

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

~~Первый~~ Заместитель Министра

Р.А. Часнойть

2008 г.

Регистрационный № 255-1200



**СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПАЛОЙ КИСТИ МЕТОДОМ
АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ПАЛЬЦЕВ**

Инструкция по применению

АВТОРЫ: профессор, доктор медицинских наук Подгайский Владимир Николаевич; кандидат медицинских наук Мечковский Сергей Юльевич; кандидат медицинских наук Батюков Дмитрий Владимирович; Стасевич Олег Валерьевич.

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», УЗ «Минская ордена Трудового Красного Знамени областная клиническая больница».

Минск 2008

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть

10.09.2009

Регистрационный № 155-1208

**СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПАЛОЙ КИСТИ МЕТОДОМ
АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ПАЛЬЦЕВ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», УЗ «Минская ордена Трудового Красного Знамени областная клиническая больница»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. В.Н. Подгайский, канд. мед. наук С.Ю. Мечковский, канд. мед. наук Д.В. Батюков, О.В. Стасевич

Минск 2009

Инструкция по применению (далее — инструкция) предназначена для врачей-хирургов общего профиля, врачей-травматологов районных, городских и областных больниц и может быть использована в качестве руководства для дифференцированного направления и последующего лечения пациентов с беспалой кистью в специализированные учреждения здравоохранения.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Стерильные аксессуары операционной: марлевые шарики, салфетки, бинты, пеленки, простыни, халаты, перчатки, маски и т. д.
2. Стерильные наборы общехирургического, сосудистого и микрохирургического инструментария.
3. Одноразовые шприцы 10–20 мл.
4. Шовный материал с атравматичными иглами 3–9/0.
5. Операционный микроскоп типа ОРМ1-6 с кратностью увеличения до 24–32 или лупа с кратностью увеличения до 4–6.
6. Электрохирургический генератор типа Force 300.
7. Набор электрохирургического инструментария (пилы, фрезы, дрели и др.).
8. Набор для обработки кости, набор для остеосинтеза.
9. Вазоактивные средства (никотиновая кислота, пентоксифиллин, реополиглюкин, папаверин, гепарин).

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Доминирующим признаком для проведения операции аутотрансплантации пальцев при беспалой кисти является способность кисти противопоставлять свои элементы (пальцы или ладонь). Активное противопоставление, называемое оппоненцией, несет в себе как структурный, так и функциональный компонент. Тем самым отпадает одна из главных трудностей классификаций – разделение анатомических нарушений и сопутствующей функциональной недостаточности. В нашей работе использована классификация, представленная в таблице.

Таблица — Классификация беспалой кисти

Оппоненция	Возможна		Невозможна	
	І	ІІ	ІІІ	ІV
Способность к оппоненции и захвату	Незначительные анатомические нарушения, носят только косметический характер	Анатомические нарушения, которые уменьшают оппоненцию и эффективность захвата	Отсутствует один из двух противопоставляемых элементов кисти (большой или пальцы кисти)	Отсутствуют обе составляющие оппоненции

В данной классификации каждой из четырех групп беспалой кисти присвоен порядковый номер по мере возрастания тяжести патологии, который

отражает изменение основного признака — способности к оппоненции. Учет анатомо-функциональных деталей при этом не является ведущим, т.к. на практике это не влияет на выбор показаний к аутотрансплантации пальцев стопы на кисть. Основной вопрос, на который надо ответить перед операцией — есть или нет оппоненция (бинарный захват).

Условно можно выделить 3 стадии принятия решения для коррекции беспалой кисти (рисунок 1). Первая стадия практически целиком определяется субъективными факторами. На второй стадии — выбор метода лечения, к субъективным факторам добавляются такие условия, как возможности лечебного учреждения, а также подготовка хирурга. На этой стадии характер повреждения приобретает больший вес. И, наконец, выбор конкретной операции — последняя стадия.

Показания для восстановительно-реконструктивных операций при беспалой кисти должны устанавливаться комплексно, учитывая все аспекты проблемы: соотношение тяжести нарушения функции кисти с тяжестью операции и послеоперационного лечения, а также когда конкретная хирургическая задача не может быть достаточно эффективно решена другим, более простым путем.

Повреждения кисти, которые рассматриваются как твердые показания к пересадке пальцев стопы:

1) культя большого пальца на уровне пястно-фалангового сустава. Для аутотрансплантации используется I или II палец стопы либо их сегменты;

2) утрата трех пальцев от II до V в любой комбинации. Для увеличения стабильности захвата рекомендуется II палец;

3) культя II–V пальцев дистальнее проксимального межфалангового сустава. С косметической целью и целью улучшения функции пересаживают II палец или II пальцы обеих стоп;

4) культя II–V пальцев на уровне проксимального межфалангового сустава. Рекомендуют пересадку вторых пальцев с обеих стоп, блока II–III пальцев, одного II пальца, иногда вместе с плюснефаланговым суставом;

5) культя всех пальцев. На место большого пальца производят аутотрансплантацию I пальца стопы в модификации, которую дополняют пересадкой II пальца или блока II–III пальцев с другой стопы;

6) врожденная адактилия считается менее перспективной для пересадки пальцев, чем при травматической утрате, вследствие недоразвития сосудов, нервов, сухожилий, мышц.

