономически эффективная методика мышечно-скелетной визуализации, которая позволяет визуализировать мягкие ткани пальцев, а также прилегающие костные поверхности (Klauser A., Frauscher F., Bodner G., et al., 2002). Ультрасонографическое исследование в предоперационном периоде даёт возможность определить место расположения концов повреждённого сухожилия и контролировать репаративный процесс в послеоперационном периоде. Магнитно-резонансная томография (МРТ) обеспечивает отличный контраст и пространственное разрешение, позволяя точную, неинвазивную оценку всех опорно-двигательных тканей запястья и кисти, что особенно важно при застарелых повреждениях с формированием рубцового регенерата.

В качестве основных диагностических критериев профессиональной патологии кисти принимают величину снижения силы мышц ведущей кисти по результатам динамометрии за предшествующий медицинскому осмотру год не менее чем на 5 % и наличие при УЗИ признаков тендинопатии в структуре сухожилий сгибателей I–V пальцев. Дополнительными критериями служат жалобы на патологические ощущения в кистях и установленное при стимуляционной электромиографии снижение скорости проведения сигнала по сенсорным волокнам срединного или локтевого нервов. Такой подход обеспечивает раннюю диагностику заболеваний мягких тканей кисти у работников, подверженных физическому перенапряжению и микротравматизации при стаже работы 5 лет и более.

Цель исследования: изучит особенности клинику и лечения деформации пальцев и кисти

Материал и метод

Под наблюдением находились 125 больных (2018–2026 гг.): мужчин — 72, женщин — 53. Возрастная распределённость: 20–30 лет — 52 больных; 31–40 лет — 48; 41–50 лет и старше — 25. Причины повреждения: прямой удар в область ДМФС, производственная травма, бытовая и спортивная травма.

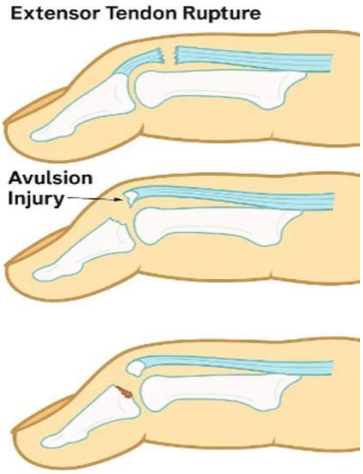


Рис. 1. Виды повреждения сухожилия разгибателя на уровне дистального межфалангового сустава



Рис. 2. Клиническая картина повреждения сухожилия разгибателя в межфаланговом суставе

При изучении клинических данных и в зависимости от уровня и характера повреждения нами создана классификация повреждения сухожилия разгибателя пальцев и кисти, включающая 6 типов (табл. 1).

Таблица 1 — Распределение больных по типу и характеру повреждения

Тип повреждения	Характер повреждения	Количество больных	Процентное отношение
I тип	Закрытое сухожильно-апоневротическое растяжение разгибателя от места прикрепления	49	39,2 %
II тип	Отрывной перелом проксимального конца ногтевой фаланги с наличием сухожильно-апоневротического растяжения	31	24,8 %
III тип	Отрывной перелом проксимального конца ногтевой фаланги с тугоподвижностью дистального межфалангового сустава	11	8,8 %
IV тип	Повреждение средней порции сухожильного растяжения разгибателя пальца на уровне средней фаланги	22	17,6 %
V тип	Открытое повреждение сухожилия разгибателя на уровне дистального межфалангового сустава	7	5,6 %
VI тип	Открытое повреждение сухожилия разгибателя с дефектом кожного покрова	5	4,0 %
Всего		125	100 %

Из таблицы видно, что большинство больных составили пациенты с повреждениями I типа — 49 (39,2 %) и II типа — 31 (24,8 %); реже встречались повреждения V типа — 7 (5,6 %) и VI типа — 5 (4,0 %).

Методы исследования: клинические, рентгенологические и УЗИ-исследования; оценка результатов лечения проводилась по балльной шкале (отлично — 5 баллов … плохо — 2 балла). Нами разработан алгоритм выбора тактики лечения: при повреждении сухожилия разгибателя выбор тактики зависит от уровня и давности травмы. При повреждении на уровне ДМФС свежее повреждение (до 1 мес.), I–II типы, подлежало консервативному лечению — с применением шины в гиперэкстензии пальца сроком 6 недель (эффективность более 98,5 % при полном разгибании). При давности повреждения свыше 4 недель на уровне ДМФС пальцев кисти или неудаче консервативного лечения проводилось хирургическое лечение по разработанной методике (тендопликация сухожилия и регенерата с трансоссальной фиксацией спицей Киршнера); на уровне ПМФС — операция Вайнштейна (формирование центрального пучка из боковых пучков сухожилия разгибателя); на уровне кисти и предплечья — перемещение сухожилия сгибателя на разгибатель. Показания к операции: неэффективность консервативного лечения, разрыв сухожилия давностью более 4 недель.

