

© Т.Е. Козьмина, М.Г. Знаменская, 2002

Оценка функционального состояния кисти после проведенного лечения методом чрескостного остеосинтеза

Т.Е. Козьмина, М.Г. Знаменская

Assessment of the hand functional condition after treatment by transosseous osteosynthesis technique

T.Y. Kozmina, M.G. Znamenskaya

Государственное учреждение науки

Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова, г. Курган (генеральный директор — заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор В.И. Шевцов)

В статье рассматривается опыт РНЦ «ВТО» медицинской реабилитации пациентов с врожденной патологией кисти, проводится оценка функционального состояния кисти после проведенного лечения, в зависимости от исходного состояния anomalously измененного сегмента и приводятся конкретные рекомендации для восстановления функции.

Ключевые слова: аномалия развития, кисть, чрескостный остеосинтез, функция.

The work deals with RISC "RTO" experience of medical rehabilitation of patients with the hand congenital pathology, the hand functional condition is assessed after the treatment performed depending on the initial condition of anomalously changed segment and specific recommendations for function recovery are given.

Keywords: developmental anomaly, hand, transosseous osteosynthesis, function.

ВВЕДЕНИЕ

Значительное место по тяжести косметических недостатков и функциональных расстройств занимают пороки развития верхней конечности. Высокая частота заболеваний и повреждений кистей, сложность их лечения, значительный процент неудовлетворительных результатов обуславливают социальную и медицинскую значимость проблемы [8]. Нарушение функции любого органа влечет за собой самые серьезные последствия, но нарушение функции кисти, этого "исключительно виртуозного органа" [1], во многом затрудняет возможность общения человека с внешним миром, а косметические дефекты приносят моральные страдания [3].

Трудность лечения больных с данной патологией заключается в том, что необходимо восстановить не только анатомическую целостность, но и функцию кисти. Известно, что лица, имеющие указанную патологию, тяжело переживают свои недостатки, считая себя морально и физически неполноценными людьми. Это может привести к функциональному и интеллекту-

альному отставанию в развитии ребенка. Современные методы оперативного лечения больных с гипоплазией кисти включают в себя пластические операции, связанные с пересадкой пальцев со стопы, фалангизацией, полицизацией, пересадкой пальцев с другой руки. Методы чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза, разработанные в Российском научном центре "Восстановительная травматология и ортопедия" имени академика Г.А. Илизарова, и аппарат для мелких трубчатых костей, используемый в лечении врожденных и приобретенных заболеваний кисти, позволили восстанавливать функцию кисти и улучшать косметический вид [2, 3].

Малая травматичность, функциональность, физиологичность разработанных способов существенно расширили диапазон реконструктивно-восстановительной хирургии кисти при ее патологии, дали возможность рационально решать сложные лечебные задачи, обеспечивая комплекс оптимальных условий для реабилитации больных с данной патологией [5, 6, 7, 9].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мы располагаем опытом лечения 941 больного (1013 кистей) в возрасте от 4 до 63 лет с 1983 по 2000 г. Из них с незаконченным ростом – 834 пациента. С врожденной патологией – 73,6% (692 пациента), с приобретенной патологией кисти – 249 пациентов, что составило 26,4% к общему числу пролеченных больных.

Анализ ближайших и отдаленных результатов является решающим в оценке методов лечения и позволяет наиболее объективно оценить эффективность и рациональность их использования.

При изучении ближайших и отдаленных результатов нам представлялось необходимым установить, насколько полно и надежно и в какой степени восстановлена функция кисти. Для оценки результатов применялась клинорентгенологическая методика обследования. К отличным результатам лечения относили те случаи, когда полностью была уравнена длина пястных костей или фаланг и восстановлена функция пальцев и кисти в целом. Хорошие результаты лечения отмечены у пациентов, у которых была полностью восстановлена функция кисти с хорошим косметическим эффектом, а дефицит длины фаланг составил 0,5-1,0 см, что не повлияло на функцию.

Удовлетворительными результатами считались те, при которых имел место хороший косметический вид, но ограничена функция кисти.

Неудовлетворительными результатами считали рецидив и снижение функции кисти. Однако в данной группе неудовлетворительных результатов не было. Результаты изучались после каждого этапа. Средние сроки между этапами

лечения составляли 6-12-18 месяцев. Для объективной оценки функции при различных патологических состояниях мы использовали метод балльной оценки функционального состояния кисти [4]. Выполнением каждым пальцем здоровой кисти позиции 1 из 6 основных видов захвата оценивается 1 баллом. Выполнение всеми пальцами здоровой кисти позиций 6 захватов оцениваются 30 баллами (по 5 баллов каждый): крючковый, межпальцевой, плоскостной, шаровидный, цилиндрический, щипковый. Наряду с балльным показателем суммарной функции кисти, определяли ИФП (индекс функциональной полноценности) [4].

