

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

<https://doi.org/10.52581/1814-1471/93/10>
УДК 617.576-001-089:001.4:81'373.23



ЭПОНИМЫ В ХИРУРГИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ КИСТИ

П.А. Березин^{1,2}, А.С. Золотов³✉

¹ Клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.В. Соловьёва,
Ярославль, Российская Федерация

² Архангельская областная клиническая больница,
Архангельск, Российская Федерация

³ Медицинский центр Дальневосточного федерального университета,
Владивосток, Российская Федерация

Аннотация

В статье представлена история возникновения наиболее устоявшихся и распространенных эпонимических терминов, характеризующих повреждения на кисти.

Ключевые слова: история медицины, медицинские эпонимы, хирургия кисти.

Конфликт интересов: авторы подтверждают отсутствие явного и потенциального конфликта интересов, связанного с публикацией настоящей статьи, о котором необходимо сообщить.

Прозрачность финансовой деятельности: никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

Для цитирования: Березин П.А., Золотов А.С. Эпонимы в хирургии повреждений кисти. Вопросы реконструктивной и пластической хирургии // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. 2025. Т. 28, № 2. С. 91–102. doi: 10.52581/1814-1471/93/10

HISTORY OF MEDICINE

EPONYMS IN HAND INJURY SURGERY

P.A. Berezin^{1,2}, A.S. Zolotov³

¹ Yaroslavl Region Clinical Hospital for Emergency Medical Care named after N.V. Solovyov,
Yaroslavl, Russian Federation

² Arkhangelsk Regional Clinical Hospital,
Arkhangelsk, Russian Federation

³ Medical Center of the Far Eastern Federal University,
Vladivostok, Russian Federation

Abstract

The history of the emergence of the most established and widespread eponymous terms characterizing injuries to the hand has been presented in the article.

Keywords: history of medicine, medical eponyms, hand surgery.

Conflict of interest: the authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Financial disclosure: no author has a financial or property interest in any material or method mentioned.

For citation: Berezin P.A., Zolotov A.S. Eponyms in hand injury surgery. *Issues of Reconstructive and Plastic Surgery*. 2025;28(2):91-102. doi: 10.52581/1814-1471/93/10

ВВЕДЕНИЕ

Возможно, вы читаете эти строки за чашкой утреннего чая с сэндвичем и, увлекшись содержанием статьи, в легкой панике будете пытаться успеть на работу или уже успели «залатать» всех поступивших в ваше отделение хулиганов с повреждениями кисти с присущей вам грацией и, надев макинтош, готовы вскоре покинуть лечебное учреждение. И сами того не ведая, вы только что прочитали пять эпонимов (граф Сэндвич, греческий бог Пан, Патрик Хулихан, римская богиня Грация, Чарльз Макинтош). В переводе с древнегреческого термин «эпоним» (ἑπώνυμος) дословно означает «дающий имя». Приведенный выше пример ярко показывает, что эпонимы стали неотъемлемой частью нашей повседневной жизни. Эпонимы широко используются и в медицине, в травматологии и ортопедии в частности. Однако употребление эпонимов иногда может приводить к путанице, и крайне важно, чтобы при применении их значение было ясным и одинаковым для того, кто их упоминает и для того, кто их слышит. Узнать больше о людях, стоящих за эпонимами – один из способов облегчить их понимание и запоминание.

В настоящей статье представлены обзор наиболее распространенных эпонимов в хирургии повреждений кисти, охарактеризовано их современное использование, а также приведены краткие биографические сведения о людях, их описавших. Поиск информации был проведен в отечественных и иностранных базах данных (eLibrary, PubMed, Scholar Google), руководствах по травматологии и ортопедии, периодических изданиях, интернет-ресурсах.

В доступной литературе и интернет-источниках мы встретили описание 14 эпонимов повреждения костных и мягкотканых структур на кисти [1–10]. Среди обнаруженных эпонимов пять (переломовывих Кинбека, переломовывих Элеккера, перелом Мессельбруха, перелом Фишера, перелом Уилсона) были нами исключены. Несмотря на то что упоминание этих терминов встречается в авторитетных источниках по травматологии и ортопедии и хирургии кисти [2, 5], ссылки на оригинальные работы в них не приводятся. При проведении тщательного литературного поиска данные эпонимы нам больше не встретились. Исходя из этого, мы сосредоточили свое внимание на оставшихся 9 терминах, постарались найти их оригинальное описание, а также представить краткие биографические сведения о тех замечательных ученых, которые их описали.

ПЕРЕЛОМОВЫВИХ ДЕ КЕРВЕНА

Перелом ладьевидной кости, ассоциированный с волярным вывихом полулунной кости, свя-

занной с проксимальным фрагментом ладьевидной кости, впервые был описан швейцарским хирургом Фрицем де Кервеном (Fritz de Quervain) в 1902 г. [11].



Фриц де Кервен (1868–1940)
Fritz de Quervain (1868–1940)

Ф. Де Кервен родился в городе Сьон 4 мая 1868 г. в семье пастора, в которой помимо него было еще 9 детей (4 брата и 5 сестер). После получения среднего образования, весной 1887 г. де Кервен сдал вступительный экзамен на медицинский факультет Бернского университета. Во время обучения в Берне он посещал занятия многих уважаемых преподавателей, в том числе Теодора Кохера и Теодора Лангганса – выдающего патолога, в честь которого названы клетки Лангганса, выстилающие стенки артерий. Весной 1892 г., сдав государственный экзамен на получение лицензии, Ф. де Кервен приступил к работе третьим ассистентом доктора Т. Кохера в хирургическом госпитале в Берне. Всего через 18 месяцев он стал первым ассистентом, или руководителем хирургической клиники [12].

В ноябре 1894 г., подталкиваемый потребностью в самостоятельной деятельности, Ф. де Кервен решил покинуть Бернский университет и переехать в Ла-Шо-де-Фон, округ в горах Невшатель. Этот округ с населением около 30 тыс. человек обеспечил его обилием пациентов с различными патологиями, что расширило его познания в медицине и послужило основой для многочисленных публикаций. За 15 лет, проведенных в Ла-Шо-де-Фон, Ф. де Кервен написал ряд книг и статей, включая знаменитую публикацию, описывающую стенозирующий лигаментит первого канала тыльной связки запястья [13] и книгу по хирургической диагностике под названием «Клиническая хирургическая диагностика для студентов и практиков». Данное руководство выдержало пять переизданий и было переведено на пять языков, включая русский [12, 14].