Клинические примеры

Пример больного № 1. Больной «Б-в», 42 года. Диагноз: застарелое повреждение сухожилия разгибателя на уровне ДМФС II пальца справа. Поступил через 3 месяца после травмы. Проведена операция: тенолиз сухожилия и регенерата; трансоссальная фиксация спицей Киршнера («писчее перо») через ногтевую фалангу; тендопликация сухожилия и регенерата. Гипсовая лонгета — 6 недель. Исход: через 6 недель спица и гипс удалены; срок нетрудоспособности — 8 недель. Функция пальцев кисти восстановлена полностью.

Пример больного № 2. Больная «Ш-ва», 36 лет. Диагноз: ушибленная рана III пальца правой кисти с повреждением сухожилия разгибателя на уровне ДМФС. Госпитализирована в экстренном порядке; проведены антибактериальная и симптоматическая терапия, перевязки. На 5-е сутки после травмы выполнена операция: первичная хирургическая обработка раны, шов сухожилия разгибателя; наложена конструкция из спиц предложенным способом. Послеоперационный период без осложнений; швы сняты на 14-е сутки. Фиксация спицами — 5 недель, затем восстановительное лечение — 3 недели. Исход: функция кисти восстановлена полностью.

Пример больного № 3. Больная «Р-а», 38 лет. Диагноз: застарелое повреждение сухожилия разгибателя на уровне ПМФС IV пальца левой кисти (повреждение IV типа), давность — 2 месяца. Проведена операция Вайнштейна: из боковых пучков сухожилия разгибателя сформирован центральный пучок. Иммобилизация гипсовой лонгетой — 4 недели, затем курс физиотерапии и лечебной гимнастики — 3 недели. Исход: через 3 месяца после операции активное разгибание и сгибание в ПМФС восстановлены практически в полном объёме, дефицит разгибания не превышает 10°, оценка — «хорошо».

Результат и обсуждение

Критерии оценки результатов: отлично — полное сгибание и разгибание, без болей; хорошо — дефицит разгибания 0–15°; удовлетворительно — дефицит 15–30°; плохо — дефицит более 35°, постоянные боли.

Таблица 2 — Результаты лечения больных по типам повреждения

Тип повреждения	Плохие результаты до лечения	После лечения: отлично и хорошо	После: удовл. / плохо
I тип (49 больных)	45 больных (91,8 %)	45 (91,8 %)	4 (8,2 %) / 0
II тип (31 больной)	22 (71,0 %)	27 (87,1 %)	3 (9,7 %) / 1 (3,2 %)
III тип (11 больных)	9 (81,8 %)	9 (81,8 %)	1 (9,1 %) / 1 (9,1 %)
IV тип (22 больных)	17 (77,3 %)	18 (81,8 %)	3 (13,6 %) / 1 (4,6 %)
V тип (7 больных)	6 (85,7 %)	6 (85,7 %)	0 / 1 (14,3 %)
VI тип (5 больных)	4 (80,0 %)	4 (80,0 %)	1 (20,0 %) / 0

Таблица 3 — Отличные и хорошие результаты после лечения по типам повреждений

Показатель	I тип	II тип	III тип	IV тип	V тип	VI тип
Число больных (n)	49	31	11	22	7	5
Отличные и хорошие результаты, %	91,8	87,1	81,8	81,8	85,7	80,0

Примечание: отличные и хорошие результаты после лечения, % от числа больных данного типа (всего 125 больных). Средний показатель по всем типам — 87,2 % (109 из 125 больных).

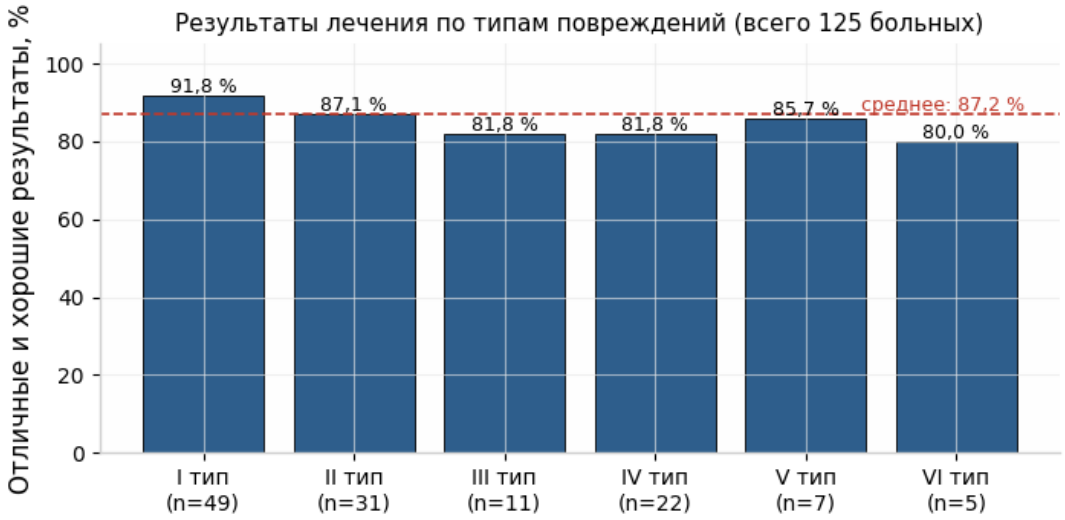


Рис. 3. Отличные и хорошие результаты после лечения по типам повреждений

Заключение

Проведённый анализ показал, что исход лечения повреждений сухожилия разгибателя пальцев кисти определяется уровнем, типом и давностью повреждения. Применение разработанного алгоритма тактики лечения позволило получить отличные и хорошие результаты

