



## ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ

*А. М. Волкова*

**Р**убцовые деформации и контрактуры кисти и пальцев являются нередким страданием больных, перенесших воспалительные заболевания кисти, глубокие термические поражения, огнестрельные ранения, тяжелые открытые повреждения и сдавления кисти. Наиболее тяжело протекают рубцовые деформации кисти у детей, перенесших глубокие ожоги в раннем детском возрасте. С ростом ребенка резко отстает в развитии пораженная кисть. Рубцовые деформации кисти — это не только видимое повреждение кожного покрова. Это сложный патологический процесс с вовлечением глубже расположенных анатомических структур первичного или вторичного порядка. К первичному дерматогенному процессу присоединяются деформации скелета. В связи с ограничением роста возникают артрогенные и миогенные компоненты деформации, усугубляющие калечество кисти.

В лечении рубцовых деформаций кисти еще много нерешенных вопросов: классификации, диагностики, выбора тактики и разработки наиболее рациональных методов оперативного лечения восстановления функции и социальной реабилитации больных. В литературе вопросы лечения рубцовых контрактур кисти представлены, в основном, отдельными журнальными статьями, нет цельного руководства по данной проблеме.

Классификация рубцовых деформаций кисти с нашей точки зрения должна базироваться на изучении глубины поражения тканей и анатомических структур кисти, сочетанности, нарушении формы и функции кисти; а также для формулировки правильного диагноза, выбора тактики и метода лечения, предлагается следующая рабочая классификация рубцовых деформаций и контрактур кисти и пальцев.

#### **I. По причине:**

- 1) ожоговая
- 2) травматическая
- 3) ишемическая
- 4) прочая

#### **II. По глубине поражения тканей кисти:**

- 1) дерматогенная
- 2) дермато-десмогенная
- 3) дермато-десмо-артрогенная

#### **III. По функции:**

- 1) сгибательная
- 2) разгибательная
- 3) сгибательно-разгибательная

#### **IV. По тяжести:**

- 1) изолированная
- 2) множественная
- 3) сочетанная

Формулируя клинический диагноз, желательно пользоваться данной терминологией, например, ожоговая дерматогенная сгибательная контрактура II пальца правой кисти, или посттравматическая дермато-десмогенная разгибательная контрактура II-V пальцев левой кисти.

Для выбора рациональной тактики и лечения мы рекомендуем выделять три основные клинические группы по глубине поражения тканей кисти.

**I группа** включает все виды дерматогенных контрактур с вовлечением в рубцовый процесс только кожного покрова. Лечение этой группы поражений состоит в устранении контрактуры и порочного положения пальцев. При этом используются следующие способы лечения:

- а) иссечение рубцовых тканей с мобилизацией краев и замещением дефекта кожного покрова местными тканями. Это возможно сделать при небольших по площади рубцах;
- б) иссечение рубцовых тканей с замещением дефекта свободным полнослойным кожным аутоотрансплантатом. При дерматогенных рубцах свободная кожная аутопластика достаточно эффективна. В послеоперационном периоде необходима фиксация кисти в положении гиперкоррекции в течение 2-3 недель до полного приживления и реваскуляризации свободного трансплантата.

**II группа** включает все виды дермато-десмогенных контрактур, когда рубцы охватывают не только кожу, но и подкожную клетчатку и глубже лежащие мягкие ткани (сухожилия, фиброзно-апоневротические связки, периферические нервы). Успех операции в данном случае зависит от тщательности удаления всех рубцовоизмененных тканей и достижения полной коррекции кисти и пальцев с некоторой гиперкоррекцией, особенно, межпальцевых промежутков. Образовавшийся дефект покровных тканей в этих случаях может быть закрыт двумя способами:

- а) если удалось сохранить фиброано-апоневротические каналы, и сухожилия не обнажены, достаточно заменить дефект свободным полнослойным кожным аутоотрансплантатом;
- б) если обнажены сухожилия, то более рациональна пластика кожно-жировым лоскутом на питающей или сосудистой ножке с применением микрохирургической техники.