Именно во время пребывания в Ла-Шо-де-Фон Ф. де Кервен описал то, что он впоследствии назвал «типичным переломовывихом в кистевом суставе (рис. 1)» [11]. Летом 1901 г. Де Кервену довелось наблюдать пострадавшего 24 лет, упавшего с большой высоты. Рентгенограммы позволили выявить у него двусторонний перелом ладьевидной кости, ассоциированный с волярным вывихом полулунной кости, связанной с проксимальным фрагментом ладьевидной кости. Больной был прооперирован: поочередно с разницей в несколько дней выполнено удаление сместившихся полулунной кости с проксимальным фрагментом ладьевидной. В результате проведенного лечения пациент выздоровел и смог вернуться к труду [11].



Рис. 1. Переломовывих де Кервена: волярное смещение полулунной кости (L) с проксимальным фрагментом ладьевидной (N₂). Иллюстрация из англоязычного издания «Клиническая хирургическая диагностика для студентов и практиков» [13]

Fig. 1. De Quervain's fracture-dislocation: volar displacement of the lunate bone (L) with a proximal fragment of the scaphoid (N₂). Illustration from the English-language publication "Clinical Surgical Diagnostics for Students and Practitioners" [13]

Данное клиническое наблюдение и изучение скудных данных имеющейся на тот момент литературы позволили Ф. де Кервену сделать вывод о том, что подобное сочетание следует рассматривать как типичный процесс, подобный переломовывихам в некоторых других суставах. Своими умозаключениями де Кервен поделился в ежемесячном журнале, посвященном неотложной медицине, где выразил пожелание, чтобы его мысли должны быть проверены на более обширном материале [14].

Возможно, тем, кто способствовал тому, что данное повреждение получило имя де Кервена, был его ученик, доктор В. Шох. В своем труде «Вклад в понимание типичного переломовывиха в запястном суставе» (1908) В. Шох отметил, что в течение трех последующих лет после пер-

воначальной публикации де Кервену довелось наблюдать еще троих больных с данной травмой запястья. Шох также описал пять подобных случаев, что вкупе с наблюдениями де Кервена позволило подтвердить теорию последнего о «типичности повреждения» [11]. Поскольку оригинальные работы Ф. де Кервена, за редким исключением редко переводились на другие языки [12], термин «переломовывих», или «перелом де Кервена» чаще встречается в германоязычной литературе.

Жизнь Ф. де Кервена после отъезда из Ла-Шо-де-Фона сложилась следующим образом: в 1910 г. он получил предложение возглавить кафедру хирургии в Базельском университете и ответил согласием, а в 1918 г. сменил внезапно умершего Т. Кохера на посту главы клиники хирургии в университете Берна и оставался на этой должности до октября 1938 г., хотя вплоть до своего ухода из жизни оставался активным, выполняя некоторые операции и проводя научные исследования. 24 января 1940 г. Фриц де Кервен скоропостижно скончался от осложнений, вызванных тромбозом воротной вены. За три дня до смерти он провел свою последнюю операцию [12].

СИНДРОМ ФЕНТОНА

Перелом ладьевидной кости, ассоциированный с переломом проксимального полюса головчатой кости и разворотом последнего на 90–180°, носит название «синдром Фентона». Хотя данное повреждение было впервые описано в 1937 г. Lorie и Perves с соавт. независимо друг от друга, свое название оно получило благодаря американскому хирургу Ричарду Фентону, представившему два клинических наблюдения в 1950-х гг. (рис. 2, 3) [15, 16].

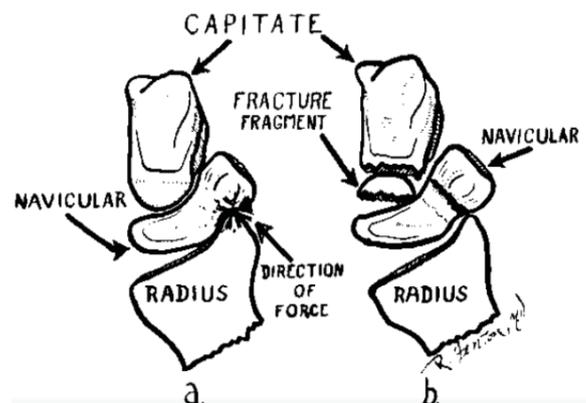


Рис. 2. Изображение из статьи Р. Фентона: предполагаемый механизм (a) и характерный внешний вид повреждения в сагиттальной плоскости (b) [16]

Fig. 2. Image from R. Fenton article: proposed mechanism (a) and characteristic appearance of the injury in the sagittal plane (b) [16]

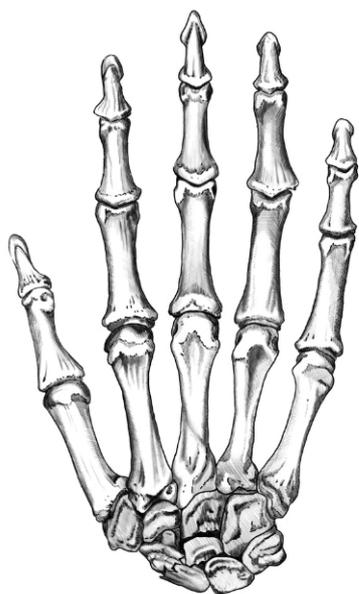


Рис. 3. Переломовывих Фентона: вид во фронтальной плоскости (автор рисунка Р. Иевлева)

Fig. 3. Fenton fracture-dislocation: frontal view (drawing by R. Ievleva)

Р. Фентон родился 3 мая 1922 г. в Нью-Йорке. После получения медицинской степени в 1946 г. посвятил себя карьере в армии. Являлся ветераном войны в Корее, служил в Форт-Брэгг в должности заведующего отделением ортопедии. После службы в армии вел частный прием в качестве ортопеда в Тарритауне, небольшом поселке в штате Нью-Йорк. Фентон умер 5 октября 2010 г. в возрасте 88 лет [17].

ПЕРЕЛОМ БЕННЕТТА

Косой внутрисуставной перелом основания первой пястной кости впервые был представлен ирландским хирургом Эдвардом Галлараном Беннеттом в 1881 г. [18].