в 87,2 % случаев (109 из 125 больных). Ранняя диагностика с использованием клинического осмотра, рентгенографии, ультрасонографии и при необходимости МРТ является обязательным условием правильного выбора тактики лечения.

1. Клиника повреждения сухожилия разгибателя ДМФС характеризуется нарушением активного разгибания дистальной фаланги при механизме резкого сгибания пальца; при застарелых повреждениях формируется молоткообразная деформация с возможным развитием вторичной деформации «лебединой шеи».
2. Диагностика должна включать клиническое исследование, рентгенографию (исключение отрывного перелома основания дистальной фаланги), ультрасонографию и при сложных случаях — МРТ.
3. Тактика лечения зависит от типа и давности повреждения: свежие повреждения (до 1 мес.) I–II типов эффективно лечатся консервативно — шиной в положении переразгибания на 6 недель (эффективность 98,5 %).
4. Застарелые повреждения (более 4 недель), неудача консервативного лечения, а также открытые повреждения являются показаниями к оперативному лечению.
5. Разработанная классификация (6 типов) и алгоритм выбора тактики лечения позволяют индивидуализировать лечение больных и получить 87,2 % отличных и хороших результатов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Шапиро ЛМ. Повреждения опорно-двигательного аппарата: эпидемиология и исходы лечения. Москва; 2002. 214 с.
2. Магдеев РК. Диагностические и лечебные ошибки при повреждениях сухожилий кисти. Травматология и ортопедия. 2005;(3):45-49.
3. Волкова ЮС, Родоманова ЛА. Ретроспективный анализ отдаленных результатов лечения подкожных разрывов сухожилий разгибателей пальцев кисти с их молоткообразной деформацией. Травматология и ортопедия России. 2025;31(2):98-110.
4. Камолов ФФ. Новые подходы к хирургическому лечению и иммобилизации при закрытых повреждениях сухожилий разгибателей пальцев кисти в 1-й зоне [автореферат диссертации]. Новосибирск; 2020. 25 с.
5. Камолов ФФ, Байтингер ВФ, Селянинов КВ. Оптимизация лечения повреждений сухожилий разгибателей пальцев кисти в первой зоне. Гений ортопедии. 2022;28(1):39-45.
6. Klauser A, Frauscher F, Bodner G, et al. Finger pulley injuries in extreme rock climbers: depiction with dynamic US. Radiology. 2002;222:755-761.
7. Chauhan A, Jacobs B, Andoga A, Baratz ME. Extensor tendon injuries in athletes. Sports Med Arthrosc Rev. 2014;22(1):45-55.
8. McMurtry JT, Isaacs J. Extensor tendon injuries. Clin Sports Med. 2015;34(1):167-180.
9. Bhat AK, Acharya AM, Mane PP, Karegowda LH. Correlation of flexor pollicis longus tendon status by ultrasonography with plate position on radiographs following volar plate fixation of distal radius fractures. Indian J Orthop. 2021;55(4):1015-1021.
10. Kawamura K, Naito K, Yamamoto Y, et al. Acute extensor pollicis longus tendon injury associated with a distal radius fracture: a case report. Am J Case Rep. 2025;26.
11. Papatolicas KA, Clingin JE, Nicks RJ. Dorsal blocking orthoses for proximal interphalangeal joint volar plate injuries: a retrospective cohort study. J Hand Ther. 2025;38(1):91-96.
12. Taradolpisut N, Suwannakhan A, Berkban T, et al. Accessory extensor pollicis longus from the extensor digitorum: a rare case report and review of the literature. Surg Radiol Anat. 2023;45(7):911-916.
13. Öztürk K, Dursun A, Kastamoni Y, Albay S. Anatomical variations of the extensor tendons of the fetal thumb. Surg Radiol Anat. 2021;43(5):755-762.
14. Peters SE, Jha B, Ross M. Rehabilitation following surgery for flexor tendon injuries of the hand. Cochrane Database Syst Rev. 2021;(1).
15. Patil A, Gurudut P, Rajput DU, et al. Comparative effect of MaRhyThe® versus therapeutic ultrasound on hand mobility and function following post-operative hand tendon injuries. J Physiother Res. 2026. In press.
16. Vuillemin V, Guerini H, Bard H, Morvan G. Stenosing tenosynovitis. J Ultrasound. 2012;15:20-28.

Поступила 20.09.2026