



## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КИСТИ**

---

*ТРУФАНОВ И.М., КРАВЧЕНКО А.В., КИРЬЯКУЛОВА Т.Г., РЫБАЛКО А.С., РУДСКОЙ С.А.*

# Актуальность

---

**Среди всех переломов, на долю трубчатых костей кисти приходится около 19,2%. Среди них открытые переломы фаланг пальцев и пястных костей – 6,12-10,5%. Посттравматические дефекты трубчатых костей могут составлять до 2%. Не смотря на значительный вклад кистевых и пластических хирургов в разработке методов хирургического лечения посттравматических дефектов трубчатых костей кисти, проблема остается актуальной на сегодняшний день ввиду высокого уровня неудовлетворительных анатомо-функциональных результатов лечения данного контингента пострадавших.**

Нами проведен анализ 24 клинических наблюдений и лечения больных с посттравматическими дефектами трубчатых костей кисти находившихся на стационарном лечении в отделение микрохирургии конечностей Республиканского травматологического центра г. Донецка за период 2015-2021 гг.

---

|  |                    |
|--|--------------------|
| Среди пациентов преобладали лица мужского пола | 21 человек (87,5%) |
| женского пола                                  | 3 человека (12,5%) |

|   |                    |
|---|--------------------|
| По механизму травмы, высокоэнергетические ранения наблюдались в | 9 случаях (37,5%), |
| иные  | 15 случаях (62,5%) |

|   |                    |
|---|--------------------|
| На этапе ургентной помощи стабилизация перелома проводилась у всех пациентов, из них: | 18 пациентов (75%) |
| интрамедуллярная фиксация спицами Киршнера  |                    |
| аппаратами внешней фиксации   | 6 пациентов (25%)  |

Нами проведен анализ 24 клинических наблюдений и лечения больных с посттравматическими дефектами трубчатых костей кисти находившихся на стационарном лечении в отделение микрохирургии конечностей Республиканского травматологического центра г. Донецка за период 2015-2021 гг.

---

|  |                  |
|--|------------------|
| На этапе лечения, необходимость закрытия костного дефекта аутокостным трансплантатом наблюдалась в | 12 случаях (50%) |
|--|------------------|

В остальных случаях посттравматический дефект составлял от 0,3 см. до 0,5 см. и не требовал применения методик костной пластики.

При выполнении костной пластики забор аутооттрансплантата с кортикальным слоем был выполнен из:

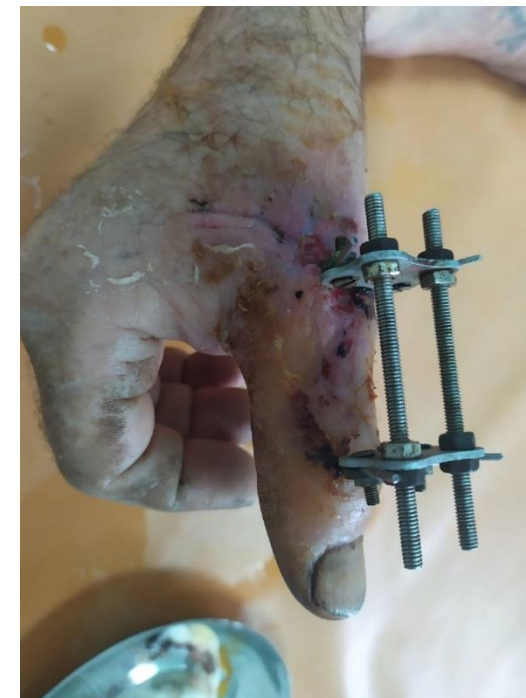
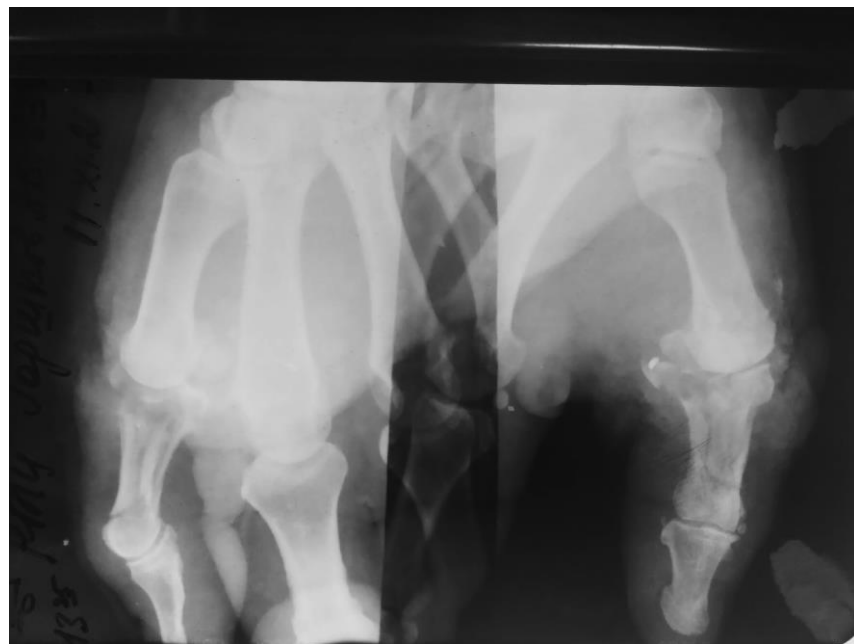
|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| гребня подвздошной кости | 7 случаях (58,4%) |
|--------------------------|-------------------|

