

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДАКТИЛИИ КИСТИ У ДЕТЕЙ

Мацевич Д. И. Лашковский В. В.\*

Гродненский государственный медицинский университет

\*Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ, г. Гродно

**Ключевые слова:** синдактилия, кисть, хирургическая коррекция.

**Резюме:** проведен анализ лечения 33 пациентов дошкольного, младшего школьного и подросткового возраста с различными формами врожденной синдактилии кисти. Выполнена 51 операция на 39 кистях. Определены наиболее оптимальные методы хирургической коррекции в соответствии с типом патологии и возрастом пациентов. Получены удовлетворительные функциональные и косметические результаты лечения.

**Resume:** the performed the analysis of treatment 33 patients at pre-school, primary school and adolescent age with congenital of syndactyly of different forms. Underwent 51 surgical interventions on 39 hands. The most optimal methods of surgical correction are determined in accordance with the type of pathology and age of the patients. Received good functional and cosmetic results of treatment.

**Актуальность.** Кисть человека – важный многофункциональный орган опорно-двигательного системы. По данным ряда авторов, частота врожденной патологии кисти составляет от 0,1 до 1,94 на 1000 новорожденных [1]. В работах А.М. Волковой (1993) показано, что более половины всех деформаций данной локализации составляют различные формы синдактилии. Синдактилия представляет собой аномалию развития, для которой характерно полное или частичное не разделение пальцев кисти, сопровождающееся функциональными и косметическими нарушениями. Частота патологии - 1 случай на 2000–3000 новорожденных [2,3]. Больше половины детей с синдактилией имеют сопутствующую патологию опорно-двигательного аппарата [4].

Лечение синдактилии только оперативное, требующее овладения разнообразными видами кожной пластики, микрососудистой техники, микрохирургии сухожилий и нервов. Каждый случай требует тщательного клинико-рентгенологического анализа и индивидуального хирургического лечения, направленного на максимальное восстановление функциональных возможностей кисти.

На данный момент, разработано много классификаций синдактилии кисти у детей, определяющие сроки и тактику оперативного ведения пациентов [5,6].

Актуальность врожденной патологии кисти определяется частотой, выраженными анатомо-функциональными и биомеханическими нарушениями, изменяющими внешний вид кисти и отрицательно влияющими на психологическое состояние ребенка и его родителей.

**Цель:** определить оптимальные сроки и способы оперативного лечения врожденной синдактилии кисти в соответствии с типом патологии и возрастом пациента.

**Задачи:** 1. Изучить и систематизировать клинические формы синдактилии кисти; 2. Провести анализ способов лечения различных вариантов патологии;

**Материал и методы.** В клинике травматологии, ортопедии и ВПХ ГрГМУ за период с января 2010 по октябрь 2019 года находилось на лечении 33 пациента в возрасте от 3 до 10 лет и старше с данной патологией. Изучены 33 медицинские карты стационарного пациента (21 мальчик и 12 девочек) с клиническим диагнозом – синдактилия кисти (Q 70.0- Q70.9 по МКБ 10).

Проанализированы данные анамнеза, клинические и рентгенологические признаки, методы оперативного лечения. Проведена оценка результатов лечения в ближайшем послеоперационном периоде.

Все пациенты с синдактилией кисти были разделены на две группы в зависимости от степени деформации: полная – не разделение на протяжении всего межпальцевого промежутка (до ногтевых фаланг); неполная – не разделение до средних фаланг пальцев [7].

Выделены пациенты с мягкотканной (кожная и перепончатая) – 29 пациентов (87,9 %) и костной – 4 пациента (12,1 %) формой синдактилии.

Также выделено 2 формы синдактилии по особенностям анатомического строения неразделенных пальцев: простая форма – не разделение правильно сформированных пальцев без деформаций; сложная – не разделение пальцев с конкресценцией фаланг на большем или меньшем протяжении, сгибательными контрактурами, клинодактилией, торсионными изменениями, пороками развития костно-суставного и сухожильно-связочного аппарата [8,9].

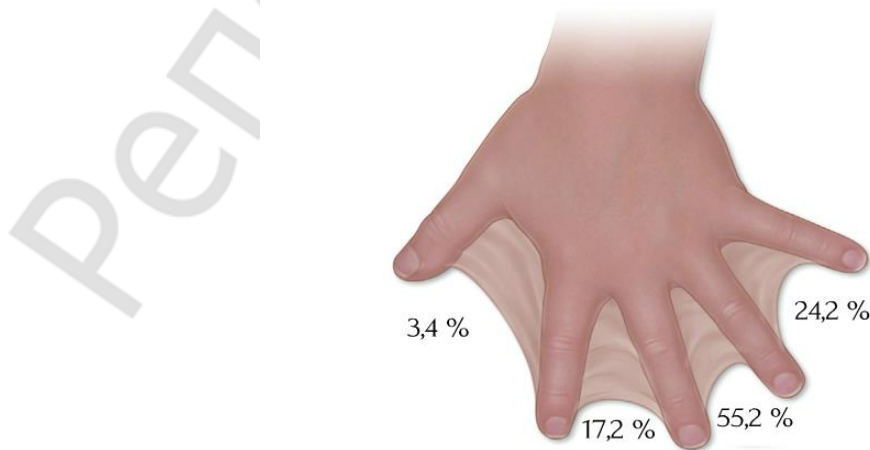
**Результаты и их обсуждение.** Всего наблюдались 33 ребёнка, которым было проведена 51 операция на 39 кистях.

