

РЕПЛАНТАЦИЯ ЛЕВОЙ КИСТИ

LEFT HAND REPLANTATION

Минасов Б.Ш. Minasov B.Sh.
Валеев М.М. Valeev M.M.
Бикташева Э.М. Biktasheva E.M.
Якупов Р.Р. Yakupov R.R.
Никитин В.В. Nikitin V.V.
Мавлютов Т.Р. Mavlyutov T.R.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа, Россия

Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

Цель – оценить функциональный результат реплантации левой кисти после травматического отчленения.

Материал и методы. Пациент М. 43 лет госпитализирован в клинику травматологии и ортопедии Башкирского государственного медицинского университета с травматическим отчленением левой кисти через 7 часов после получения бытовой травмы циркулярной пилой.

Результаты. Отчлененная кисть полностью прижилась. Восстановлены все основные виды захвата кисти.

Выводы. Только реплантация отчлененной кисти и пальцев кисти целесообразна и наиболее эффективна. Она позволяет добиться наилучших функциональных и эстетических результатов. Успех реплантации при травматических отчленениях сегментов конечностей зависит от наличия увеличительной техники и микрохирургического инструментария, а также от квалификации хирургической бригады.

Ключевые слова: микрохирургия; реплантация; травма кисти.

Objective – to evaluate the functional outcomes of left hand replantation after traumatic amputation.

Materials and methods. A 43-year-old patient M. with traumatic amputation of his left hand was admitted to the clinic of traumatology and orthopedics, Bashkir State Medical University, within 7 hours after a home injury from the circular saw.

Results. The amputated hand recovered completely. All main types of hand grasp restored.

Conclusion. Replantation of injured hands and fingers is appropriate and most efficient. It provides good functional and esthetic outcomes. Replantation success in traumatic amputations of different segments of extremities depends on the presence of magnification and microsurgical instruments as well as on the surgical team qualification.

Key words: microsurgery; replantation; hand injury.

Травматические отчленения кисти и пальцев кисти, частота которых составляет 5,4 % случаев от общего числа травм верхних конечностей и достигает инвалидизации до 52,8 %, является не только личной драмой для пострадавшего, но и серьезной медицинской и социальной проблемой [1-3]. Несмотря на то, что для реконструкции кисти и пальцев кисти после травматического отчленения предложены десятки различных способов операций, позволяющих в большей или меньшей степени восстановить утраченные анатомические структуры и функцию кисти, проблема реплантации отчлененных сегментов кисти не утратила своего значения и на сегодняшний день [4-7]. Общеизвестно, что при травматическом отчленении кисти или пальцев кисти только реплантация отчлененной кисти и пальцев кисти позволяет добиться наилучших функциональных и эстетических результатов [5-8].

Цель – оценить функциональный результат реплантации левой кисти после травматического отчленения.

Проведение исследования одобрено этической комиссией при Башкирском государственном медицинском университете. Пациент дал добровольное согласие на публикацию результатов исследования в публичной печати.

Пациент М. 43 лет 12 ноября 2009 года в 17:15 час. получил бытовую травму левой кисти циркулярной пилой (рис. 1). После проведения первичной хирургической обработки в ЦРБ по месту жительства и транспортировки, в 23:00 час. госпитализирован в клинику травматологии и ортопедии Башкирского государственного медицинского университета.

Клинический диагноз: «Травматическое отчленение левой кисти». Под регионарным обезболиванием и после снятия швов с раны культуры предплечья выполнен остео-

синтез двумя перекрестными спицами Киршнера. Восстановлены сухожилия разгибателей пальцев и кисти по Казакову. Наложены сухожильные швы по Казакову на сухожилия сгибателей кисти и пальцев кисти. Эпинеурально сшиты срединный и локтевой нервы и поверхностная ветвь лучевого нерва. Нитью 8/0 с атравматичной иглой восстановлены три подкожные вены на тыльной поверхности кисти. Наложены микрососудистые швы на лучевой и локтевой артерии. После запуска кровотока кровоснабжение реплантационной кисти восстановилось сразу. Длительность операции – 4,5 часа. Нештатных ситуаций во время операции не было.