|                               |                   |
|-------------------------------|-------------------|
| из плато большеберцовой кости | 4 случаях (33,3%) |
|-------------------------------|-------------------|

|                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| локтевого отростка | 1 больного (8,3%) |
|--------------------|-------------------|

# Посттравматический дефект трубчатых костей кисти от 0,3см до 0,5 см не требующий применения методик костной пластики

---



Клинический пример №1

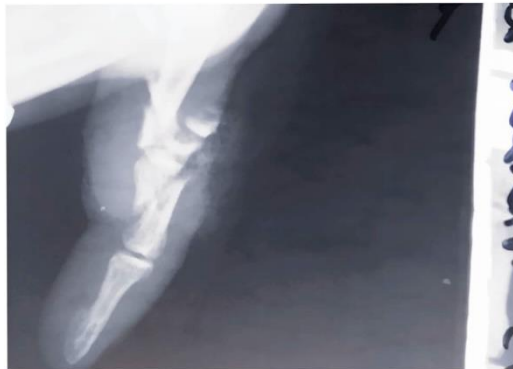
# Посттравматический дефект трубчатых костей кисти от 0,3см до 0,5 см не требующий применения методик костной пластики

MICROSURGERY CLINIC 



 REPUBLICAN TRAUMA CENTER

MICROSURGERY CLINIC 



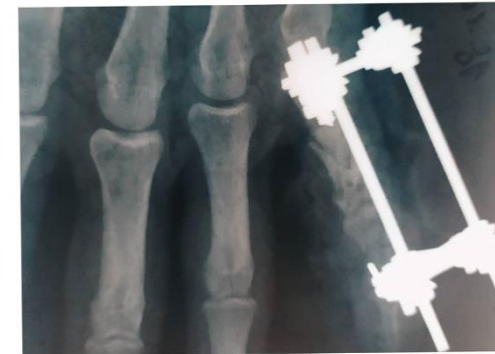
 REPUBLICAN TRAUMA CENTER

MICROSURGERY CLINIC 



 REPUBLICAN TRAUMA CENTER

MICROSURGERY CLINIC 



 REPUBLICAN TRAUMA CENTER

Клинический пример №2

---

**При выполнении оперативного лечения важным этапом являлась подготовка реципиентной зоны: создание ложа с удалением рубцовых тканей, тщательная обработка костных фрагментов и их резекция «до здоровых кровоточащих тканей», формирование либо вскрытие костно-мозговых каналов, закрытие аутотрансплантатов хорошо кровоснабжаемыми тканями.**

---

**При закрытии раны важным этапом являлось создание хорошего оттока раневого отделяемого – с этой целью использовались активные дренажи либо пластинчатые выпускники. После операции всегда накладывалась дополнительная внешняя иммобилизация – гипсовый лонгет. В послеоперационном периоде септические осложнения и отторжение трансплантатов отмечено не было.**



# Клинический пример применение методики аутокостной пластики при посттравматическом дефекте трубчатой кости кисти

---

Больной К, 1994 г. р., травмировал левую кисть при взрыве газового баллона. Бригадой скорой медицинской помощи был доставлен в приемный покой Республиканского травматологического центра.