Количество детей в разных возрастных группах было следующим: до 3 лет — 21 человек (63,6 %), с 3-х до 10 лет – 8 (24,2 %); 10 лет и старше – 4 (12,2 %).

Синдактилия левой кисти отмечена у 15 (45,4 %) пациентов, правой кисти – 9 (27,3 %), 9 (27,3 %) детей имели двустороннее поражение. Сочетание синдактилии кисти с аналогичной патологией стопы наблюдается у 8 пациентов (24,2 %).

Всего оперирован 21 (63,6 %) пациент с простой, 12 (25,6 %) детей со сложной формой синдактилии.

Простая форма синдактилии (мягкотканная полная или частичная): не разделение I-II пальцев — 1 человек; II-III пальцев — у 5; III-IV пальцев — у 16; IV-V пальцев — у 7 (Рис. 1).



**Рис. 1** – Распределение простой формы синдактилии кисти у детей

Всего наблюдалось 12 детей со сложной формой синдактилии. При этом, сложная синдактилия I-II пальцев наблюдалась у 1 пациента, II-IV межпальцевого промежутка – у 10 и тотальная синдактилия (I-V пальцев) у одного ребенка. Всем пациентам с данной формой синдактилии оперативное лечение проводилось в несколько этапов (от 2-х до 7).

Количественное распределение пациентов с простой и сложной формами синдактилии кисти за период исследования представлено на рисунке 2.



Рис. 2 – Частота патологии в зависимости от формы

График отражает увеличение количества пациентов со сложной формой врожденной синдактилии.

Хирургическая коррекция патологии у детей осуществлялась с соблюдением следующих принципов: 1. Множественные формы синдактилии оперировали поэтапно; 2. Применяли разрезы: зигзагообразные и волнообразные; 3. При разъединении пальцев разделяли ткани, не повреждая сосудисто-нервных пучков, капсул суставов и сухожильных влагалищ; 4. Для исключения натяжения тканей использовали только полнослойные кожные аутотрансплантаты; 5. Применяли элементы микрохирургической техники, тщательно адаптируя края раны; 6. Гипсовая иммобилизация в функциональном положении.

Наиболее важным этапом хирургического вмешательства при простой форме синдактилии является формирование достаточного по глубине и ширине межпальцевого промежутка (методики по Вауер и Бак Громко). Ногтевые и средние фаланги закрывали сформированными кожными лоскутами, кожная пластика оставшихся дефектов выполнялась полнослойными кожными аутотрансплантатами, взятыми с внутренней поверхности плеча (12,1 %), ладонной поверхности лучезапястного сустава (57,6 %), паховой области (30,3 %).

Осевые деформации, сгибательные контрактуры, клинодактилия, торсионные деформации фаланг устранялись путем выполнения остеотомий с фиксацией спицами Киршнера. Для устранения плоскостных деформаций выполнялись различные виды резекций: укорачивающие, клиновидные и ротационные.

При анализе результатов лечения не отмечено рецидивов и грубых деформаций. Функциональные результаты удовлетворительные.

**Выводы:** 1. Выбор лечебной тактики должен определяться индивидуальной особенностью деформации кисти у конкретного пациента; 2. Наиболее важным этапом хирургического вмешательства является формирование межпальцевого промежутка; 3. Для закрытия кожных дефектов пальцев кисти необходимо использовать полнослойные кожные лоскуты.

#### Литература

1. Алпатов В. Н. Тактика хирургического лечения врождённой патологии кисти у детей/ В. Н. Алпатов // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2002. – № 2. – С. 58–62.
2. Jordan D., Hindocha S., Dhital M., Saleh M., Khan W. The epidemiology, genetics and future management of syndactyly //The Open Orthopaedics Journal. – 2012. –№ 6. – P. 14 –27.
3. Борзовых А.В. Особенности и основные принципы хирургического лечения врождённых синдактилий пальцев кисти / А.В. Борзовых, Ю.Б. Шакалов, И.М. Труфанов., А.И. Погориляк, В.В. Пастернак // Травма. – 2013. – № 1. – С. 40–42.
4. Корюков А.А. Дефекты кисти у детей. Часть I: этиология, клиничко-рентгенологические особенности и патофизиологические нарушения/ А.А. Корюков // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2010. – № 2. – С. 99–111.
5. Шведовченко И.В. с соавт. Лечение детей с врожденными пороками развития верхних конечностей // Травматология и ортопедия: Руководство для врачей / Под ред. проф. Корнилова Н.В. и Грязнухина Э.Г. – Т. 2. – СПб., 2005.
6. Врожденные пороки конечностей у детей: классификация, описание и стандартизация для Федерального мониторинга и регистра ВПР: бр. для врачей // М-во здравоохранения Рос. Федерации; Моск. НИИ педиатрии и детской хирургии. – М., 2002. – 4 с.
7. Dao K.D., Shin A.Y., Billings A., Oberg K.C., Wood V.E. Surgical treatment of congenital syndactyly of the hand //The Journal of American Academy of Orthopaedic Surgeons. – 2004. –№ 1. – P. 39 –48.
8. Zhou J., Chen Y., Cao K., Zou Y., Zhou H., Hu Fetal. Functional classification and mutation analysis of a synpolydactyly kindred // Experimental and Therapeutic Medicine. – 2014. –№ 8. – P. 1569 –1574.
9. Malik S., Ahmad W, Grzeschik K.H., et al. Syndactyly: phenotypes, genetics and current classification // European Journal of Human Genetics– 2012. –№ 8. – P. 817 – 824.