Эдвард Галларан Беннетт (1837–1907)
Edward Hallaran Bennett (1837–1907)

Э.Г. Беннетт родился в г. Корк (Ирландия) 9 апреля 1837 г. в семье юриста. После получения среднего образования в 17 лет, он поступил в Тринити-колледж в Дублине, где учился под руководством Роберта Уильяма Смита, наиболее известного по одноименному перелому дистального метаэпифиза лучевой кости. Р.У. Смит познакомил юного Беннетта с миром ортопедии. Э. Беннетт окончил обучение в 1859 г., получив степень бакалавра медицины и магистра хирургии, а в 1864 г. получил степень доктора медицины, после чего устроился в госпиталь сэра Патрика Дана, чтобы заниматься хирургией, а также стал университетским анатомом. В 1873 г. он стал преемником своего учителя Р.У. Смита на посту профессора хирургии и куратора Патологического музея Тринити-колледжа, а в 1880 г. стал президентом Дублинского патологического общества [3].

Все вышеперечисленное позволяло Э. Беннетту углубленно изучать патологию костной ткани, и 12 ноября 1881 г. на очередном собрании Дублинского патологического общества он представил доклад, на котором описал новый паттерн повреждения первой пястной кости, впоследствии получивший его имя [18]. Годом позднее Беннетт опубликовал трактат «О переломах пястных костей», в котором отметил что среди 27 переломов 1-й пястной кости «...имеется пять, форма и тип которых до сих пор не описаны...и если представленная серия имеет ценность как презентация типичных повреждений, то это наиболее распространенный перелом первого пальца среди всех его костей вместе взятых. Перелом проходит косо, через основание кости, отделяя большой фрагмент суставной фасетки от той части кости, которая ее поддерживает и уходит к ладони» (рис. 4) [19].

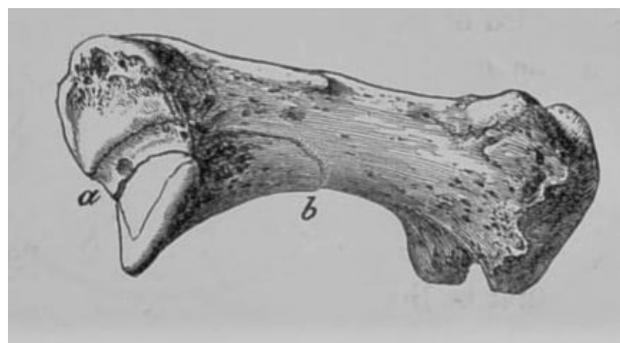


Рис. 4. Перелом Беннетта. Иллюстрация из труда Э. Беннетта «Трактат о переломах» (1882) [19]

Fig. 4. Bennett's fracture. Illustration from E. Bennett's work "Fractures of the metacarpal bones" (1882) [19]

В 1897 г. Э. Беннетт выступил на хирургической секции Королевской медицинской академии, где для демонстрации он использовал анатомические образцы, фотографии, слепки кистей и

рентгенограммы. Среди них было девять анатомических препаратов, представляющих переломы первой пястной кости. Пять из этих образцов характеризовались следующим образом: «перелом проходит косо через основание кости, отделив большой фрагмент суставной поверхности, который проецируется на ладонную поверхность. Отделенный фрагмент является очень крупным, и деформация, возникшая в результате этого, больше похожа на дорсальный подвывих первой пястной кости.» После доклада и его обсуждения знаменитый ирландский врач Уильям Стокс (наиболее известный нам как соавтор эпонима «дыхание Чейн–Стокса») выразил пожелание, чтобы в будущем данная травма была ассоциирована с фамилией профессора Беннетта [20].

Э. Беннетт активно выступал за внедрение антисептики в госпиталях Дублина, став одним из первых хирургов того времени, принявших антисептические методы, впервые предложенные его современником, английским хирургом Джозефом Листером.

Профессор Э. Беннетт умер 21 июня 1907 г. в Дублине в возрасте 70 лет. После смерти своего учителя его бывшие ученики организовали в память о нем Фонд Эдварда Галларана Беннетта. Доходы этого фонда идут на выплату аспирантских премий в области хирургии. Обладателю премии вручается бронзовая медаль Беннетта (рис. 5) [3, 21].



Рис. 5. Медаль Беннетта: на аверсе изображен портрет ученого, на реверсе – перелом, им описанный, и надпись «*Viri in Fractis Ossibus Collocandis Sollertissimi*» («Мужчины очень искусны в восстановлении сломанных костей») [21]

Fig. 5. Bennett Medal: the obverse depicts a portrait of the scientist, the reverse shows the fracture he described and the inscription “*Viri in Fractis Ossibus Collocandis Sollertissimi*” (Latin: “Men are very skilled in restoring broken bones”) [21]

ПЕРЕЛОМ РОЛАНДО

Внутрисуставной перелом основания первой пястной кости с тремя фрагментами, имеющий Y-образную форму, был впервые описан итальянским хирургом Сильвио Роландо в 1910 г. [22].

Сильвио Роландо да Караско родился 29 мая 1873 г. в коммуне Караско в провинции Генуя. После получения медицинского образования в Университете Генуи, он с 1896 по 1907 г. работал сначала ассистентом, а затем хирургом в Ospedale di Pammattone di Genova, где на первом году работы в амбулаторном отделении столкнулся с большим количеством повреждений опорно-двигательного аппарата [23].



Сильвио Роландо (1873–1949)

Silvio Rolando (1873–1949)

В 1910 г. он опубликовал свой опыт лечения переломов первой пястной кости у портовых рабочих. В выводе к своей работе С. Роландо отметил: «По итогам моей работы я обнаружил, что существует тип перелома основания первой пястной кости, который, насколько мне известно, еще не описан. Этот перелом, который я выявил в 3 случаях из 10 переломов основания, обусловлен травмирующей силой, воздействующей вдоль продольной оси пястной кости. Он имеет Y-образную форму и не может быть отличим от перелома Беннетта без рентгенологического исследования, и, подобно перелому Беннетта, должен иметь специфическое лечение» (рис. 6) [24].