# Клинический пример применение методики аутокостной пластики при посттравматическом дефекте трубчатой кости кисти

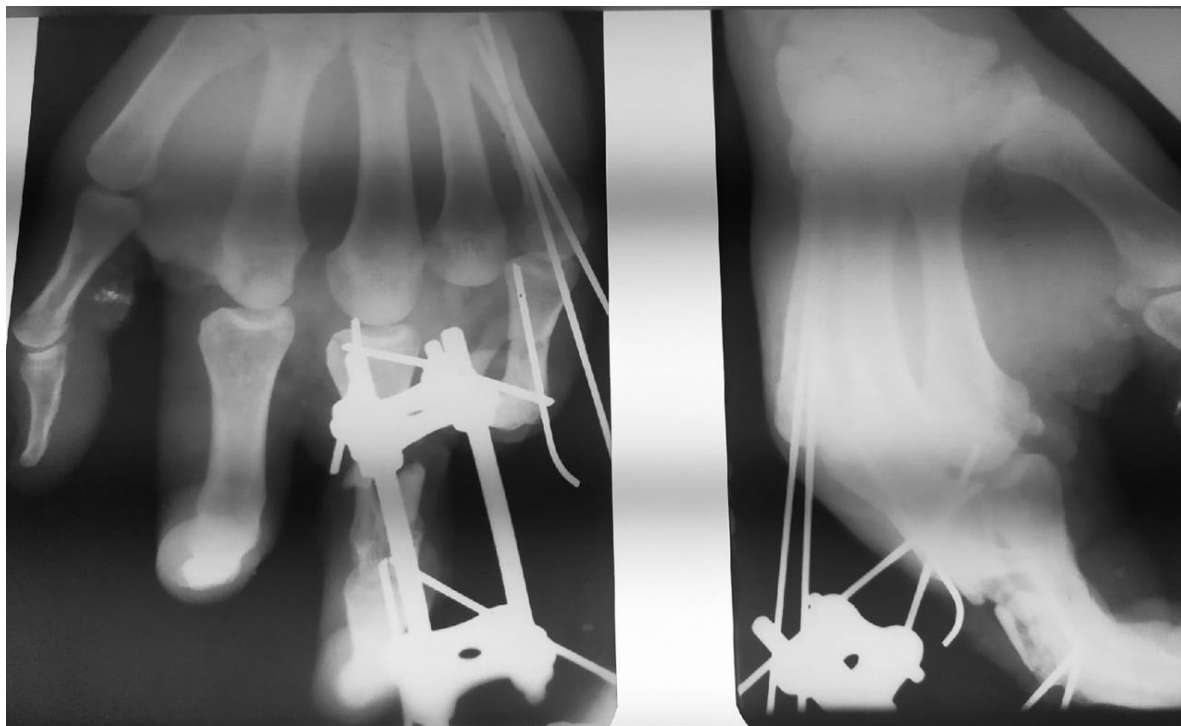
---

В ургентном порядке пациенту выполнен ряд оперативных вмешательств в объеме:

- 1) Первичная хирургическая обработка ран;
- 2) Экзартикуляция 4 пальца на уровне пястно-фалангового сустава, формирование культи 5 пальца на уровне средней фаланги;
- 3) Открытая репозиция, внеочаговый стабилизирующий чрескостный остеосинтез аппаратом внешней фиксации перелома основной фаланги 3 пальца левой кисти, открытая репозиция, металлоостеосинтез основной фаланги 5 пальца спицей;
- 4) Открытая репозиция, металлоостеосинтез перелома 5 пястной кости спицами;
- 5) Кожная ластика местными тканями.

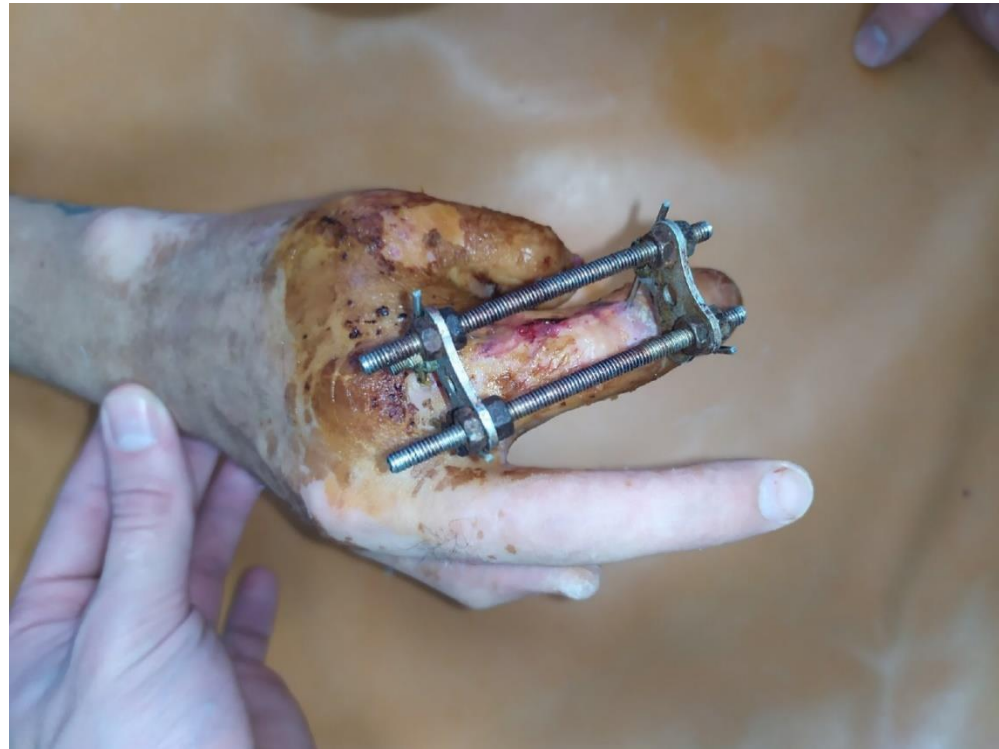
# Ранний послеоперационный период у Пациента К.

