

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПРЕАКСИАЛЬНОЙ ПОЛИДАКТИЛИИ КИСТИ У ДЕТЕЙ

*Кардаш Е.В., Тарасов Н.И., Выборнов Д.Ю., Трусова Н.Г., Лозовая Ю.И.,
Лешкевич А.И., Шагинян А.К.*

Детская городская клиническая больница им Н.Ф. Филатова, Москва

Актуальность. Врожденные аномалии развития встречаются в 1–3 % случаев всех новорожденных. По данным некоторых авторов полидактилия вторая по распространенности в популяции аномалия (1 на 1000–3000 новорожденных). В повседневной практике чаще — преаксиальная форма полидактилии. И если еще 10 лет назад операции при данной патологии ограничивались удалением рудиментарного пальца, то в настоящее время изменился сам подход к хирургическому лечению. На современном этапе он заключается в выполнении реконструкции там, где раньше это казалось совершенно не нужным

Цель: представить опыт хирургического лечения преаксиальных форм полидактилии и оценить функциональные и косметические результаты.

Материалы и методы. За период с 1993 по 2019 гг. в отделении травматологии и ортопедии ДГКБ им.Н.Ф.Филатова было пролечено около 2200 детей с различной ортопедической патологией кисти и стопы. Наиболее часто оперативные вмешательства проводились при таком виде патологии, как удвоение 1 пальца кисти. Коррекция порока производилась в возрасте от 3–6 месяцев (при простых формах) до 1,5 лет. Максимальный возраст коррекции составил 2,8 лет. Как правило, деформации 1 пальца устранялись в возрасте 1 года, чтобы ребенок мог полноценно использовать 1 палец в своем развитии. Более половины детей с удвоением 1 пальца нуждались в реконструкции: моделирующей резекции, артропластике, корригирующей остеотомии. В ряде случаев, при полностью удвоенных фалангах имелось увеличение головки фаланги или пястной кости. И в этом случае делалась моделирующая резекция, ориентиром для которой было своеобразное углубление или борозда. При артропластике-обязательный перенос коллатеральных связок с фрагментом надкостницы и хряща рудиментарного пальца на основание фаланги основного пальца. Для избежания натяжения этого комплекса использовалось осевое проведение спицы и/или обязательная иммобилизация в послеоперационном периоде на срок до 4–6 недель. Корригирующие остеотомии мы выполняли при девиациях более 10–20 градусов. При симметричном удвоении 1 пальца классически применялась операция Бильхот, которая заключалась в продольной симметричной остеотомии. Но, применяя этот метод, мы не всегда получали удовлетворительный функциональный результат. Поэтому стали использовать модификацию метода

Результаты. Оценивая результаты лечения, мы увидели, что выполнение современных видов оперативной техники при удвоении 1 пальца кисти позволяет получить хорошие и отличные косметические и функциональные результаты

Выводы. При кажущейся простоте аномалий развития 1 пальца необходим комплексный подход к хирургическому лечению в каждом конкретном случае. Учитывая важную функцию кисти детям с пороками развития необходимо длительное катамнестическое наблюдение для своевременного выявления и коррекции возможных вторичных деформаций. Для получения более эффективных функциональных результатов необходимо развитие узко специализированных отделений или стационаров для реабилитации детей с аномалиями развития кисти