

## ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ВРОЖДЁННОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПЕРВОГО ЛУЧА КИСТИ

*Кисель А.С. \*, Беспальчук А.П. \*\*\**

*\*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
кафедра травматологии и ортопедии, \*\*УЗО «6-я ГКБ Минска»*

Многочисленные исследования зарубежных и отечественных авторов посвящены вопросам восстановительной хирургии кисти. Особого внимания заслуживает гипоплазия первого пальца, при которой наряду с выраженной функциональной недостаточностью и косметическим дефектом всегда наблюдаются тяжёлые психические переживания человека. В тоже время, эта форма врожденной патологии, является одной из наиболее сложных деформаций руки человека, в плане достижения приемлемых анатомо-функциональных исходов в результате хирургической коррекции.

Гипоплазия первого луча кисти - врождённое недоразвитие большого пальца, которое может проявляться в различной степени: от лёгкого недоразвития в виде истончения мягких тканей, вплоть до полного его отсутствия на кисти. Большой палец кисти, обладая функцией противопоставления, участвует в выполнении почти всех видов захвата. Его дефект снижает трудоспособность на 50%. Основная цель всех реконструктивных операций при этом – восстановление функций захвата кисти или противопоставления первого пальца. Впервые фалангизацию первой пястной кости при дефекте первого пальца предложил Huguier (1874). Техника полицизации была разработана Guetmonprez (1887). Приоритет кожно-костной пластики большого пальца и двухэтапной пересадки пальца стопы на кисть принадлежит Nicoladoni (1891,1897). Свободная пересадка пальцев стопы в один этап впервые была осуществлена Buncke et Schultz (1966). Об удлинении первой пястной кости аппаратом внешней фиксации впервые сообщил И.Матев (1969). В 1978 г. Jang Juofan и соавторами описали технику формирования лучевого лоскута. В последующем эти и другие способы получили дальнейшее усовершенствование и развитие в трудах многих авторов.

Целью нашей работы является анализ методик лечения врождённой гипоплазии первого луча кисти в зависимости от типа его недоразвития и оценка их эффективности.

Материалы и методы: в период с 2005 по 2010 гг. в Республиканский центр хирургии кисти (6-я ГКБ Минска) за помощью обратились 23 пациента с врождённой гипоплазией первого луча. Диагностировали патологию на основе клинических симптомов, результатов рентгенологического метода исследования. Произведена оценка отдаленных анатомо-функциональных исходов лечения с использованием разработанной нами шкалы интерпретации результатов хирургической коррекции.

Результаты: анализ полученных данных позволил установить, что наиболее приемлемыми подходами к лечению изучаемой нами патологии: при II типе гипоплазии является пластика первого межпальцевого промежутка; IIIb типе – продольная остеотомия II пястной кости и транспозиция лучевого фрагмента остеотомированной кости на первый луч кисти, с последующей остеотомией трапецевидной кости и созданием неоартроза, сухожильными транспозициями (допустимо первым этапом использование дистракционной методики лечения, с применением аппаратов внеочаговой фиксации); IV типе – первым этапом: выполнение транспозиции первого пальца, вторым и последующими этапами - выполнение хирургических вмешательств используемых при IIIb типе гипоплазии.

Таким образом, дифференцированный подход к лечению больных с врождённой гипоплазией первого луча кисти позволяет достичь наиболее оптимальных анатомо-функциональных результатов.