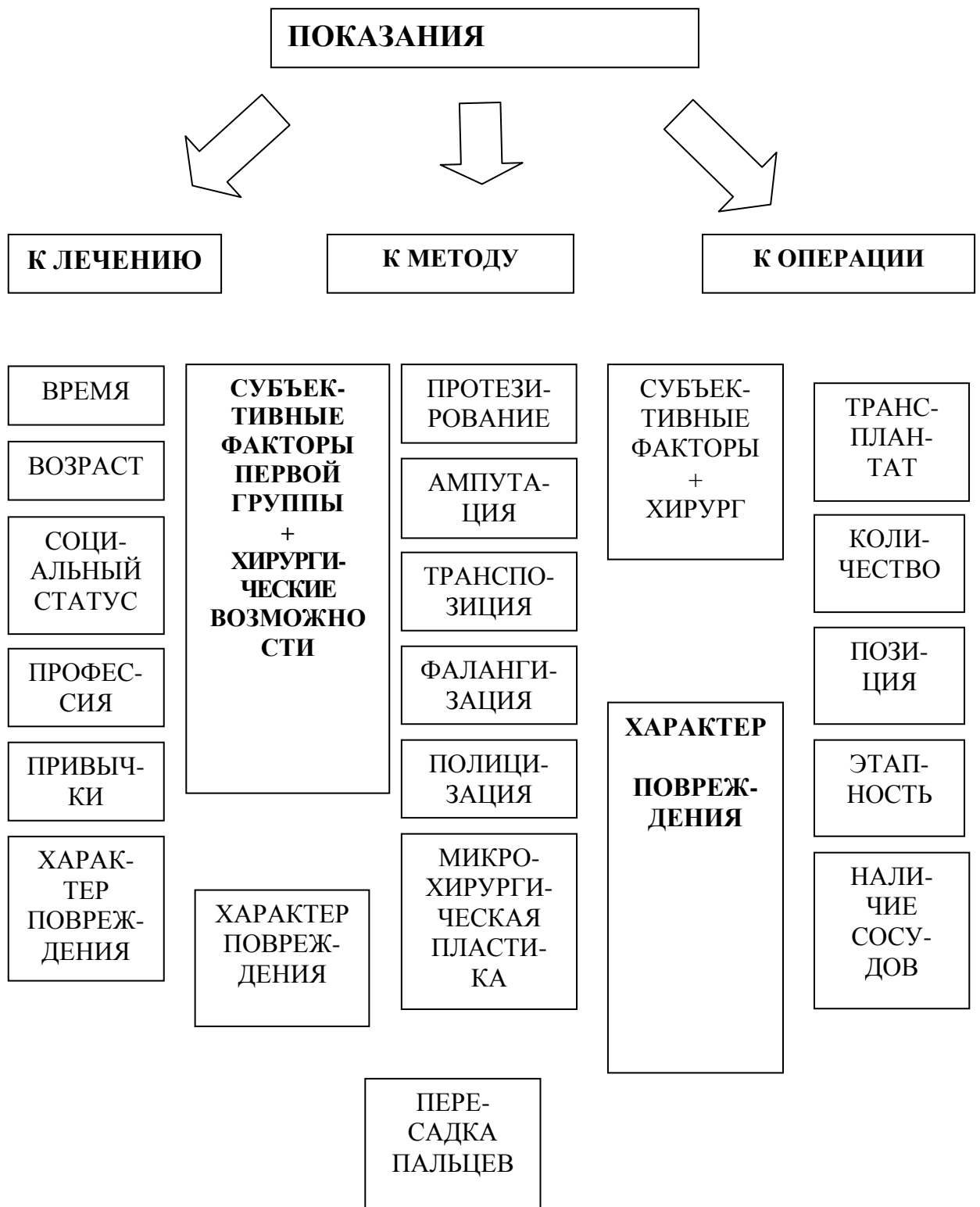


Рисунок 1. — Схема определения показаний: к лечению; к методу лечения; к той или иной операции

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Необходимые исследования:

1. Общий анализ крови и мочи.
2. Группа крови и резус-фактор.
3. Результат реакции Вассермана.