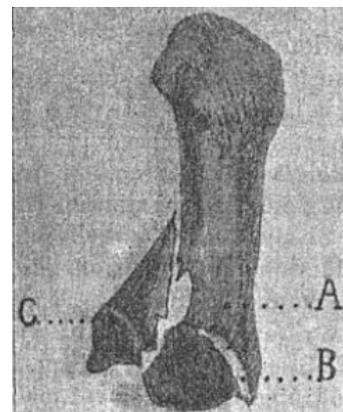


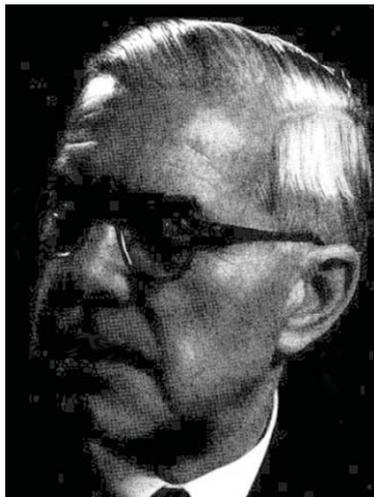
Рис. 6. Перелом Роландо. Иллюстрация из оригинальной статьи 1910 г. [22]

Fig. 6. Rolando fracture. Illustration from the original article (1910) [22]

С. Роландо продолжил работу в Ospedale di Rammatone di Genova, а в 1921 г. перешел на работу в госпиталь EO Ospedali Galliera di Genova, в котором трудился в качестве хирурга вплоть до самой смерти, 16 декабря 1949 г. [25].

ПЕРЕЛОМ ВИНТЕРШТАЙНА

Внесуставные косые и поперечные переломы основания первой пястной кости впервые были подробно охарактеризованы швейцарским хирургом Оскаром Винтерштайном [26].



Оскар Винтерштайн (1894–1974)
Oscar Winterstein (1894–1974)

О. Винтерштайн родился 14 февраля 1894 г. в Цюрихе. После получения медицинского образования работал ассистентом в военном санатории Давоса, а в 1920 г. перешел в Хирургическую университетскую клинику Цюриха, руководителем которой являлся известный австрийский хирург Поль Клермонт. С 1923 по 1925 г. О. Винтерштайн работал врачом хирургического отделения кантонального госпиталя в г. Винтертур, пока П. Клермонт не пригласил его обратно в Цюрих, где ему была предоставлена должность заведующего отделением [27].

В 1927 г. в Швейцарском медицинском еженедельнике О. Винтерштайн опубликовал статью, в которой обобщил опыт наблюдения 200 переломов первой пястной кости. Автор указывал, что в 80% случаев перелом происходит в области основания первой пястной кости, при этом на долю поперечных и косых внесуставных переломов приходится 25 и 10%, соответственно (рис. 7). Он также отметил, что почти во всех случаях поперечных переломов линия перелома проходит на несколько миллиметров дистальнее места бывшей зоны роста [26, 28].

Остается неизвестным, кто и когда связал фамилию Винтерштайна с внесуставными переломами основания первой пястной кости. На

настоящий момент под эпонимом «перелом Винтерштайна» понимают все внесуставные переломы основания первой пястной кости со смещением и без него. По аналогии с переломами Кинбека данный термин чаще встречается в германоязычной литературе [29, 30].

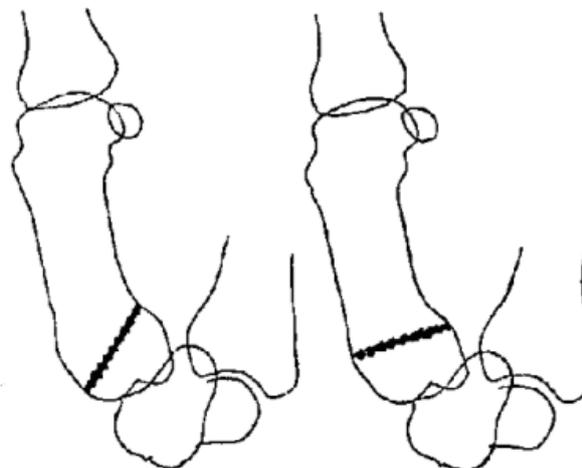


Рис. 7. Внесуставной косой и поперечный перелом основания первой пястной кости. Иллюстрация из статьи О. Winterstein (1927) [26]

Fig. 7. Extra-articular oblique and transverse fracture of the base of the first metacarpal bone. Illustration from the article by O. Winterstein (1927) [26]

После работы в Хирургической университетской клинике Цюриха, О. Винтерштайн в 1933 г. ушел из нее, чтобы посвятить себя частной практике. Кроме того, с 1930 г. он стал преподавать в Университете Цюриха. Как и его учитель П. Клермонт, он был прекрасным лектором, умевшим увлечь молодых студентов-медиков. В течение многих лет О. Винтерштайн преподавал хирургическую пропедевтику, а также читал лекции о переломах и грыжах. В знак признания его преподавательской деятельности Винтерштейн в 1953 г. был назначен адъюнкт-профессором. В 1964 г., когда ему исполнилось 70 лет, он ушел с преподавательской работы.

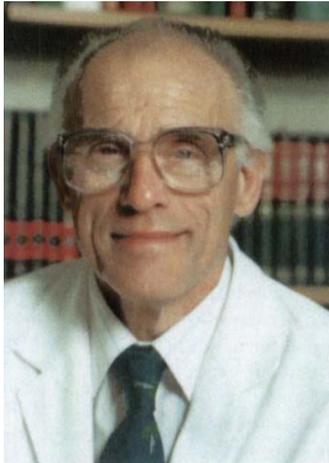
Оскар Винтерштайн умер 26 мая 1974 г. в возрасте 80 лет [27].

ПОВРЕЖДЕНИЕ СТЕНЕРА

Уникальное повреждение, включающее разрыв ульнарной коллатеральной связки первого пястно-фалангового сустава с интерпозицией между ее дистальным концом и областью инсерции к проксимальной фаланге сухожильного апоневроза мышцы, приводящей первый палец, было впервые описано шведским ортопедом Бертилом Стенером в 1962 г. [32].

Бертил Стенер родился 20 марта 1920 г. в сельской местности недалеко от Гетеборга в семье фермера. Получив среднее образование, он

в 1940 г. поступил на медицинский факультет Уппсальского университета.