**III группа** включает все виды дермато-десмо-артрогенных контрактур, когда в зону поражения включаются и суставы. В данном случае рационально иссечение рубцов, капсулотомия, мобилизация сухожилий, выделение из рубцов веточек нервов и замещение дефекта кожно-жировыми лоскутами различных модификаций от итальянского, филатовского стебля до китайского лоскута с ретроградным кровотоком, а также свободных кожно-подкожно-сухожильных комплексов с применением микрохирургической техники.

Особую сложность в лечении представляют больные с дефектами сухожилий сгибателей и разгибателей пальцев и кисти. Основной принцип здесь состоит в многоэтапном лечении. В качестве примера приводится методика А. М. Волковой для лечения глубоких рубцовых поражений сухожилий сгибателей пальцев кисти. После иссечения рубцов на пальцах с ладонной стороны производится продольное сшивание их (искусственная синдактилия). Вдоль пальцев укладываются силиконовые вкладыши для создания синовиальных каналов. Восстанавливаются «блоки» на уровне средней и проксимальной фаланг пальцев. Образовавшийся дефект замещается кожно-жировым лоскутом на питающей ножке. Через 3-4 недели ножка отсекается. Больной разрабатывает пассивные движения межфаланговых суставов. Через 4 недели производится рассечение хорошо прижившего лоскута вдоль пальцев и одновременно производится тендопластика вместо силиконовых вкладышей вводятся во вновь сформированные каналы сухожильные аутоотрансплантаты.

**Успех свободной кожной пластики во многом зависит от тщательности выполнения основных принципов:**

- 1 — равномерности толщины кожных трансплантатов;
- 2 — фиксации трансплантата к краям дефекта на всем протяжении;
- 3 — умеренного натяжения трансплантата без избытка его, избегая дупликатуры и перекоса;
- 4 — дренирования путем редких насечек и гемостаза для предотвращения скопления гематомы и отслойки лоскута;
- 5 — умеренного прижатия лоскута на всем протяжении ватномарлевой черепицеобразной повязкой и гипсовой шиной (но без чрезмерного сдавления, опасного ишемическим некрозом тканей);
- 6 — фиксации до полного приживания лоскута на срок 10-14 суток, при этом если нет нагноения, перевязки надо избегать;
- 7 — после снятия швов в период окончательного приживания и перестройки трансплантата сохранять фиксацию шиной в положении полной коррекции кисти, предотвращая сморщивание или отслойку лоскута;

- 8 — повязки на лоскут с момента операции должны быть индифферентными (спирт, йод исключить), применяя риванол, глицерин, вазелиновое масло сверху риваноловой или сухой повязки;
- 9 — в послеоперационном периоде полностью исключить тепловые и электропроцедуры (УВЧ, ультразвук, диатермию и др.) в противном случае усиление кровотока будет способствовать тромбозу вновь формирующихся сосудов и некрозу лоскута;
- 10 — при отеке кисти следует местами надсечь, ослабить повязку, придать конечности возвышенное положение; при необходимости назначить дегидратационную терапию, ПМП (постоянное магнитное поле). При подозрении на воспаление провести курс антибактериальной терапии, контроль лоскута. В профилактике отека важное значение отводится гипотермии.

Особое внимание следует обратить на лечение артрогенных контрактур суставов кисти. Они быстро возникают, но чрезвычайно трудно поддаются лечебным консервативным мероприятиям. Широко применяются в повседневной практике традиционные методы лечения: капсулотомия, артропластика, артропластическая резекция; замещение суставных концов искусственными суставами различных конструкций, как показывает опыт, малоэффективны.

В последние годы для лечения контрактур суставов пальцев с успехом применяются аппараты внешней фиксации. В основу этого метода заложены принцип бескровной дистракции с растяжением суставной щели на 5-8 мм с последующей разработкой движений, с чередованием сгибания и разгибания при помощи шарнирного устройства в аппарате внешней фиксации. Этот метод дает обнадеживающие результаты, но требует хорошего умения и овладения им. В лечении рубцовых контрактур кисти огромную роль в окончательном восстановлении функции играет комплексное восстановительное лечение с использованием всех средств и возможностей современной медицины.

