

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ И ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.747.52:616.7-001.39

### Аномальная глубокая ладонная мышца: описание случая

С.А. Голобородько, М.М. Василюнец

Харьковская медицинская академия последипломного образования, областная клиническая травматологическая больница. Украина

Ужгородский национальный университет, Закарпатская областная клиническая больница им. А. Новака. Украина

**Ключевые слова:** глубокая ладонная мышца, синдром канала запястья

#### Введение

Аномальная глубокая ладонная мышца (palmaris profundus—PP) является редкой патологией. В англоязычной литературе описано всего лишь несколько случаев [1, 2, 5, 7], а в доступной отечественной литературе мы не встретили ни одного упоминания об этой аномалии развития. Поэтому нам представляется интересным поделиться собственным наблюдением.

#### Клинический пример

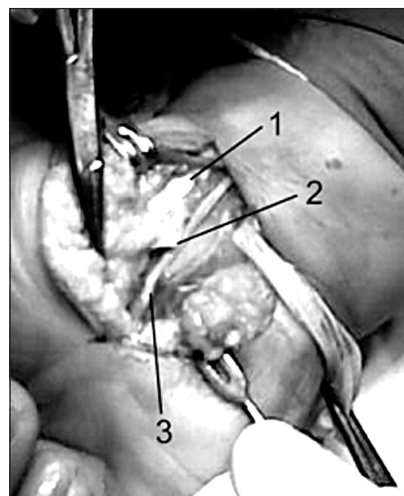
Больная А., 52 лет, обратилась в Харьковскую областную клиническую травматологическую больницу (ХОКТБ) с жалобами на онемение и боли, особенно ночью и после физической нагрузки, в I–III пальцах обеих кистей. По словам больной, онемение пальцев кисти возникло без особой причины примерно 22 года назад. Пациентка лечилась консервативно с кратковременным положительным эффектом. Резкое ухудшение состояния наступило 1 год назад.

При клиническом обследовании установлено следующее. На обеих кистях были положительными симптомы Фалена (прямой и обратный), Танцера, «пальцевой компрессии», Тетро, провокационный тест [4, 8], тест «манжетки», постуральной провокации. Симптом Гоффманна-Тинеля со срединного нерва на правой кисти был положительным, а на левой — отрицательным. Симптомы Шпурлинга и Бертши — отрицательные. Отмечалась гипестезия ладонной поверхности I–III пальцев обеих кистей. Двигательных и сосудистых расстройств не выявлено.

Установлен клинический диагноз: двусторонний синдром канала запястья.

До поступления в стационар было выполнено электродиагностическое исследование, результаты которого также свидетельствовали о наличии у пациентки двустороннего синдрома канала запястья. На следующий день после поступления больной была выполнена операция на правой кисти по принятой в ХОКТБ методике, которая заключалась в Z-образном рассечении удерживателя сгибателей, мезоэпиневролизе срединного нерва, а затем в сшивании концов удерживателя сгибателей дорсальнее срединного нерва. При этом срединный нерв оказывается расположенным за пределами восстановленного канала запястья и лежит на шите с удлинением удерживателя сгибателей [3].

Во время проведения операции обнаружен утолщенный срединный нерв, по радиальной стороне которого проходило сухожилие, плотно соединенное с нервом общей фасциальной оболочкой. Выполнен мезоэпиневролиз. Обнаруженное сухожилие отделено от срединного нерва. В дистальном направлении аномальное сухожилие шло внутри канала запястья и на выходе из него изнутри прикреплялось к ладонному апоневрозу. В проксимальном направлении сухожилие переходило в мышцу, характерная мышечная структура которой определялась уже на уровне входа в канал запястья. Имелось также и сухожилие длинной ладонной мышцы, которое располагалось в радиальной части операционной раны и находилось воляжнее удерживателя сгибателей (см. рисунок). При потягивании за сухожилие длинной ладонной мышцы мы не заметили расслабления аномального сухожилия. Не было расслабления сухожилия длинной ладонной мышцы и при потягивании за PP. Это позволило нам сделать вывод, что эти две сухожильно-мышечные единицы являются отдельными анатомическими структурами и не связаны между собой. При завершении операции удерживатель сгибателей был шит дорсальнее срединного нерва, причем аномальное сухожилие осталось внутри канала запястья.