Бертил Стенер (1920–1999)
Bertil Stener (1920–1999)

Будучи студентом, устроился на подработку на кафедру гистологии и анатомии, где совершенствовал свое мастерство медицинского иллюстратора. В 1948 г. окончил университет и поступил на работу в отделение общей хирургии, которым руководил Эрик Моберг, госпиталя в Гётеборге. Под руководством Э. Моберга, которого называют шведским «отцом хирургии кисти», Стенер начал углубленно изучать повреждения связочного аппарата на кисти. В 1953 г. они опубликовали совместную статью, посвященную повреждению связок пальцев кисти. Эта публикация была первой, в которой при полных повреждениях ульнарной коллатеральной связки первого пястно-фалангового сустава рекомендовалось отдать приоритет оперативному лечению. В 1953 г. Б. Стенер был назначен клиническим преподавателем общей хирургии в Гётеборге и работал в этой должности до 1964 г. Неиссякаемый энтузиазм Э. Моберга способствовал открытию в октябре 1959 г. в Сальгренском госпитале отделения хирургии конечностей с четырьмя подразделениями на 90 коек. Именно работая в отделении хирургии кисти данного госпиталя Стенер опубликовал свою памятную работу [7].

В статье под названием «Смещение разорванной ульнарной коллатеральной связки пястно-фалангового сустава первого пальца» Б. Стенер отметил, что при разрыве ульнарной коллатеральной связки у пострадавших в момент травмы дистальный конец связки смещается проксимально, что приводит к тому, что растяжение сухожильного апоневроза мышцы, приводящей первый палец оказывалось интерпонированным между разорванным концом связки и ее прикреплением к проксимальной фаланге (рис. 8).

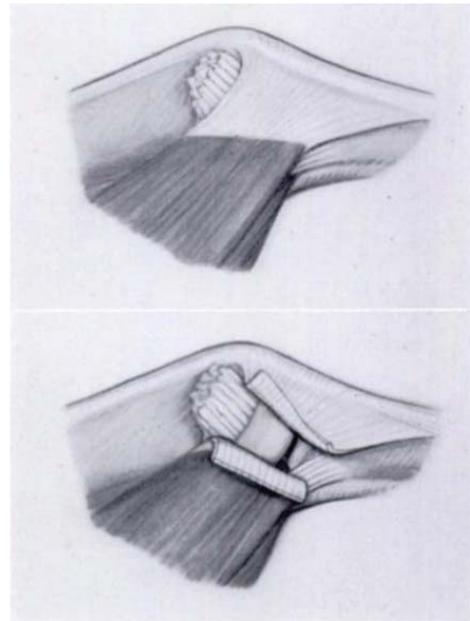


Рис. 8. Повреждение Стенера. После отрыва от области дистальной инсерции ульнарная коллатеральная связка первого пястно-фалангового сустава оказалась развернутой на 180°. Оторванный конец выглядывает проксимальнее апоневроза мышцы, приводящей первый палец (на нижнем рисунке он продемонстрирован рассеченным). Оригинальный рисунок Б. Стенера [32]

Fig. 8. Stener's lesion. After avulsion from the area of distal insertion, the ulnar collateral ligament of the first metacarpophalangeal joint is rotated by 180°. The torn end is proximal to the aponeurosis of the adductor muscle of the thumb (shown in the lower figure as dissected). Original drawing by B. Stener [32]

Б. Стенер приписывал свое открытие данного повреждения частому наблюдению подобных пациентов в клинике и своему интересу к уникальной анатомии данных травм, обнаруженных им в операционной. После нескольких подобных наблюдений Стенер провел собственное систематическое исследование посредством хирургического лечения 39 своих пациентов, дополненное анатомическими исследованиями кадаверного материала [32]. Вскоре после публикации своей работы, Б. Стенер подал заявку на кафедру общей хирургии в Уппсальском университете, однако приемная комиссия посчитала, что его исследования лучше характеризуют его как талантливого ортопеда. Исходя из этого в 1964 г. ему была предложена должность в отделении ортопедии в Гётеборгском университете вместо доктора Карла Хирша. В 1970 г. Стенер сменил Хирша на посту заведующего отделением. На данном месте работы он трудился вплоть до своего выхода на пенсию в 1986 г. Помимо исследований в хирургии кисти, Б. Стенер внес существенный вклад в изучение защитных рефлексов и онкологической патологии опорно-двигательного аппарата.

Умер Бертил Стенер в ноябре 1999 г.

ПОВРЕЖДЕНИЕ КАПЛАНА

Тыльный вывих во втором пястно-фаланговом суставе, не поддающийся закрытому устраниению вследствие ущемления головки пястной кости среди окружающих мягкотканых структур был впервые подробно охарактеризован американским ученым украинского происхождения Иммануилом Капланом в 1957 г. [33].



Иммануил Каплан (1894–1980)
Immanuel Kaplan (1894–1980)

Иммануил Каплан родился 25 апреля 1894 г. в г. Кременчуге Полтавской губернии Российской империи (ныне Полтавская область Украины). Окончил бакалавриат в Университете Монпелье (Франция) и 1912 г. начал получать медицинское образование в Париже. Когда началась Первая мировая война, вернулся на Украину и был принят в Харьковскую императорскую университетскую медицинскую школу, которую окончил в 1916 г. Затем он служил офицером-медиком в Императорской русской армии во время Первой мировой и Гражданской войн.

В 1924 г. И. Каплан эмигрировал в США, где поступил в резидентуру по ортопедической хирургии в Госпитале заболеваний суставов в Нью-Йорке. В 1926 г. он стал адъюнкт-ортопедом и продвинулся до младшего ортопеда в 1942 г. и до лечащего ортопеда в 1950 г. Академические интересы Каплана заставили его тяготеть к хирургии кисти, в то время новой специальности. Будучи человеком большого таланта, И. Каплан помог организовать в 1950 г. специальное отделение хирургии кисти. Он был назначен начальником службы хирургии кисти в Госпитале заболеваний суставов, первой такой службе в Нью-Йорке, и оставался на этой должности до 1957 г. Затем он стал консультантом по ортопедии и хирургии кисти [34].

В 1957 г. И. Каплан представил два клинических наблюдения дорсальных вывихов во втором

пястно-фаланговом суставе, неустраняемых закрытыми манипуляциями. При выполнении открытого вправления через волярный доступ он обнаружил, что устранить вывих не позволяет ущемление головки пястной кости среди окружающих ее мягкотканых структур: оторванная от области прикрепления к шейке пястной кости ладонная пластинка завернулась и легла на ее тыл, где оказалась интерполированной между основанием проксимальной фаланги и головкой пястной кости, сухожилия сгибателей и предсужоховидный пучок ладонного апоневроза были смещены ульнарно относительно головки второй пястной кости, а червеобразная мышца лежала радиальнее ее, дистально поперечные пучки ладонной фасции располагались на уровне головки пястной кости дорсально; проксимально поверхностная поперечная связка лежала на уровне шейки пястной кости волярно (рис. 9) [33].