Он определяется как частное от деления суммарного показателя функции кисти (в норме 30) на количество сохранившихся пальцев или их культи. Таким образом, для здоровой кисти ИФП составляет 6 баллов. Хорошие результаты – 4 балла и более, удовлетворительные результаты – 2-4 балла, менее 2 баллов – неудовлетворительные.

Функциональная реабилитация оперированной кисти изучалась на контрольных осмотрах. На первом контрольном осмотре, через 2-3 мес. после снятия аппарата, решался вопрос о возможности увеличения и перехода к полной нагрузке. Средние сроки перехода к полной нагрузке были от 1 до 3-х месяцев после снятия аппарата.

Во время второго контрольного осмотра, через 6-9 мес. после снятия аппарата, оценивалась функция кисти, рекомендовались дополнительные нагрузки, и решался, если это было необходимо, вопрос о следующем этапе лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При оценке ближайших и отдаленных результатов необходимо установить, в какой степени восстановлена функция кисти, есть ли косметический эффект и насколько стойко сохраняются полученные результаты. В ближайшие после снятия аппарата сроки обязательно выполнение больным следующих рекомендаций: занятия лечебной физкультурой в течение двух, иногда трех недель с использованием только силы мышц, затем – с помощью другой руки и через месяц – переход к полной нагрузке. Обязательна явка на контроль через два месяца для определения дальнейшей тактики реабилитационных мероприятий.

Ближайшие результаты лечения прослежены в сроки от 3 до 9 месяцев в 80,9%. Отдаленные анатомо-функциональные результаты лечения

изучены у 443 больных, что составило 47,1% от общего числа исследуемых больных в сроки от 1 года до 5 лет. В 7% случаев результат прослежен до 13 лет. У всех пациентов получены положительные результаты лечения: хорошие – у 93,7%; удовлетворительные – у 6,3% больных.

Наиболее важным критерием оценки отдаленных результатов лечения считали степень восстановления функции кисти.

Если придерживаться балльной оценки функционального состояния кисти после лечения по методике О.Э. Михневича, В.П. Данькевича, И.М. Заирного (1986г.) [4], то у 17,3% больных ИФП составил 6 баллов, у 71,1% – 4-5 баллов, у 11,6% – 2-3 балла. Больных, у которых функция по ИФП была меньше 2 баллов, в группе пролеченных не было.

ВЫВОДЫ

Таким образом, проведенное лечение методом чрескостного остеосинтеза по Илизарову позволило получить хороший косметический и

клинический результат с восстановлением или улучшением функции кисти.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойчев Б., Панева-Холевич Е. Хирургия кисти пальцев. - София: Медицина и физкультура, 1971. – 278 с.
2. Илизаров Г.А. Новый мини-аппарат многоцелевого направления для лечения повреждений и заболеваний кисти // Материалы Пленума Правления Всерос. науч. мед. общества травматологов и ортопедов, посвящ. 100-летию со дня рождения В.В. Чаклина. - Екатеринбург, 1992. - С. 254-255.
3. Илизаров Г.А., Кириенко А.П. Использование мини-аппаратов Илизарова в хирургии кисти. // Метод Илизарова: Теория, эксперимент, клиника: Тез. докл. Всесоюз. конф., посвящ. 70-летию Г. А. Илизарова. - Курган, 1991. - С. 353-355.
4. Михневич О.Э., Данькевич В.П., Зазорный И.М. Балльная оценка функционального состояния кисти при врожденных пороках развития // Ортопед., травматол. - 1986. - № 5. - С. 32-33.
5. Опыт применения мини-аппарата Илизарова при лечении ортопедической патологии кисти / В.И. Шевцов, Г.Р. Исмаилов, А.И. Кузовков и др. // Гений ортопедии. - 1996. - № 2. - С. 68.
6. Чрескостный остеосинтез в хирургии кисти у детей / В.И. Шевцов, С.И. Швед, Ю.М. Сысенко и др. // Профилактика, диагностика и лечение повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей: Материалы Всерос. науч.-практ. конф. дет. ортопед.-травматол. - СПб., 1995 - С. 140-141.
7. Чрескостный остеосинтез по Илизарову при патологии кисти у детей / В.И. Шевцов, С.И. Швед, Ю.М. Сысенкои др. // Материалы XXVIII юбил. обл. науч.-практ. конф., посвящ. 50-летию Курган. обл. клинической больницы. - 1996. - С. 179-181.
8. Штурм В. А. Врожденные заболевания и аномалии развития костно-суставного аппарата // Руководство по ортопедии и травматологии. - М., 1968. -Т.2. - С.462-475.
9. Щуров В.А., Исмаилов Г. Р., Козьмина Т. Е. Особенности роста и кровоснабжения пальцев у больных с гипоплазией кисти при лечении методом Илизарова // Гений ортопедии. - 1997. - № 1. - С. 65-67.

Рукопись поступила 24.04.01.