

Голобородько С.А.
Деформация Кирнера.

Впервые деформация была описана в 1927 году Кирнером, именем которого она и названа [3]. Деформация в классическом варианте представляет собой билатеральную симметричную радиопальмарную девиацию дистальных фаланг V пальцев кисти. Однако деформация иногда встречается только на одной руке.

Причины возникновения деформации до сих пор не выяснены, хотя и существуют различные теории и предположения [3, 4]. Деформация обычно обнаруживается в период между 8-мью и 14-тью годами, причем в 2 раза чаще у лиц женского пола [1].

В зарубежной литературе до 1986 года было описано 64 случая деформации Кирнера [3], а в отечественной литературе мы не встретили ни одной публикации по данному вопросу. Поэтому приводим собственное наблюдение этой редкой патологии.

Родители девочки С., 10 лет, обратили внимание на беспричинное возникновение деформации дистальной фаланги и изменение формы ногтевой пластинки V пальца левой кисти. Точного срока возникновения деформации установить не удалось. При опросе родственников подобной патологии ни у кого не выявлено.

При осмотре отмечается выраженная радиопальмарная девиация дистальной фаланги V пальца левой кисти. По тыльной поверхности основания дистальной фаланги пальца определяется умеренная гиперемия плотного, безболезненного при пальпации, выступа. Ногтевая пластинка деформирована по типу «клюва попугая». Двигательных, чувствительных и сосудистых расстройств не выявлено.

На произведенных рентгенограммах V пальцев обеих кистей определяется деформация дистальной фаланги V пальца левой кисти под углом, открытым в радиальную и пальмарную стороны (см. рисунок в разделе «Для врачей», страница 3), причем указанная деформация связана с радиопальмарной девиацией исключительно диафиза фаланги. Кроме того, диафиз истончен, уплотнен, потеряна его трабекулярная структура. Изменений со стороны эпифиза не выявлено. Отмечены признаки закрытия зоны роста.

Установлен диагноз: деформация Кирнера V пальца левой кисти.

В настоящее время нет единого подхода к лечению этой патологии. Некоторые врачи предлагают хирургические способы лечения [1], другие [2, 3] отдают предпочтение консервативному методу.

Мы в данной ситуации решили ограничиться только лишь наблюдением, так как отсутствовали условия для длительного консервативного лечения. Если же после закрытия зоны роста больную каким-то образом (в функциональном или косметическом плане) будет беспокоить деформация, то возможна хирургическая коррекция, например путем остеотомии дистальной фаланги [1]. Хирургическое лечение до закрытия зоны роста, по нашему мнению, да и по мнению других авторов [3], может привести к повреждению этой зоны со всеми вытекающими отсюда последствиями. Однако нельзя категорически утверждать, что во всех случаях необходимо придерживаться такой тактики, так как многое может зависеть от различных объективных и субъективных обстоятельств у каждого конкретного больного.

Литература.

1. Carstam N., Eiken O. // J. Bone Joint Surg. – 1970. – Vol. 52-A. – P. 1663-1665.
2. Dykes R.J. // J. Bone Joint Surg. – 1978. – Vol. 60-B. – P. 58-60.
3. Freiberg A., Forrest C. // J. Hand Surg. – 1985. – Vol. 11-A. – No. 1. – P. 28-32.
4. Wilson I.N. // J. Bone Joint Surg. – 1952. – Vol. 34-B. – P. 236-239.