Рис. 9. Повреждение Каплана (автор рисунка Р. Иевлева)
Fig. 9. Kaplan's lesion (drawing by R. Ievleva)

И. Каплан пришел к выводу о том, что при данных повреждениях возможно только открытое устранение вывиха с восстановлением всех поврежденных структур. Кроме того, он описал патогномичный симптом для этой патологии: сморщивание кожи в проксимальной ладонной складке, схожее с «вдавлением кожи при карциноме молочной железы». Данный симптом обусловлен тесной связью предсужоховидного пучка ладонного апоневроза, который натянут смещенной головкой пястной кости с поперечными волокнами, следующими к коже. Наличие этого симптома, указывает на прочное заклинивание головки пястной кости и исключает применение закрытой репозиции [33].

И. Каплан продолжал практиковать до 1976 г. За время своей активной профессиональной карьеры он опубликовал более 100 трудов, включая четыре книги. Две из них – «Функциональная и хирургическая анатомия кисти» (1-е изд., 1953, 2-е изд., 1966) и «Хирургические доступы к шее, шейному отделу позвоночника и

верхней конечности» (1966) – стали классикой в своей области в то время.

Иммануил Каплан умер 20 сентября 1980 г.

ПЕРЕЛОМ СЕЙМУРА

Околосуставной поперечный перелом дистальной фаланги пальца кисти, проходящий по линии зоны роста у детей получил наименование в честь британского ортопеда Невилла Сеймура, представившего серию наблюдений в 1966 г. [4].



Невилл Сеймур (1933–2021)
Neville Seymour (1933–2021)

Невилл Сеймур родился 30 августа 1933 г. Получил медицинское образование в Лидсе, где обучался общей хирургии, травматологии и ортопедии в Leeds General Infirmary, после чего работал в Лондоне, Эдинбурге и Шеффилде. Затем получил должность консультанта в Плимуте в 1967 г. Он вышел на пенсию в возрасте 60 лет и после этого в течение нескольких лет вел медико-юридическую практику.

Н. Сеймур скоропостижно скончался от инфекции нижних дыхательных путей, вызванной бронхоэктатической болезнью, 4 декабря 2021 г. [35].

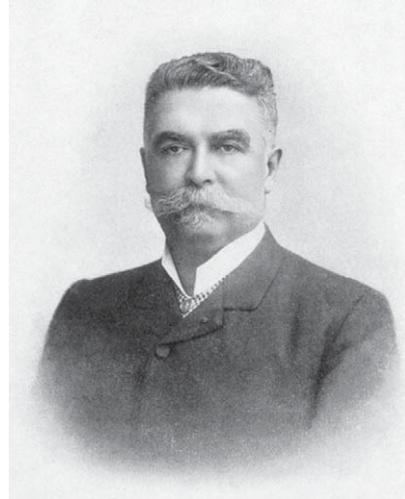
На настоящий момент под термином «перелом Сеймура» подразумевают околосуставной поперечный перелом основания дистальной фаланги пальца, как у детей, так и у взрослых (рис. 10) [36].



Рис. 10. Перелом Сеймура (автор рисунка Б. Ишков)
Fig. 10. Seymour fracture (drawing by B. Ishkov)

ПОВРЕЖДЕНИЕ СЕГОНДА

Отрыв сухожилия разгибателя от дистальной фаланги пальца кисти с небольшим костным фрагментом впервые был описан в 1880 г. французским хирургом Полем Сегондом [37].



Поль Сегонд (1851–1912)
Paul Segond (1851–1912)

П. Сегонд родился 8 мая 1851 г. в Париже в семье анатома Луи-Огюста Сегонда и после получения среднего образования, изучал медицину в родном городе, став интерном в 1875 г. Он стал прозектором на факультете медицины Парижского университета в 1878 г. и получил квалификацию доктора медицины в 1880 г. В 1883 г. Сегонд стал госпитальным хирургом и доцентом и получил работу в госпитале Питье-Сальпетриер в том же году. В 1905 г. он сменил Поля Жюля Тилло на кафедре хирургии на медицинском факультете Парижа, и занимал эту должность вплоть до своей смерти 27 октября 1912 г. [38].

В 1880 г. в журнале *Progres Medical* П. Сегонд опубликовал статью с описанием необычного повреждения – отрыва сухожилия разгибателя от дистальной фаланги пальца кисти с небольшим костным фрагментом. Пациенткой Сегонда была медсестра, у которой возник конфликт с больным, в ходе которого он схватил ее за мизинец и форсированно прижал дистальную фалангу к средней. Возник треск, сопровождающийся острой болью, и палец приобрел «унылый вид»: дистальная фаланга повисла под прямым углом, в области дистального межфалангового сустава появились припухлость и кровоподтек. Движения в суставах пальца были сохранены, за исключением активного разгибания ногтевой фаланги, причем пассивное разгибание было возможно, но при прекращении поддержки, дистальная фаланга снова сгибалась под прямым углом (рис. 11).



Рис. 11. Деформация V пальца, полученная в результате повреждения. Иллюстрация из книги P. Segond (1904) [39]

Fig. 11. V finger deformation of the resulting from injury. Illustration from the book by P. Segond (1904) [39]

П. Сегонд предположил, что у пациентки произошел отрыв сухожилия разгибателя от области его инсерции к ногтевой фаланге и наложил пациентке гуттаперчивую шину в положении разгибания дистальной фаланги. К сожалению на следующий день пациентка сняла шину, чтобы продолжить работу и при новом осмотре через четыре месяца активное разгибание дистальной фаланги было все еще невозможно, и даже пассивное разгибание стало затруднительным. Чтобы подтвердить свою теорию о повреждении сухожилия Сегонд провел экспериментальное исследование на трупных кистях. На 20 пальцах ему удалось смоделировать разрыв сухожилия разгибателя путем принудительного сгибания дистальной фаланги, при этом чаще сухожилие отрывалось вместе с узкой костной пластинкой длиной около 2 мм. У лиц, умерших в пожилом возрасте, возникал перелом с формированием более крупного костного фрагмента. Таким образом, П. Сегонд констатировал, что у пациентки произошел отрывной перелом тыльного края дистальной фаланги. Поскольку данный случай произошел за много лет до открытия рентгеновских лучей, подтвердить свою догадку Сегонд не мог [37].