4. Биохимический анализ крови.
5. Флюорография.
6. ЭКГ.
7. Комплексная оценка функции беспалой кисти.
8. Данные рентгенографии.
9. КТ, ЯМР, ангиографии, УЗИ сосудов по показаниям.
10. При необходимости — результаты консультаций специалистов.

Общая техника операций

Перед операцией проводят маркировку аутотрансплантата, а также намеченных для включения в трансплантат тыльных вен и осевой линии тыльной артерии стопы. Затем выделяют дорсальную артерию стопы до уровня плюснепредплюсневой сустава. Выделение первой тыльной подошвенной артерии (ТПА) является наиболее сложным этапом вмешательства. После того, как место отхождения первой ТПА выделено, прободающую ветвь пересекают на более дистальном уровне между наложенными зажимами. Периферическую культю сосуда рационально прошить и перевязать нитью 6/0–7/0. То же самое относится и к центральной культе. Последующее выделение первой ТПА осуществляют таким образом, чтобы сохранить все ветви, отходящие в сторону аутотрансплантата. Проходя по поверхности сосуда, достигают места ее деления на собственные дорсальные пальцевые артерии. Ветвь, идущую ко второму пальцу, перевязывают. При последующем выделении трансплантата сохраняют соединительную артерию, уходящую от конечного отрезка первой ТПА к подошвенной сосудистой сети в области первого межпальцевого промежутка. Это обеспечивает максимальную перфузию тканей трансплантата и возможность использования для ее кровоснабжения подошвенных артериальных источников.

Собственные подошвенные пальцевые нервы лучше всего идентифицировать у основания пальцев, где они расположены непосредственно под кожей и могут быть прослежены в проксимальном направлении.

Сухожилие сгибателя первого пальца выделяют до того уровня, который позволит после фиксации трансплантата на кисти наложить сухожильный шов за пределами карпального канала. После пересечения всех выделенных на подошвенной поверхности образований выполняют экзартикуляцию пальца в плюснефаланговом суставе. Затем выделяют трансплантат на питающих его артерии и вене.

Для уменьшения времени ишемии трансплантата его отсекают только после полной подготовки воспринимающего ложа на кисти. Следует отметить, что практически во всех случаях кровообращение в аутотрансплантате, выделенном на питающих сосудах, сразу не восстанавливается. Обычно проходит несколько минут до того момента, когда спазм сосудов устраняется, чему способствует орошение сосудистой ножки раствором папаверина гидрохлорида.

При отсутствии пульсации тыльной артерии стопы взятие трансплантата производится на латеральной подошвенной артерии первого пальца. Однако этот сосуд можно выделить лишь на относительно небольшом протяжении, так как он отходит от глубоко расположенной подошвенной артериальной дуги. Поэтому артериальная сосудистая ножка может быть короткой, что приводит к

выполнению аутовенозной пластики артерии при подключении комплекса тканей к артерии кисти.

Аутотрансплантация первого пальца стопы

Вмешательство выполняют две бригады хирургов. В зависимости от длины окружности и величины создаваемого пальца делают разметку линии доступа на первом пальце стопы. Выделение сосудов и нервов трансплантата производят по описанной выше методике. В комплекс тканей включают собственные подошвенные нервы первого пальца. Для устранения избыточной ширины пересаженного на кисть первого пальца стопы производится его уменьшение. Перед операцией окружность нормального первого пальца на кисти измеряют на трех уровнях: у основания ногтя, в самом широком месте (межфаланговый сустав) и в средней части проксимальной фаланги. Измеряют также ширину ногтя. В соответствии с этим делают разметку на первом пальце стопы. После разреза кожи мягкие ткани и капсулу сустава субпериостально отслаивают до нужного уровня, сохраняя при этом медиальный подошвенный сосудисто-нервный пучок пальца. Затем с помощью осцилляторной пилы выполняют по намеченной линии продольную остеотомию и с помощью костных инструментов закругляют края обработанной кости. После наложения шва на надкостницу и капсулу сустава коллатеральную связку фиксируют чрезкостно к дистальной фаланге. Образовавшийся избыток кожи лоскута иссекают таким образом, чтобы рану можно было зашить без натяжения, и после гемостаза накладывают швы. Последующее выделение трансплантата осуществляют по обычной методике.

Аутотрансплантация второго пальца стопы.

Как правило, второй палец вычленяют в плюснефаланговом суставе, поэтому кожные лоскуты, выкраиваемые на тыльной и подошвенной поверхностях трансплантата, чаще всего перекрывают линию сустава. В то же время они должны быть достаточно узкими, чтобы донорская рана могла быть закрыта без значительного натяжения.