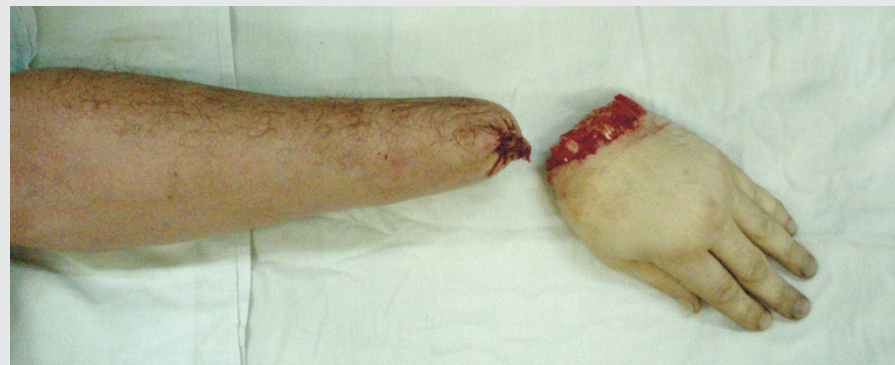
В раннем послеоперационном периоде осложнений не было, швы сняты на 12-е сутки. Пациент прошел полный курс реабилитационного лечения. Через 5 суток после операции начата магнитотерапия, пассивные движения в пальцах ки-

Рисунок 1

Фото внешнего вида левой кисти и фоторентгенограмма левого предплечья до операции

Figure 1

A preoperative photograph of the left hand and the photofluorography image of the left forearm



сти на аппарате «Artromot Н» по 30 минут 4 раза в день. Через 4 недели со дня операции начаты активные движения в пальцах кисти, курс электромиостимуляции сгибателей. Реабилитационное лечение проводилось в течение 4 месяцев. Необходимости в реконструктивной операции не было. Пациент находится под нашим наблюдением. Отдаленный функциональный результат через 5 лет представлен на рисунке 2.

Функциональный результат операции пациент субъективно оценивает как удовлетворительный. Работает по специальности (столляр), активно занимается спортом. Реплантированной кистью удерживает гирию весом 36 кг. Движения в лучезапястном суставе в полном объеме. Мышцы кисти несколько гипотрофичны. Тактильная и болевая чувствительность в зоне иннервации нервов полностью восстановлены. Сила кисти – 18 кг. Внешний вид кисти эстетически приемлем. Восстановлены все основные виды захвата кисти.

ВЫВОДЫ

Таким образом, только реплантация отчлененной кисти и пальцев кисти целесообразна и наиболее эффективна. Она позволяет добиться наилучших функциональных и эстетических результатов. Успех реплантации при травматических отчленениях сегментов конечностей зависит от наличия