**Рисунок.** Аномальная глубокая ладонная мышца: 1) сухожилие длинной ладонной мышцы; 2) радиальный край рассеченного удерживателя сгибателей; 3) сухожилие глубокой ладонной мышцы

## Обсуждение

Аномальная глубокая ладонная мышца была впервые описана Frohse and Fränkel в 1908 году (цит. по [7]). Данная аномалия встречается чрезвычайно редко. Так, Riemann et al. при аутопсии лишь в одном случае из 1600 обнаружили РР (цит. по [7]). В клинической практике описаны лишь единичные случаи обнаружения РР, при этом в большинстве своем наличие этой аномалии рассматривалось как причина возникновения синдрома канала запястья [1].

Аномальная мышца начинается от фиброзных тканей проксимальной трети волярно-радиальной поверхности предплечья, продолжается дистально в виде сухожилия, которое находится чаще всего на ладонно-ульнарной поверхности срединного нерва [5]. В нашем же случае, как и у некоторых других авторов [5], сухожилие проходило вдоль радиальной поверхности срединного нерва. В конце концов сухожилие вместе со срединным нервом входит в канал запястья и на выходе из канала прикрепляется к дорсальной поверхности ладонного апоневроза. Иногда, как и в нашем случае, РР и срединный нерв интимно связаны между собой общей фасциальной оболочкой. Поэтому Sahinoglu et al. назвали РР «musculus comitans nervi mediani» (цит. по [5]).

Мы, как и другие врачи [7], не выделяли РР в проксимальном направлении, так как для этого потребовалось бы значительно продлить разрез. А это противоречило бы клинической ситуации. Поэтому знания о месте начала РР основаны только на изучении анатомических препаратов [5].

В описываемом нами случае РР обнаружена у больной с клиникой синдрома канала запястья. В литературе изложены случаи двустороннего синдрома канала запястья с наличием РР [2]. Но у данной пациентки мы такого не наблюдали. Через 1,5 года после операции на правой кисти была выполнена транспозиция срединного нерва и на левой кисти по поводу синдрома канала запястья. На левой кисти аномальная РР отсутствовала. Результат двух операций, оцененный по критериям Naito et al. [6], признан хорошим.

## Литература

1. Fatah M.F. Palmaris profundus of Frohse and Fränkel in association with carpal tunnel syndrome [Text] / M.F. Fatah // J. Hand Surg. — 1984. — Vol. 9B, No. 2. — P. 142–144.
2. Floyd T. Bilateral palmaris profundus causing bilateral carpal tunnel syndrome [Text] / T. Floyd, R.S. Burger, C.A. Sciaroni // J. Hand Surg. — 1990. — Vol. 15A, No. 2. — P. 364–366.
3. Goloborod'ko S.A. A surgical method for treatment of the carpal tunnel syndrome [Text] / S.A. Goloborod'ko // Indian Journal Orthop. — 2000. — Vol. 34, No. 1. — P. 35–38.
4. Goloborod'ko S.A. Provocative test for carpal tunnel syndrome [Text] / S.A. Goloborod'ko // J. Hand Ther. (Am.). — 2004. — Vol. 17, No. 3. — P. 344–348.
5. Variant palmaris profundus enclosed by an unusual loop of the median nerve [Text] / Hsiu-Chu Chou, Hellen Jeng, Tsui-Ling Ko et al. // J. Anat. — 2001. — Vol. 199. — P. 499–500.
6. Naito M. Carpal tunnel syndrome in chronic renal dialysis patients: clinical evaluation of 62 hands and results of operative treatment [Text] / M. Naito, K. Ogata, T. Goya // J. Hand Surg. — 1987. — Vol. 12B, No. 3. — P. 366–374.
7. Server F. Carpal tunnel syndrome caused by an anomalous palmaris profundus tendon [Text] / F. Server, R.C. Miralles, D.C. Galcera // J. Anat. — 1995. — Vol. 187. — P. 247–248.
8. Голобородько С.А. Сонографическая верификация провокационного теста, используемого для диагностики синдрома канала запястья [Текст] / С.А. Голобородько, С.К. Рамалданов // Ортопед. травматол. — 2009. — № 4. — С. 52–54.

Статья поступила в редакцию 29.12.2009 г.