Техника выделения питающих трансплантат сосудов и нервов — та же, что и при пересадке первого пальца стопы, с той лишь разницей, что сохраняются анатомические структуры, идущие ко второму пальцу стопы. При выделении первой ТПА сохраняют ветви, идущие к трансплантату. При этом всегда пересекают сухожилие короткого разгибателя первого пальца. После выделения сухожилий и нервов на подошвенной поверхности стопы проксимальную фалангу второго пальца вычленяют в плюснефаланговом суставе, и весь трансплантат отводят в сторону. Вторым пальцем может быть пересажен с фрагментом второй плюсневой кости.

Недостатками второго пальца стопы как трансплантата являются его меньшие размеры по сравнению с нормальным первым пальцем кисти, а также нетипичная для кисти форма мягких тканей дистальной фаланги. Поэтому лучше этот трансплантат использовать для восстановления II–V пальцев кисти.

Аутотрансплантация блока II–III пальцев стопы

Пересадку блока II–III пальцев стопы осуществляют при отсутствии нескольких (всех) пальцев кисти. Эту операцию часто сочетают с пересадкой пальцев с другой стопы. Комплекс тканей выделяют на тех же — тыльных или

подошвенных сосудах. Входящие в комплекс тканей II–III пальцы могут быть вычленены в плюснефаланговых суставах или взяты с головками плюсневых костей.

Комбинированная аутотрансплантация

Нами предложен способ комбинированной аутотрансплантации пальцев, когда в силу тех или иных причин с обеих стоп можно забрать только один палец. Суть метода в аутотрансплантации первого пальца стопы в позицию первого пальца кисти, а для восстановления оппозиции используют четвертый палец на другой кисти со всеми анатомическими структурами, необходимыми для аутотрансплантации.

Пример: Пациент Г. в 2000 г. получает травму кисти, при этом теряет все пальцы правой кисти, т. е. у него беспалая кисть. 19.05.2003 в отделении микрохирургии УЗ «Минская ордена Трудового Красного Знамени областная клиническая больница» (история болезни № 9105) выполнена комбинированная аутотрансплантация одного пальца стопы и одного пальца кисти. С целью сохранения опорной функции стопы возможен был забор только одного пальца, а для восстановления функции захвата кисти необходима была аутотрансплантация как минимум двух пальцев. В данной ситуации для восстановления пальцев кисти нами была произведена операция: аутотрансплантация четвертого пальца левой кисти в позицию второго пальца правой кисти и первого пальца левой стопы в позицию первого пальца правой кисти. При этом вследствие перенесенной предыдущей операции у пациента на обеих стопах отсутствовал тыльный сосудистый пучок, в связи с чем первый палец стопы забирали на подошвенных сосудах. Первый палец стопы был зафиксирован в положении первого пальца кисти с помощью спиц, произведен шов сухожилия сгибателя и разгибателя пальца стопы с сухожилием сгибателя и разгибателя культи первого пальца кисти, анастомоз артерии и вены пальца стопы с артерией и веной на кисти, эпинеуральный шов пальца стопы с нервом культи первого пальца кисти. Четвертый палец другой кисти с выделенными аналогичными анатомическими структурами был зафиксирован спицами в положении второго пальца беспалой кисти. Затем были выполнены аналогичные этапы операции по аутотрансплантации пальца. Длительность операции составила 7 ч. Через 3 мес. после операции образовалась костная мозоль в зоне аутотрансплантации, удалены спицы, проведены курсы реабилитационной терапии. Пациент осмотрен через год после операции, объем движений пересаженных пальцев удовлетворительный, восстановлена функция захвата кисти. Пациент вернулся к активной трудовой деятельности по месту прежней работы.

Техника выделения анатомических структур на кисти

Вторая бригада хирургов производит обычную обработку операционного поля на кисти. После обкладывания стерильным материалом проводится последовательная ревизия и выделение всех анатомических структур, необходимых для аутотрансплантации. Артерия — чаще всего выделяют участок лучевой артерии в зоне «анатомической табакерки», вена — головная вена в этой же зоне либо подкожные вены на тыле кисти, пальцевые нервы — соответственно

восстанавливаемому пальцу, сухожилия сгибателя и разгибателя — в зоне, пригодной для наложения сухожильного шва. Все структуры маркируют и подготавливают для анастомозирования. Осмотр выделенных структур под операционным микроскопом позволяет довольно точно определить границы поврежденных мягких тканей, которые должны быть иссечены как можно более радикально.

Остеосинтез аутотрансплантата

После перенесения аутотрансплантата пальца на кисть производят остеосинтез. Чаще всего с помощью микродрели под визуальным контролем после обработки костей пальца на кисти и аутотрансплантата, проводят чрескостно две взаимноперекрещивающиеся спицы. Добившись стабильности фиксации, переходят к следующему этапу операции.

Восстановление сухожилий

Сухожилия сгибателей пальцев выделяют чаще всего вне зоны бывшей травмы и восстанавливают предпочтительным и приемлемым в каждом конкретном случае методом. Восстановление сухожилий поверхностных сгибателей не производится.