Рисунок 2

Отдаленный функциональный результат операции

Figure 2

The long-term functional outcome of the surgery



увеличительной техники и микрохирургического инструментария, а также от квалификации хирургической бригады.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Petrosyan KA, Antonyan PA, Grigoryan ChA. About some aspects of the standard approaches to nerve restoration in replantation of fingers and hand segments. *Annals of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*. 2016; 1: 100-101. Russian (Петросян К.А., Антонян П.А., Григорян Ч.А. К вопросу о некоторых аспектах стандартных подходов восстановления нервов при реплантациях пальцев и сегментов кисти // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. 2016. № 1. С. 100-101.)
2. Sidorenkov DA, Sukhinin TYu, Chichkin VG. Replantation surgery of the upper extremity – the modern idea of indications and contraindications for replantation. *Annals of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*. 2015; 1: 82-83. Russian (Сидоренков Д.А., Сухинин Т.Ю., Чичкин В.Г. Реплантационная хирургия верхней конечности – современное представление о показаниях и противопоказаниях к реплантации // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. 2015. № 1. С. 82-83.)
3. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Bosi Ferraz M. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*. 2000; 25(24): 86-91.
4. Afanasyev LM, Isaev EA, Ezhov AA. Features of replantation of limb segments in children. *Polytrauma*. 2015; 1: 55-58. Russian (Афанасьев Л.М., Исаев Е.А., Ежов А.А. Особенности реплантации сегментов конечностей у детей // *Политравма*. 2015. № 1. С. 55-58.)
5. Afanasyev LM, Ezhov AA, Guselnikov SS. Features of compensatory retrograde venous blood supply in the limb during replantation at. *Polytrauma*. 2015; 2: 71-76. Russian (Афанасьев Л.М., Ежов А.А., Гусельников С.С. Возможности компенсаторного ретроградного венозного кровоснабжения конечности при реплантации // *Политравма*. 2015. № 2. С. 71-76.)
6. Timerbulatov MV, Ibragimov RK, Kazbulatov SS, Timerbulatov RF, Ibragimov DR. Replantation of block of fingers after amputation as a result of trauma. *Medical Bulletin of Bashkortostan*. 2016; 11 (2): 29-31. Russian (Тимербулатов М.В., Ибрагимов Р.К., Казбулатов С.С., Тимербулатов Р.Ф., Ибрагимов Д.Р. Реплантация блока пальцев кисти после ампутации в результате травмы // *Медицинский вестник Башкортостана*. 2016. Т. 11, № 2. С. 29-31.)
7. Shapovalov VM, Gubochkin NG, Tkachenko MV. Microsurgery in modern reconstructive and revision surgery of limbs. *Traumatology and orthopedics Russia*. 2006; 2 (40): 308-309. Russian (Шаповалов В.М., Губочкин Н.Г., Ткаченко М.В. Микрохирургия в современной реконструктивно-восстановительной и ревизионной хирургии конечностей // *Травматология и ортопедия России*. 2006. № 2. С. 308-309.)
8. Afanasyev LM, Popov KA. Functional outcome after replantation and subsequent reconstruction of the forearm. *Polytrauma*. 2011; (2): 75-79. Russian (Афанасьев Л.М., Попов К.А. Функциональный исход после реплантации предплечья и последующей реконструкции // *Политравма*. 2011. № 2. С. 75-79.)

Сведения об авторах

Минасов Б. Ш., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии с курсом ИДПО, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа, Россия.

Валеев М. М., д.м.н., профессор кафедры травматологии и ортопедии с курсом ИДПО, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа, Россия.

Бикташева Э. М., аспирант кафедры травматологии и ортопедии с курсом ИДПО, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа, Россия.

Якупов Р.Р., к.м.н., доцент кафедры травматологии и ортопедии с курсом ИДПО, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа, Россия.

Никитин В.В., д.м.н., профессор, профессор кафедры травматологии и ортопедии с курсом ИДПО, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа, Россия.

Мавлютов Т.Р., д.м.н., профессор кафедры травматологии и ортопедии с курсом ИДПО, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа, Россия.

Адрес для переписки:

Валеев М.М. ул. Ленина, 3, г. Уфа, Россия, 450000
Тел: +7 (917) 463-80-90
E-mail: valeevmm@rambler.ru

Information about authors:

Minasov B.Sh., MD, PhD, professor, head of chair of traumatology and orthopedics with a course of postgraduate professional education, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia.

Valeev M.M., MD, PhD, professor, chair of traumatology and orthopedics with a course of postgraduate professional education, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia.

Biktasheva E.M., postgraduate, chair of traumatology and orthopedics with a course of postgraduate professional education, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia.

Yakupov R.R., candidate of medical science, docent of chair of traumatology and orthopedics with a course of postgraduate professional education, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia.

Nikitin V.V. MD, PhD, professor, chair of traumatology and orthopedics with a course of postgraduate professional education, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia.

Mavlyutov T.R., MD, PhD, professor, chair of traumatology and orthopedics with a course of postgraduate professional education, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia.

Address for correspondence:

Valeev M.M., Lenina St., 3, Ufa, Russia, 450000
Tel: +7 (917) 463-80-90
E-mail: valeevmm@rambler.ru

