

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТИПИЧНОЙ ФОРМЫ РАСЩЕПЛЕННОЙ КИСТИ

Титова А.Д. **, Беспальчук А.П.* **

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

Существует множество вариантов трактования понятия расщепленной кисти. В тоже время, имеющиеся классификационные схемы не являются совершенными, так как их использование не позволяет выработать универсальный подход к лечению описываемого заболевания. Традиционно выделяют две основные формы данной патологии: типичная и атипичная формы.

Проанализировав отечественные и англоязычные литературные источники, посвященные диагностике и лечению расщепленной кисти, мы пришли к выводу, что наиболее рационально трактовать типичную форму расщепленной кисти, как патологию, которая характеризуется врожденным отсутствием, либо недоразвитием III луча кисти, с возможным поперечным расположением недоразвитых фаланг III пальца, а также наличием других неуточненных пороков развития IV и V лучей.

Учитывая то обстоятельство, что у большинства пациентов с типичной формой расщепленной кисти имеется выраженное, в той или иной степени, недоразвитие первого межпальцевого промежутка, с целью оптимизации подходов к коррекции данной патологии мы применили классификацию, предложенную Manske PR и Halikas MN (1995). Авторы выделили 5 степеней недоразвития первого межпальцевого промежутка при врожденном недоразвитии центральных лучей кисти, первые 4 из которых на наш взгляд являются основополагающими в выборе хирургической тактике лечения описываемой патологии: I ст. – норма; IIa ст. – незначительная гипоплазия; IIb ст. – выраженная гипоплазия; III ст. – отсутствие, вследствие синдактилии первого и второго пальцев кисти; IV ст. – отсутствие, вследствие конкресценции костных элементов первого и второго лучей.

На хирургическом лечении в детском травматолого-ортопедическом отделении, а также отделении хирургии кисти 6 ГКБ Минска за трехлетний период времени находилось 6 пациентов с диагнозом: Типичная форма расщепленной кисти (9 кистей); в возрасте от одного года до 22 лет.

К лечению типичной расщепленной кисти мы подходили дифференцировано, обращая основное внимание на степень недоразвития первого межпальцевого промежутка.

Таким образом, мы применили следующие варианты коррекции данной патологии:

При I степени недоразвития первого межпальцевого промежутка основным этапом оперативного вмешательства явилась транспозиция II луча кисти на III с пластикой первого межпальцевого промежутка по методике Miura у 1 пациента.

При IIa степени недоразвития первого межпальцевого промежутка выполнялось: удаление добавочных эктопически расположенных фаланг III пальца -1 случай; резекционный артродез ПМФС IV пальца в функционально выгодном положении – 1 пациент; хирургическое разъединение синдактилии IV-V пальцев у 1 больного.

При IIb степени недоразвития первого межпальцевого промежутка: транспозиция II луча кисти на III с использованием тыльного ротированного кожного лоскута для пластики первого межпальцевого промежутка у 2 больных и Z – образная остеотомия костей запястья с пластикой первого межпальцевого промежутка по методике Snow and Littler – 1 пациент.

При III степени недоразвития первого межпальцевого промежутка в качестве оперативного вмешательства выполнялось: хирургическое разъединение синдактилии I и II пальцев + транспозиция II луча кисти на III с пластикой первого межпальцевого промежутка по методике Snow and Littler также у 1 пациента.

При IV степени недоразвития первого межпальцевого промежутка выполнялось: удаление гипоплазированных фаланг первого пальца, хирургическое разъединение синдактилии IV и V пальцев у 1 больного.

Во всех случаях мы достигли хороших и отличных отдаленных результатов лечения данной патологии. Таким образом, дифференцированный подход к хирургической коррекции различных вариантов типичной формы расщепленной кисти позволяет достичь оптимальных исходов лечения данной патологии.