Основными требованиями, предъявляемыми к сухожильному шву, являются прочность, атравматичность, минимальная деформация, хорошее сопоставление краев, минимальное влияние на кровоснабжение сухожилия. Учитывая эти принципы, нами были разработаны и внедрены в повседневную работу следующие подходы к восстановлению сухожилий.

Мы разработали сухожильный пинцет (рисунок 2) (патент на полезную модель № 2342). Удерживание сухожилия в пинцете осуществляется, главным образом, иглой, а бранши имеют вспомогательное значение.

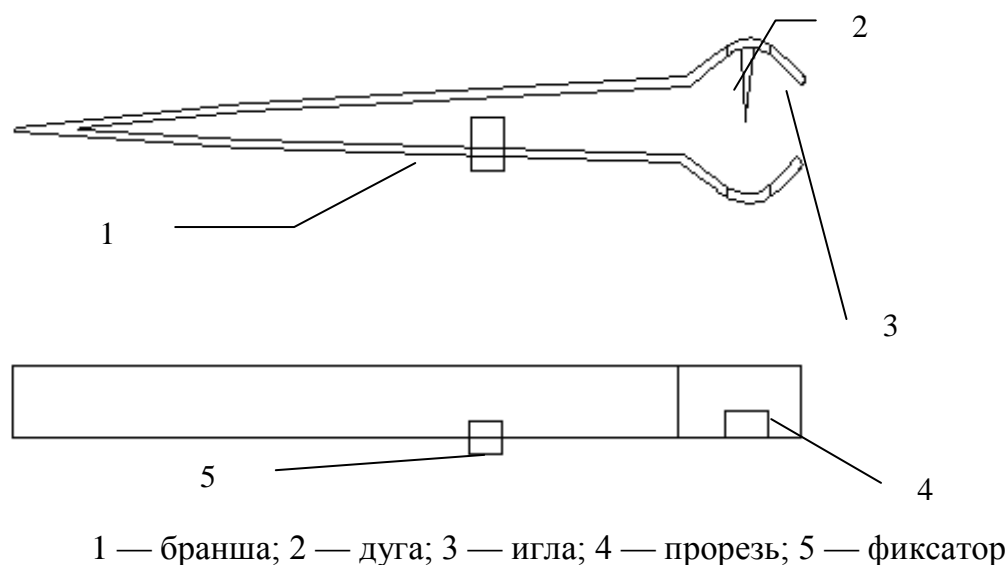


Рисунок 2. — Сухожильный пинцет

Работа с пинцетом осуществляется следующим образом: выделенный конец сухожилия захватывают сухожильным пинцетом таким образом, что конец сухожилия располагается внутри дуг 2, прокалывают иглой 3, смыкают бранши 1,

фиксируют посредством фиксатора 5, затем вводят иглу с нитью в прорезь 4 и накладывают сухожильный шов. Данный пинцет позволяет надежно фиксировать конец сухожилия, не травмируя и не нарушая его кровоснабжение, наличие прорези способствует меньшему выделению сухожилия.

Для уменьшения образования в послеоперационном периоде рубцов между сухожилием, в частности, зоной его шва и окружающими тканями нами предложен способ восстановления сухожилия (приоритетная справка № а20050081 от 07.02.2005, решение о выдаче патента от 05.18.2007), который заключается в том, что после наложения собственно сухожильного шва производится прошивание сухожилия с передней поверхности по обе стороны собственно шва. Нити направляются навстречу друг другу внутри сухожильного влагалища, проводятся по ходу сухожилия за зону шва и выводятся по передней поверхности на кожу. Этот способ продемонстрирован на рисунке 3.

