

ЛЕЧЕНИЕ СИНДАКТИЛИИ КИСТИ

И.Е. Микусев, Н.А. Латыпова

Кафедра травматологии и ортопедии (зав. — чл.-корр. АНТ, проф. Х.З.Гафаров) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования, отделение хирургии кисти (зав. — доктор мед. наук Г.Г. Неттов) Научно-исследовательского центра Татарстана "Восстановительная травматология и ортопедия"

Врожденная синдактилия кисти составляет более половины случаев всех врожденных аномалий развития верхней конечности [3]. Часто она сочетается с различными деформациями пальцев. Лечение данной патологии заключается в разделении пальцев и формировании межпальцевых промежутков. Более рационален метод местной кожной пластики. Однако нередко во время операции выявляется дефицит кожи при любой степени синдактилии [7]. Эта нехватка обычно восполняется применением свободной кожной пластики, которая не лишена существенных недостатков: опасности некроза трансплантата, рубцовых осложнений, пигментации лоскута; кроме того, сложна техника ее выполнения.

Для увеличения запаса кожи между сросшимися пальцами и устранения указанных выше недостатков предложена предоперационная дистракция [8]. По этому методу спицы проводят через фаланги пальцев в сагиттальной плоскости с травматизацией сухожилий сгибателей, разгибателей и сухожильных влагалищ, что ведет к ограничению движений пальцев в послеоперационном периоде. Избежать это осложнение Г.А. Илизаров [5] рекомендовал путем проведения спиц во фронтальной плоскости с крючковым упором на каждой фаланге пальца в зависимости от степени синдактилии. Спицы затем крепят к раме дистракционного аппарата.

В детском отделении нашего института начиная с 1951 г. лечение синдактилии производилось путем одномоментного разделения пальцев и формирования межпальцевого промежутка одним из известных способов местной, свободной или комбинированной кожной пластики [1, 4]. При этом наблюдалось много осложнений и неудовлетворительных результатов.

С 1985 г. данную патологию начали лечить в специализированном отделении хирургии кисти. Результаты лечения этих больных стали лучше, но оставалась проблема дефицита кожи. Поэтому с 1989 г. дистракционное лечение синдактилии проводится в два этапа: на первом — предварительно создают запас кожи путем дистракции в течение 3—4 недель, на втором — формируют межпальцевый промежуток одним из известных способов местной и комбинированной кожной пластики. Кроме того, некоторым больным, у которых наблюдался достаточный запас кожи, осуществляли одномоментное разделение пальцев и формировали межпальцевый промежуток (традиционный способ).

Целью настоящего сообщения был сравнительный анализ результатов лечения врожденной синдактилии кисти у детей традиционным способом и с использованием предварительной дистракции.

С 1985 по 1994 г. под нашим наблюдением находились 65 больных (мальчиков — 38, девочек — 27) в возрасте от 2 до 10 лет, у которых 245 пальцев на 94 кистях были сросшимися.

Всех больных разделили на две группы: в 1-ю группу вошли 33 ребенка, которые были прооперированы (57 операций) традиционным способом; 32 больным 2-й группы была произведена предварительная дистракция с наложением 38 аппаратов.

При оценке ближайших послеоперационных результатов учитывали следующие данные: заживление раны; осложнения (расхождение краев раны, некроз кожи, нагноение); зависимость этих данных от квалификации хирурга; метод кожной пластики.

Сравнительные результаты показали, что заживление ран при обоих способах происходило одинаково, лишь у 2

Локализация и формы синдактилии у оперированных больных

Число больных	Метод лечения	Формы синдактилии			Число кистей		Локализация (пальцы)			
		тотальная	базальная	костная	одна	обе	III—IV	III—V	II—V	I—V
28	дистракционный	17	2	9	12	16	12	5	8	3
26	традиционный	13	7	6	15	11	11	6	6	3

больных возникли осложнения в виде нагноения и краевого некроза кожи (по одному случаю в каждой группе).

При разделении пальцев операция закончилась лишь местной кожной пластикой у 17 больных после дистракционной подготовки и у 6 — без нее. У остальных больных была произведена комбинированная кожная пластика, но после предварительной дистракции потребовалась меньшая площадь пересаживаемых свободных кожных лоскутов. Все дети хорошо переносили аппаратный способ лечения (дистракцию).

Лучшие результаты были получены после лечения хирургами, владеющими аппаратной и оперативной техникой.

Нашими сотрудниками [6] по ближайшим результатам (до одного года) был сделан вывод, что дистракционный способ дает в 2 раза больше хороших результатов, чем традиционный.

Из 65 больных отдаленные результаты прослежены у 54 (83%) на сроках от 2 до 7 лет. Отдаленные результаты оценивали по 3-балльной системе (хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные), при этом учитывали следующее: 1) контуры межпальцевого промежутка; 2) уровень межпальцевой складки; 3) расположение послеоперационных рубцов на пальцах и выраженность рубцевания; 4) наличие деформации и функцию пальцев.