Любопытно, что данное повреждение также упоминается в литературе как «перелом Буша» [2, 10], поскольку немецкий хирург Вильгельм Буш годом позднее П. Сегонда представил серию клинических наблюдений молоткообразной деформации пальцев кисти. Однако в своей

статье Буш много ссылается на работу французского ученого и даже попытался воспроизвести его эксперимент, впрочем, без особого успеха [40]. Исходя из этого, автором эпонима следует считать Поля Сегонда. Поскольку Сегонд является автором еще одного эпонима перелома – наружного края проксимального отдела большеберцовой кости [39], на наш взгляд, с целью исключения путаницы отрывной перелом тыльного края дистальной фаланги пальца кисти следует именовать «повреждением Сегонда» (рис. 12).



Рис. 12. Повреждение Сегонда (автор рисунка Б. Ишков)

Fig. 12. Damage to Segond (drawing by B. Ishkov)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящей статье представлен обзор самых известных эпонимов в хирургии повреждений кисти. Информация о данных повреждениях может быть полезной для студентов, клинических ординаторов и врачей разных специальностей, причем не только хирургических. Дело в том, что обсуждаемые переломы, вывих и повреждение связки встречаются часто. А в диагностике и лечении пациентов принимают участие не только хирурги и травматологи, но и врачи общей практики, специалисты по лучевой диагностике, кистевые терапевты, реабилитологи. Фото (портреты) авторов эпонимов и их краткие биографии – дань уважения предшествующим поколениям выдающихся хирургов. Ведь истории возникновения описанных в статье авторских повреждений – это, фактически, страницы из жизни замечательных людей.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ / REFERENCES

1. Ашкенази А.И. Хирургия кистевого сустава. М.: Медицина, 1990.
Ashkenazi A.I. *Surgery of the wrist joint*. Moscow, Medicine Publ., 1990. (In Russ.).
2. Лоскутов А.Е., Белый С.И. Кисть (эпонимический словарь-справочник). Днепропетровськ: Пороги, 2002. 271 с.
Loskutov A.E., Bely S.I. *Brush (eponymic dictionary-reference book)*. Dnepropetrovsk, Porogi Publ., 2002:271 p. (In Russ.).
3. Thurston A.J. 'Ao' or eponyms: the classification of wrist fractures. *ANZ J Surg*. 2005 May; 75(5): 347-55. doi: 10.1111/j.1445-2197.2005.03414.x
4. Abzug J.M., Kozin S.H. Seymour fractures. *J Hand Surg Am*. 2013 Nov;38(11):2267-70; quiz 2270. doi: 10.1016/j.jhsa.2013.08.104.
5. Nelson F.R.T., Blauvelt C.T. *A manual of orthopaedic terminology*. 8th ed, Saunders Elsevier Inc. Philadelphia, 2015:1-43
6. Золотов А.С., Михайлов В.В. Эпонимы переломов: имена собственные // Травматология и ортопедия России. 2016. Т. 22, № 2. С. 124-130.
Zolotov A.S., Mikhailov V.V. Eponyms of fractures: proper names. *Traumatology and Orthopedics of Russia*. 2016; 22(2):124-130. (In Russ.).
7. Lark M.E., Maroukis B.L., Chung K.C. The Stener Lesion: Historical Perspective and Evolution of Diagnostic Criteria. *Hand (NY)*. 2017 May;12(3):283-289. doi: 10.1177/1558944716661999
8. Золотов А.С., Березин П.А., Сидоренко И.С. Mallet fracture: перелом И.Ф. Буша, перелом W. Busch или перелом P. Segond? // Травматология и ортопедия России. 2021. Т. 27, № 3. С. 143–148. doi:10.21823/2311-2905-2021-27-3-143-148
9. Um L.H., Kim S.H., Jo D.I. Kaplan's Lesion of the Little Finger Treated with Open Reduction by a Volar Approach: A Case Report. *J Wound Manag Res* 2021 June;17(2):120-124 doi: 10.22467/jwmr.2021.01578
10. Федоров В.Г. Эпонимические термины в травматологии и ортопедии. Ижевск: Проспект, 2023. 184 с.
Fedorov V.G. *Eponymic terms in traumatology and orthopedics*. Izhevsk, Prospect, 2023. 184 p. (In Russ.).
11. Schoch V. Beitrag zur Kenntnis der typischen Luxationsfraktur des Intercarpalgelenkes. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*. 1908;91:53-142. doi: 10.1007/BF02791896
12. Ahuja N.K., Chung K.C. Fritz de Quervain, MD (1868-1940): stenosing tendovaginitis at the radial styloid process. *J Hand Surg Am*. 2004 Nov;29(6):1164-70. doi: 10.1016/j.jhsa.2004.05.019
13. de Quervain F. On a form of chronic tendovaginitis [translated by Illgen R, Shortkroff S]. *Am J Orthop* 1997;26:641– 644.
14. de Quervain F. Clinical Surgical Diagnosis for students and practitioners. 1913; 584-585.
15. Pedrazzini A., Daci L., Bertoni N., Pedrabissi B., Yewo Simo H., Medina V., Ceccarelli F., Pogliacomini F. The scapho-capitate syndrome: a case report with follow-up of three years *Acta Biomed*. 2019 Dec 5;90(12-S):156-161. doi: 10.23750/abm.v90i12-S.8881
16. Fenton R.L. The naviculo-capitate fracture syndrome. *J Bone Joint Surg Am* 1956; 38-A(03):681–684. doi:10.2106/00004623-195638030-00018
17. Richard Fenton Obituary. <https://www.legacy.com/us/obituaries/lohud/name/richard-fenton-obituary?id=48095271>
18. Bennett E.H. On Fracture of the Metacarpal Bone of the Thumb. *Br Med J*. 1886 Jul 3;2(1331):12-3. doi: 10.1136/bmj.2.1331.12
19. Bennett E.H. Fractures of the metacarpal bones. *Dublin J Med Sci* 1882;73:72-75 <https://archive.org/details/b22354578/mode/2up>
20. Bennett E.H. Report of a Meeting of the Royal Academy of Medicine in Ireland 14 May 1897. *Br Med J* 1897;1:1479 doi: 10.1136/bmj.1.1902.1479
21. Trinity College, Dublin: The Bennett Medal. *Br Med J*. 1906 Jul 7;2(2375):36.
22. Rolando S. Fracture de la base du premier metacarpien et principalement sur une variété non encore décrite. *La Presse Médicale* 1910; 33: 303–304 https://archive.org/details/BIUSante_100000x1910xartorig/page/302/mode/2up
23. Mahoney M., Marsland D., Garagnani L., Sauve P. Rolando and his fracture. *Trauma*. 2014;17(1);24-28 doi: 10.1177/1460408614532046
24. Rolando S. Fracture de la base du premier metacarpien et principalement sur une variété non encore décrite. *La Presse Médicale* 1910; 33: 303–304. [Translated Meals RA. Fracture of the base of the first metacarpal and a variation that has not yet been described. *Clin Orthop Relat Res*. 2006 Apr;445:15-8] doi: 10.1097/00003086-199606000-00002
25. Spina N. Silvio Rolando e i camalli del porto: nascita e battesimo di una frattura! *Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia*, 2019;45:173-181
26. Winterstein O. Die Frakturformen des Os metacarpale I. *Schweiz. med. Wschr*. 1927;57(9):193-197.

