

ДИСТРАКЦИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ПЕРЕД ЦЕНТРАЦИЕЙ КИСТИ НА ЛОКТЕВУЮ КОСТЬ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННОЙ ЛУЧЕВОЙ КОСОРУКОСТЬЮ IV ТИПА.

Гарбузняк И.Н., Хмызов С.А.

ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко НАМНУ»,
Харьков, Украина.

Ключевые слова: врожденная лучевая косорукость, аппарат внешней фиксации, дистракция мягких тканей, центрация кисти на локтевую кость.

При врождённой лучевой косорукости отмечается недоразвитие всех структур верхней конечности: костно-суставной, мышечной, сосудисто-нервной систем. Эти особенности важны при планировании вида хирургического вмешательства с целью уменьшения количества осложнений в послеоперационном периоде, а также предотвращению вывиха кисти.

Цель исследования. Изучить особенности состояния мягких тканей верхней конечности при врождённой лучевой косорукости и использовать эти данные при планировании хирургических вмешательств с целью улучшения результатов лечения.

Материалы и методы. В клинике детской ортопедии Института патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко с 1997 года по 2012 год по поводу врождённой лучевой косорукости IV типа лечилось 25 пациентов, которые были разделены на 2 группы. Первую группу составило 16 пациентов (22 конечности), у которых центрация кисти на локтевую кость проводилась одномоментно по методу Sayre. Вторую группу составило 9 пациентов (11 конечностей), которым перед центрацией кисти выполнялась дистракция мягких тканей с использованием стержневых аппаратов внешней фиксации (методика Bora, 1978 г.). Всем пациентам в обязательном порядке выполнялись рентгенограммы в стандартных двух проекциях, ЭМГ мышц верхней конечности. Всем пациентам второй группы проводилось УЗИ мягких тканей предплечья и кисти, доплерография сосудов верхней конечности и их маркировка. При планировании хирургического вмешательства учитывалась топография сосудов верхней конечности и особенности состояния мягких тканей предплечья и кисти.

Результаты и их обсуждение. В первой группе у всех пациентов выполнение центрации кисти было затруднено из-за выраженного натяжения мягких тканей, что явилось показанием к выполнению резекции большого участка дистального эпифиза локтевой кости. В 5 (22,72%) случаях во время выполнения хирургического вмешательства наступил остеоэпифизолиз дистального отдела локтевой кости. В 9 (40,9%) случаях выраженное натяжение мягких тканей не позволило выполнить центрацию кисти, а дистальный конец локтевой кости был ориентирован в проекцию трёхгранной кости, что в дальнейшем привело к рецидиву вывиха кисти. У всех пациентов в послеоперационном периоде наблюдался выраженный отёк мягких тканей кисти и предплечья, миотонический и болевой синдром. Во второй группе у всех пациентов после дистракции мягких тканей предплечья проксимальный ряд костей запястья был ориентирован строго перпендикулярно к эпифизу локтевой кости в проекцию 2-3 пястной костей. Отсутствие натяжения мягких тканей предплечья позволяло выполнять центрацию кисти без укорочения дистального отдела локтевой кости и препятствовало развитию миотонического, болевого синдромов, а также отеку мягких тканей в послеоперационном периоде. Ни в одном случае не наблюдалось остеоэпифизолиза дистального отдела локтевой кости и рецидива вывиха кисти.

Выводы.

1. При планировании вида хирургического вмешательства у детей с IV типом врождённой лучевой косорукости необходимо учитывать особенности состояния мягких тканей, что возможно при использовании УЗД.

2. Дистракция мягких тканей предплечья, как подготовка к центрации кисти на локтевую кость, позволяет выполнить данное вмешательство в оптимальных условиях и с меньшим количеством осложнений.