

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЛИНЫ И ФОРМЫ ПЯСТНОЙ КОСТИ ПРИ БРАХИМЕТАКАРПИИ

А.И. Афаунов

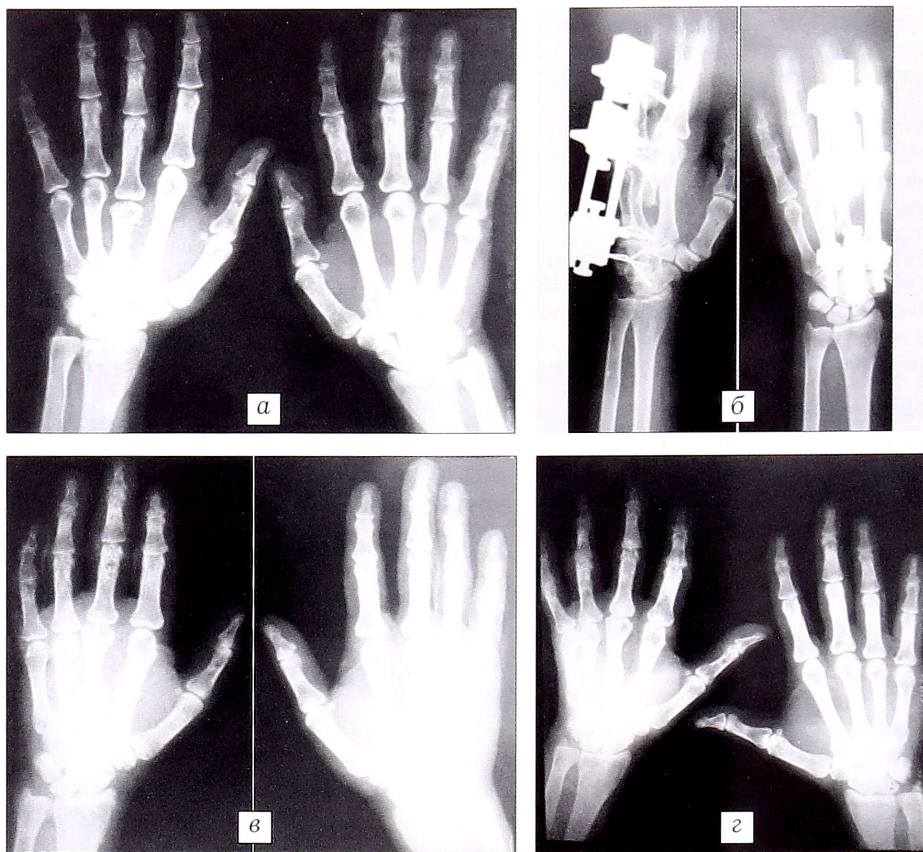
Кубанская медицинская академия, Краснодар

Хотя брахиметакарпия как врожденное заболевание известна давно, описания и примеров успешного лечения этой патологии мы в доступной литературе не встретили. Известно, что восстановления длины любого сегмента конечности можно достичь методом пересечения кости и постепенной дистракции с удержанием фрагментов аппаратом внешней фиксации до перестройки регенерата в опорную кость. Однако при этом может значительно страдать функция смежных суставов. Подобная ситуация для пястно-фаланговых и межфаланговых суставов крайне нежелательна, но неизбежна. Восстановление сгибания и разгибания пальцев напрямую зависит от сроков ограничения функции кисти.

Перестройка регенерата в опорную кость может занимать продолжительное время, а в условиях врожденной гипоплазии такая перестройка малоперспективна. Ограничение функции пальцев в период дистракции и длительной внешней фиксации может привести к стойким межфаланговым контрактурам. Нельзя забывать и о том, что чем дольше продолжается чрескостный дистракционный остеосинтез, тем вероятнее воспаление мягких тканей кисти в местах перфорации кожи пальцев. Исходя из этого, мы применили двухэтапный метод лечения брахиметакарпии. Первым этапом осуществляли фиксацию пястной кости анкерно-спицевым аппаратом и остеотомию у основания этой кости через небольшой разрез по тылу кисти. Затем постепенно, но в сжатые сроки удлиняли пястную кость до восстановления длины пальца. Не ожидая формирования регенерата, вторым этапом в сформированный дистракционный дефект внедряли трубчатый ауто трансплантат из малоберцовой кости. Поперечный размер малоберцовой кости, как правило, соответствует или несколько превышает диаметр пястной кости. Фиксацию трансплантата производили интрамедуллярно спицами. После ушивания раны ограничивались иммобилизацией гипсовой повязкой, продолжавшейся 2,5–3 мес — до сращения.

Правомерность такой лечебной тактики подтверждается следующим клиническим наблюдением.

Больная Т., 41 года, поступила в травматологическое отделение 28.11.2000 г. с жалобами на ограничение функции схвата и деформацию III пальца правой кисти в виде значительного укорочения. Болеет с раннего детства. Ранее обращалась к врачам, но в лечении было отказано. На основании клинического и рентгенологического обследования диагностирована брахиметакарпия III пястной кости правой кисти (см. рисунок, а). Больной предложено оперативное лечение в два этапа. 29.11 произведена первая операция: наложен монолатеральный анкерно-спицевой аппарат с базовой фиксацией за кости запястья и дистракционной подсистемы — за дистальную часть III пястной кости и I фалангу III пальца, после чего произведена полукруглая остеотомия у основания III пястной кости (см. рисунок, б). Длина III пальца восстановлена через 4 нед. 4.01.01 выполнена вторая операция. Аппарат снят. Из малоберцовой кости резецирован трубчатый трансплантат, который помещен в дистракционный дефект III пястной кости и фиксирован интрамедуллярно двумя спицами (см. рисунок, в). Кисть иммобилизована гипсовой повязкой. Сращение наступило через 3 мес. Спицы удалены и начато функционально-восстановительное лечение. При контрольном осмотре через 6 мес после операции: длина и форма пальцев обеих кистей одинаковы; больная удовлетворена результатом операции (см. рисунок, г). Продолжает функциональное лечение с благоприятным прогнозом.



Рентгенограммы больной Т. 41 года. Диагноз: брахиметакарпия III пястной кости правой кисти.

а — при поступлении; б — в процессе дистракции III пястной кости; в — после аутопластики дистракционного дефекта III пястной кости трубчатым трансплантатом; г — через 6 мес после операции: восстановление длины и формы III пястной кости.