---



**По заживлению ран, на контрольной Ro-графии, дефект между отломками составил 2,5-3 см.**

---



# В плановом порядке, пациенту выполнен демонтаж аппарата внешней фиксации, пластика дефекта аутокостным трансплантатом

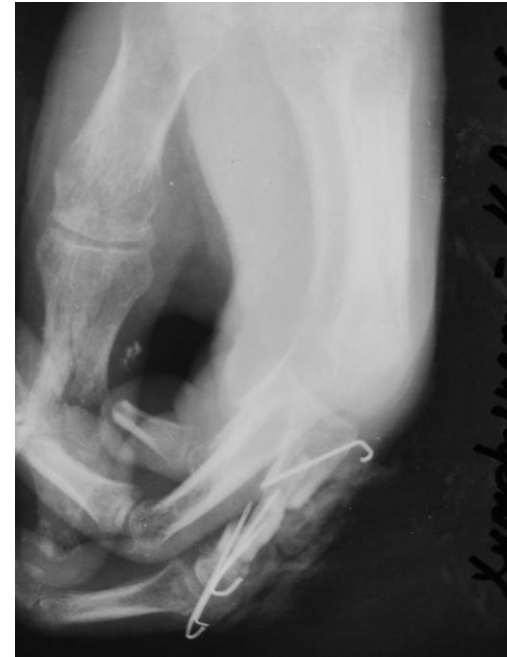
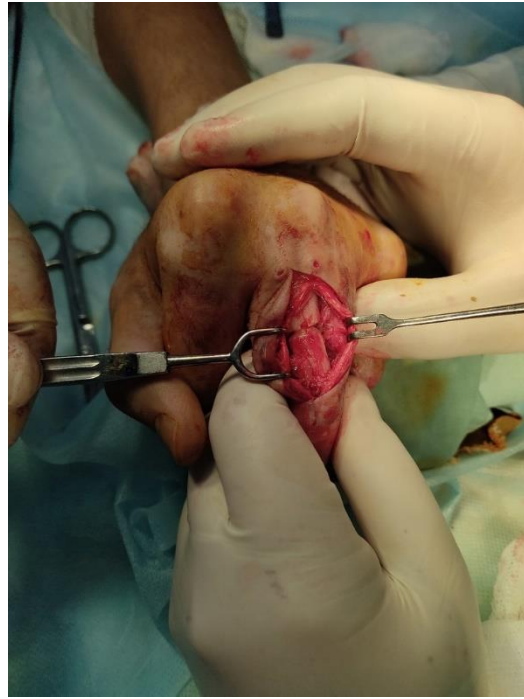
---



Подготовка реципиентной зоны: удаление измененных рубцовых тканей, тщательная обработка костных фрагментов и их резекция «до здоровых тканей»

**В плановом порядке, пациенту выполнен демонтаж аппарата внешней фиксации, пластика дефекта аутокостным трансплантатом**

---



**Забор ауто трансплантата из локтевого отростка, фиксация трансплантата спицами, контрольные Ro-граммы**

# Заключение

---

Проведенный анализ хирургического лечения дефектов трубчатых костей кисти, показал, что, наибольшее распространение получил метод костной аутопластики при наличии дефекта от 0,5 см. и более. При замещении костных дефектов трансплантат должен быть помещен в хорошо кровоснабжаемую, сформированную реципиентную зону. Фиксировать трансплантат необходимо стабильно при помощи спиц, либо внеочагово, с использованием аппаратов внешней фиксации.

---

**Благодарим за внимание!**