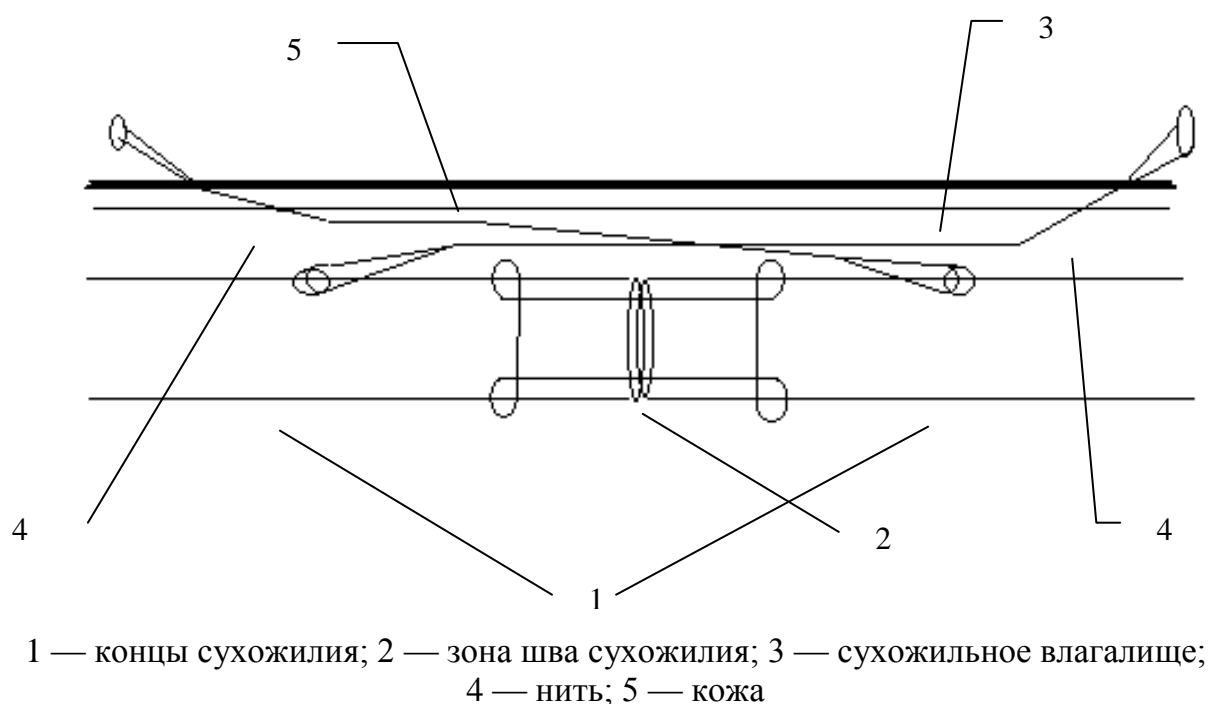
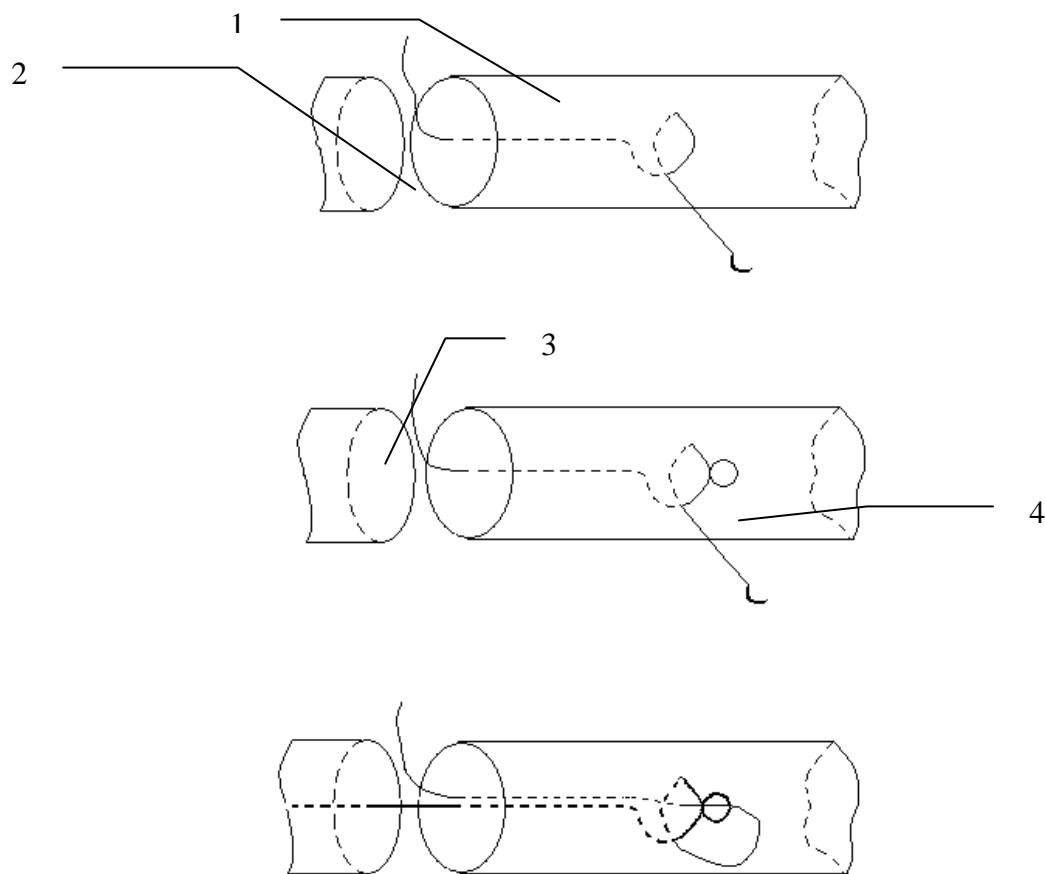


Рисунок 3. — Способ восстановления сухожилия

В послеоперационном периоде, начиная с 3–4 сут, каждый второй день во время перевязки производится однократное дозированное натяжение нитей со сгибанием и разгибанием трансплантированного пальца.