Все больные также были разделены на 2 группы: у 28 больных лечение производилось с предварительной дистракцией на 40 кистях (105 пальцев), а у 26 — традиционным способом на 37 кистях (98 пальцев).

Характеристика больных в зависимости от метода лечения представлена в табл. 1.

Как видно из табл. 1, дистракционный способ лечения был использован при тотальной синдактилии обеих кистей, чаще при локализации патологии между III и IV пальцами.

Отдаленные результаты в зависимости от метода формирования межпальцевого

промежутка, вида рассечения кожи между пальцами и способа лечения синдактилии представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, хорошие и удовлетворительные результаты были получены при дистракционном методе лечения у 26 (48%) больных и при традиционном — у 22 (41%). Наилучшими результатами оказались при волнообразном рассечении кожного сращения и способе формирования межпальцевых промежутков трапециевидными лоскутами (у 31).

При анализе причин всех неудовлетворительных результатов у 6 больных из обеих групп выявлены стягивающие рубцы по боковым поверхностям пальцев, приведшие к их деформации и нарушению функции. Рецидивы синдактилии были связаны с использованием треугольных лоскутов при формировании межпальцевого промежутка.

Отдаленные результаты на сроках до 7 лет подтверждают целесообразность предварительной дистракции межпальцевых промежутков, позволяющей создавать запас кожи, уменьшая размеры свободно пересаживаемого кожного лоскута. Хорошие и удовлетворительные результаты были получены у 48% таких больных (при традиционном методе — у 41%). Однако отдаленные результаты лечения больных с синдактилией дистракционным методом на более поздних сроках (7 лет) оказались хуже, чем при изучении ближайших результатов лечения этим методом. Это связано с изменениями самой кожи при дистракции, обозначенной Н.С. Бондаренко и соавт. [2] как дистракционная болезнь. Эти изменения характеризуются равномерной отечностью кожи, умеренной ее гиперемией, она более кровоточива, менее прочна и легко ранима при наложении швов. В послеоперационном периоде, когда формируется межпальцевый промежуток, сразу после снятия аппарата эти изменения кожи приводят к ухудшению результатов лечения на

Отдаленные результаты традиционного (т) и дистракционного (д) лечения синдактилии кисти

Метод формирования межпальцевого промежутка / виды разреза синдактилии и кожной пластики	Результаты						Всего
	хорошие		удовлетворитель- ные		неудовлетвори- тельные		
	т	д	т	д	т	д	
Использование трапецевидного лоскута Линейный разрез Комбинированная кожная пластика			2	1			3
Использование двух встречных треугольных лоскутов Линейный разрез Кожная пластика комбинированная местная	1			5	2	1	6 3
Пересаживание трапецевидного лоскута Волнообразный разрез Кожная пластика комбинированная местная	6 2	10 2	4 2	5	2	1	27 7
Пересаживание двух встречных треугольных лоскутов Волнообразный разрез Комбинированная кожная пластика	3	2	2	1			8
Всего	12	14	10	12	4	2	54

более поздних сроках. С целью улучшения послеоперационных исходов при дистракционном методе и предупреждения осложнений авторы используют метод тренировки лоскута в аппарате и второй этап лечения проводят только через месяц после создания запаса кожи [2]. Рецидив синдактилии зависит от способа выкраивания кожного лоскута для закрытия межпальцевого промежутка, разреза синдактилии и техники выполнения самой операции.

Таким образом, дистракционный метод способствует созданию запаса кожи, что уменьшает объем свободной кожной пластики. Существенной же разницы в результатах лечения между традиционным и дистракционным способами не выявлено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бичурина С.А. В кн.: Деформации и заболевания опорно-двигательного аппарата. — Казань, 1962.
2. Бондаренко Н.С., Довгань Б.Л. и др. // Ортопед. травматол. — 1993. — № 3. — С. 32 — 35.
3. Волкова А.М. Хирургия кисти. — Екатеринбург, 1993.
4. Завьялова Т.П., Акбердина Д.Л. и др. В кн.: Профилактика и лечение травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата. — Казань, 1969.

5. Илизаров Г.А. Способ лечения синдактилии. / А.С. № 1669436 от 25.04.1989 г.

6. Неттов Г.Г., Лернер П.И. В кн.: Современные аспекты чрескостного остеосинтеза по Илизарову. — Казань, 1991.

7. Парин Б.В. Организация помощи и лечение ортопедо-травматологических больных. — Казань, 1965.

8. Твалиадзе Л.А. Дистракционный метод подготовки к местной кожной пластике пальцев при синдактилии: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — Харьков, 1985.

Поступила 16.09.97.

TREATMENT OF SYNDACTYLIA OF THE HAND

I.E. Mikusev, N.A. Latypova

Summary

The comparative analysis of the treatment results of congenital syndactylia of the hand in children by traditional method (33) and using preliminary distraction (32) is performed. The significant difference in results of these two methods is not revealed: good and satisfactory results in distraction are obtained in 48% of patients, in traditional method — in 41% of the patients. However the distractive method provides skin reserves decreasing the volume of free epidermatoplasty. The causes of syndactylia relapse in remote terms are revealed.