27. Universitat Zurich Jahresbericht 1974/75:98-100. https://www.archiv.uzh.ch/dam/jcr:ffffff-92dc-1ae4-0000-00005424b1cf/Jahresbericht_UZH_1974_1975.pdf
28. Ehalt W. Über Brüche des 1. Mittelhandknochens und ihre Behandlung. *Archiv Für Orthopädische Und Unfall-Chirurgie*, 1929; 27(1), 515–536
29. Bartelmann, U., Dietsch, V., Landsleitner, B. Basisnahe Frakturen des ersten Mittelhandknochens [Fractures near the base of the first metacarpal bone--clinical outcome of 21 patients]. *Handchir Mikrochir Plast Chir*. 2000 Mar;32(2):93-101. doi: 10.1055/s-2000-19249.
30. Mehling I.M., Schillo K., Arsalan-Werner A., Seegmüller J., Langheinrich A.C., Sauerbier M. Frakturen des Daumenstrahls. [Fractures of the thumb ray]. *Unfallchirurg*. 2016 Dec;119(12):978-985. doi: 10.1007/s00113-016-0233-x.
31. Gunterberg B. Bertil Stener. A portrait. *Acta Orthop Scand*. 1986 Dec;57(6):566-74. doi: 10.3109/17453678609014796
32. Stener B. Displacement of the ruptured ulnar collateral ligament of the metacarpophalangeal joint of the thumb. A clinical and anatomical study. *J. Bone Joint Surg*. 1962 M-B, 869-879
33. Kaplan E.B. Dorsal dislocation of the metacarpophalangeal joint of the index finger. *J Bone Joint Surg Am*. 1957;39-A:1081–6.
34. Spinner R.J, Dellon A.L. Emanuel B. Kaplan, M.D. (1894-1980): A Legendary Anatomist and Hand Surgeon. *Clin Anat*. 2018 Nov;31(8):1104-1108. doi: 10.1002/ca.23245
35. Seymour A. Neville Seymour. *BMJ*. 2022; 376: o768 doi: 10.1136/bmj.o768
36. Ugurlar M., Saka G., Saglam N., Milcan A., Kurtulmus T., Akpınar F. Distal phalanx fracture in adults: Seymour-type fracture. *J Hand Surg Eur Vol*. 2014 Mar;39(3):237-41.
37. Segond P. Note sur un cas d'arrachement du point d'insertion des deux laguettes phalangeiennes de l'extenseur du petit doigt, par flexion force de la phalange sur la phalagine. *Le Progres Medical*. 1880;VIII:534-535
38. *Paul Ferdinand Segond*. <https://www.whonamedit.com/doctor.cfm/2910.html>
39. Segond P. *Titres et travaux scientifiques*. Paris: Masson et Cie, 1904. pp. 128
40. Busch W. Über den Abriss der Strecksehne von der Phalanx des Nagelgliedes. *Zbl Chir*. 1881;8:1-5.

Сведения об авторах

Березин Павел Андреевич  – врач травматолог-ортопед отделения хирургии кисти, микрохирургии и реконструктивной хирургии ГАУЗ ЯО «Клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.В. Соловьёва» (Россия, 150003, г. Ярославль, ул. Загородный сад, д. 11); врач травматолог-ортопед отделения травматологии и ортопедии №2 ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница» (Россия, 163045, г. Архангельск, пр. Ломоносова д. 292).
<https://orcid.org/0000-0001-8777-2596>
 e-mail: medicinehead@mail.ru
 Тел.: 8-996-920-5750

Золотов Александр Сергеевич – д-р мед. наук, профессор Медицинского центра ФГАОУ ВО «Дальневосточный федеральный университет» (Россия, 690922, Приморский край, г. Владивосток, о. Русский, п. Аякс, д. 10).
<https://orcid.org/0000-0002-0045-9319>
 e-mail: dalexpk@gmail.com

Information about authors

Pavel A. Berezin , traumatologist-orthopedist, the Department of Hand Surgery, Microsurgery and Reconstructive Surgery, Yaroslavl Region Clinical Hospital for Emergency Medical Care named after N.V. Solovyov (11, Zagorodny Sad st., Yaroslavl, 150003, Russia); traumatologist-orthopedist, the Department of Traumatology and Orthopedics No. 2, Arkhangelsk Regional Clinical Hospital (292, Lomonosov Ave., Arkhangelsk, 163045, Russia).
<https://orcid.org/0000-0001-8777-2596>
 e-mail: medicinehead@mail.ru
 Phone number: +79969205750

Alexander S. Zolotov, Dr. Med. sci., Professor, the Medical Center, Far Eastern Federal University (10, Ayaks settlement, Russky Island, Vladivostok, 690922, Russia).
<https://orcid.org/0000-0002-0045-9319>
 e-mail: dalexpk@gmail.com

Поступила в редакцию 27.02.2025; одобрена после рецензирования 09.06.2025; принята к публикации 09.06.2025
 The article was submitted 27.02.2025; approved after reviewing 09.06.2025; accepted for publication 09.06.2025