Разработан способ (патент № 9700 от 05.21.2007), позволяющий быстро и надежно наложить сухожильный шов. Этапы восстановления сухожилия представлены на рисунке 4.

Оптимальной нитью для этого шва является монофиламентная нерассасывающаяся (использован пролен 3–4/0). После наложения этого шва накладывается обвивной непрерывный шов нитью 4–6/0 для адаптации краев.



1 — конец сухожилия; 2 — торец сухожилия; 3 — нить; 4 — петля

Рисунок 4. — Этапы способа восстановления сухожилия

Восстановление нервов

Найденные концы нервов можно маркировать с помощью сосудистых клемм. Хирургическая обработка нервов на кисти заключается в очень экономном иссечении их (с помощью микрохирургических ножниц или скальпеля) до появления пучков. Для удовлетворительного результата восстановления нервов необходимо строгое соблюдение следующих условий:

- все нервные пучки, входящие в состав нервного ствола, должны иметь ровную линию среза;

- при сопоставлении сшиваемых концов нерва необходимо добиться сопоставления друг напротив друга пучков одной величины;

- необходимо полностью исключить попадание в пространство между сшиваемыми концами нерва любых посторонних субстанций (крови, прядей эпинеурия, фрагментов ткани соседних структур);

- шов нерва должен осуществляться без натяжения и обеспечивать достаточно прочное соединение сшиваемых концов нерва (с учетом дополнительного натяжения, возникающего при разгибании в суставах кисти и пальцев).

Для предотвращения пластики при небольших дефектах нервных стволов нами был предложен способ восстановления нерва (приоритетная справка № а20051143 от 28.11.2005, решение о выдаче патента от 06.11.2007), при котором перед наложением собственно шва производят с использованием увеличительной техники и микрохирургического инструментария поперечные насечки эпи- и периневрия в шахматном порядке или циркулярно, что позволяет добиться удлинения нерва до 1,5–2 см.

Анастомоз артерий

С помощью сосудистого пинцета и ножниц проводится необходимое минимальное выделение артерии для успешного анастомозирования. Визуально производится тщательная ревизия сосуда с целью установления пригодности для проведения анастомозирования. Так как при данном виде операции чаще всего применяется анастомоз артерии аутооттрансплантата с артерией в области «анатомической табакерки» по типу «конец в бок», то на артерии кисти формируется боковой дефект, соответствующей величины и формы артерии аутооттрансплантата. Затем проверяется адекватность проксимального притока крови - струя кровотока должна быть пульсирующей. Параллельно проводится внутривенная инфузия вазоактивных препаратов. Обработанные концы сосудов маркируются путем наложения на них микроклипс. После подготовки концов сосудов производят сшивание их, начиная с задней стенки анастомоза, затем переходят на переднюю стенку. В своей практике мы используем чаще всего непрерывный обвивной шов, хотя может применяться и узловый шов. При определении вида шва следует полагаться, прежде всего, на опыт, т. к. объективных способов определения данного параметра не существует.

Анастомоз вен

Техника выделения и подготовки вен для формирования анастомоза практически не отличается от таковой при формировании анастомоза артерий. Однако при анастомозе вен применяется исключительно узловый шов чаще всего с наложением двух держалочных швов через 120° по окружности сосуда. Преимуществом данного способа является уменьшение опасности повреждения противоположной стенки сосуда при проведении иглы и шовной нити на участке между держалками, так как натяжение последних не вызывает сближения противоположных стенок сосуда.

После формирования анастомозов артерии и вены клипсы с них снимаются, восстанавливается кровоток, проводится тщательный гемостаз.

Признаками эффективного восстановления кровоснабжения пересаженного пальца являются:

- восстановление нормального тургора тканей;
- постепенное восстановление нормальной температуры аутооттрансплантата;
- восстановление нормальной окраски или гиперемия кожных покровов;
- наполнение вен и появление кровоточивости тканей аутооттрансплантата;
- хорошая проходимость всех наложенных микроанастомозов.

При развитии интраоперационных сосудистых осложнений хирургическая тактика во многом зависит от причин, вызвавших то или иное осложнение, что может быть результатом недостаточного притока и оттока, проблем

с анастомозом.

Признаки недостаточности притока чаще всего отмечаются либо в момент восстановления кровотока по анастомозу, либо в первые 3–5 мин работы анастомоза. Наиболее частыми причинами являются:

- гиперкоагуляция — внутривенно струйно вводится гипокоагулянт;
- длительное отсутствие кровотока по сосуду — перед наложением клипс на подготовленные к анастомозированию концы сосудов целесообразно заполнять просвет этих сосудов гепаринизированным раствором (одна капля гепарина на 200 мл физиологического раствора) для создания в слепых отрезках сосудов т. н. «гепариновых пробок»;

выраженный спазм приводящего сосуда — внутривенная инфузия вазоактивных препаратов;

- низкое артериальное давление (необходимый минимум — 100–110 мм рт. ст.).

Образовавшиеся тромбы должны быть тщательно удалены из просвета приводящего и отводящего сосудов. Обычно для этого приходится снимать несколько швов с анастомоза или иссекать его.

Признаками несостоятельности артериального анастомоза являются, в подавляющем большинстве случаев, технические ошибки, допущенные хирургом при его наложении:

- прошивание задней стенки анастомоза — при обнаружении необходимо наложить клеммы на оба конца сосуда, снять компрометирующий шов и ушить образовавшиеся щели;

- слишком грубые швы;

- редкие швы — при прижатии марлевой салфеткой через некоторое время удается остановить кровотечение, но тромб, обеспечивший тампонаду межшовного отверстия, может разрастись в просвете сосуда, приводя к его стенозированию и полной обтурации артерии в зоне анастомоза, а также служить источником эмболизации дистального русла реплантата. В связи с этим при выявлении избыточной кровоточивости межшовного промежутка в момент пуска микроанастомоза не следует пытаться остановить его консервативными мероприятиями;

- неодинаковая дистанция между вколами на проксимальном и дистальном концах;

- чрезмерное натяжение или избыток сосуда.

Технические погрешности в абсолютном большинстве случаев требуют иссечения анастомоза и реанастомозирования.

Ушивание раны

Заключительным этапом операции является ушивание раны и наложение швов на кожу. При выполнении этого этапа необходимо тщательно следить за тем, чтобы накладываемые швы, а затем и рубцы, не привели к сдавлению сосудистых анастомозов. В связи с этим желательно визуально (с помощью операционной оптики) контролировать состояние анастомозов вплоть до наложения последнего шва. Повязка накладывается рыхло, при этом трансплантированный палец остается открытым для постоянного мониторинга

состояния кровоснабжения.

Ведение послеоперационного периода

В раннем послеоперационном периоде все пациенты должны получать антибиотики широкого спектра действия, вазоактивную терапию, дезагреганты, средства, направленные на стимуляцию восстановления нервов, физиотерапевтическое лечение.

Пассивную разработку движений рекомендуем начинать через 5–7 дней после операции, активную — через 3 недели. Послеоперационное наблюдение необходимо ежемесячно в первый год, ежеквартально — во второй и затем до 5 лет 2 раза в год.

Заключение. Отсутствие пальцев на кисти значительно нарушает функцию конечности, чаще всего приводит к инвалидности. Внедрение микрохирургических технологий в клиническую практику значительно расширило возможности хирургов в лечении пациентов с беспалой кистью. Использование различных типов аутотрансплантатов пальцев позволяет добиться восстановления функции кисти там, где традиционные методы лечения бессильны.

Следует отчетливо понимать, что без специализированного продолжительного консервативного комплексного лечения и наблюдения хирургов, невропатологов, физиотерапевтов и реабилитологов рассчитывать на хороший функциональный результат даже при правильно произведенной операции сложно.

Отличительными особенностями разработанного способа являются следующие:

1. Предложенная тактика позволяет однозначно решить вопрос о необходимости оперативного лечения в специализированном центре.

2. Метод позволяет восстановить основную функцию кисти — противопоставлять свои элементы (пальцы или ладонь).

3. Восстановительно-реконструктивные вмешательства с использованием микрохирургической техники позволяют добиться хорошего результата в кратчайшие сроки и с наименьшими затратами.

4. Составляющие метода охраноспособны.

Положительными особенностями и преимуществами предлагаемого способа являются:

1. Высокая эффективность.

2. Низкая частота повторных операций.

3. Патогенетическая направленность и анатомическая обоснованность хирургических способов лечения.

4. Возможность реконструкции нескольких анатомических структур беспалой кисти.

5. Экономия денежных средств.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Ошибки при использовании данного способа могут быть связаны

с неправильным отбором пациентов, выбором шовного материала, техникой операции, ведением послеоперационного периода.

Осложнения могут быть связаны с нагноением раны, несостоятельностью швов сосудов (тромбоз, кровотечение), нервов и сухожилий, общесоматическим состоянием пациента.

Противопоказаниями являются значительные нарушения кровоснабжения реконструируемой кисти, тяжелое общее состояние, обусловленное сопутствующей патологией.