

УДК 617.577-007.62-089

**И.Е. МИКУСЕВ<sup>1,2</sup>, Г.И. МИКУСЕВ<sup>3</sup>, Р.Ф. ХАБИБУЛЛИН<sup>3</sup>**<sup>1</sup>Казанская государственная медицинская академия, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 36<sup>2</sup>Республиканская клиническая больница МЗ РТ, 420064, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 138<sup>3</sup>Городская клиническая больница № 7, 420137, г. Казань, ул. Маршала Чуйкова, д. 54

## Полидактилия кисти. Вопросы лечения

**Микусев Иван Егорович** — доктор медицинских наук, профессор кафедры травматологии и ортопедии, тел. (843) 231-20-40, e-mail: rkb\_nauka@rambler.ru**Микусев Глеб Иванович** — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры травматологии и ортопедии, тел. (843) 231-20-40, e-mail: g.mikusew@mail.ru**Хабибуллин Равис Фоатович** — кандидат медицинских наук, врач отделения травматологии, тел. (843) 231-20-40, e-mail: rkb\_nauka@rambler.ru

*Статья посвящена одному из тяжелых и довольно редких врожденных аномалий развития верхних конечностей — полидактилии. Дана рабочая классификация радиальной полидактилии. Представлены вопросы лечения разных форм полидактилии.*

**Ключевые слова:** полидактилия, классификация, вопросы лечения.

**I.E. MIKUSEV<sup>1,2</sup>, G.I. MIKUSEV<sup>3</sup>, R.F. KHABIBULLIN<sup>3</sup>**<sup>1</sup>Kazan State Medical Academy, 36 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012<sup>2</sup>Republican Clinical Hospital of the MH of RT, 138 Orenburgskiy Tract, Kazan, Russian Federation, 420064<sup>3</sup>City Clinical Hospital № 7, 54 Marshal Chuykov St., Kazan, Russian Federation, 420137

## Polydactyly of wrist. Questions treatment

**Mikus I.E.** — D. Med. Sc., Professor of the Department of Traumatology and Orthopedics, tel. (843) 231-20-40, e-mail: rkb\_nauka@rambler.ru**Mikus G.I.** — Cand. Med. Sc., Assistant of the Department of Traumatology and Orthopedics, tel. (843) 231-20-40, e-mail: g.mikusew@mail.ru**Khabibullin R.F.** — Cand. Med. Sc., doctor of the Department of Traumatology, tel. (843) 231-20-40, e-mail: rkb\_nauka@rambler.ru

*The article is devoted to one of the heavy and rather rare congenital anomalies of the upper extremities — polydactyly. The article presents the working classification radial polydactyly. Are the questions the treatment of various forms of polydactyly.*

**Key words:** polydactyly, classification, treatment issues.

Врожденные аномалии развития у детей чаще всего наблюдаются на конечностях. Несмотря на появление сообщений о пороках развития конечностей более 100 лет тому назад, до настоящего времени этиология врожденных аномалий развития верхней конечности недостаточно изучена. Существует ряд теорий, куда включают как экзогенные, так и эндогенные факторы. По данным литературы, у 5-7% больных аномалии развития верхней конечности носят наследственный характер.

В современной литературе, к сожалению, нет четкой классификации всех аномалий развития верхней конечности, по-видимому, из-за очень большого разнообразия этих аномалий и их сочетания. Иногда врожденные деформации бывают односторонними, иногда двусторонними или же дефекты кистей могут сочетаться с деформациями стоп и других частей тела. В последнее время отмечается утяжеление пороков развития, возрастание их частоты с 10 до 40% патологии верхних конечностей.

Среди врожденных деформаций кисти значительное место занимает полидактилия (увели-

чение числа пальцев). Чаще всего речь идет об одном дополнительном пальце, расположенном с лучевой стороны кисти, реже — с локтевой.

Но имеются описания случаев полидактилии с 2, 3 и даже 5 дополнительными пальцами.

Полидактилия может быть радиальной и ульнарной, односторонней, двусторонней, а также в сочетании с полидактилией стоп, синдактилией и другими аномалиями. Многими авторами в литературе увеличение числа отдельных фаланг называется полифалангией.

Встречается чаще радиальная полидактилия, нежели ульнарная. Однако в литературе недостаточно уделяется внимание клинике и лечению данной патологии.

Такое классическое деление на лучевую и локтевую полидактилию не отражает конкретного количества пальцев, характера их деформации и, самое главное, адекватной тактики хирургического лечения больных с этой патологией.

Известно, что лечение радиальной полидактилии оперативное. Но в качестве единственного метода предлагают ампутацию или экзартикуляцию дополнительных сегментов [1]. Однако приведенная



**Рисунок 1. Ульнарная форма полидактилии**



**Рисунок 2. Полидактилия левой кисти (семь пальцев)**



оценка отдаленных результатов такого рода операций выявила в 89% случаев наличие вторичных деформаций кисти с выраженными функциональными и косметическими нарушениями.

Вопрос о сроке и методе оперативного лечения при полидактилии решается строго индивидуально. Не вызывает сомнений лишь тот факт, что необходимо удалить добавочные пальцы или фаланги. Так, рудименты, висящие на кожной ножке, удаляют с 10-12 месячного возраста при помощи овального разреза вокруг их ножек. Оптимальным возрастом для оперативного лечения радиальной полидактилии считается дошкольный.

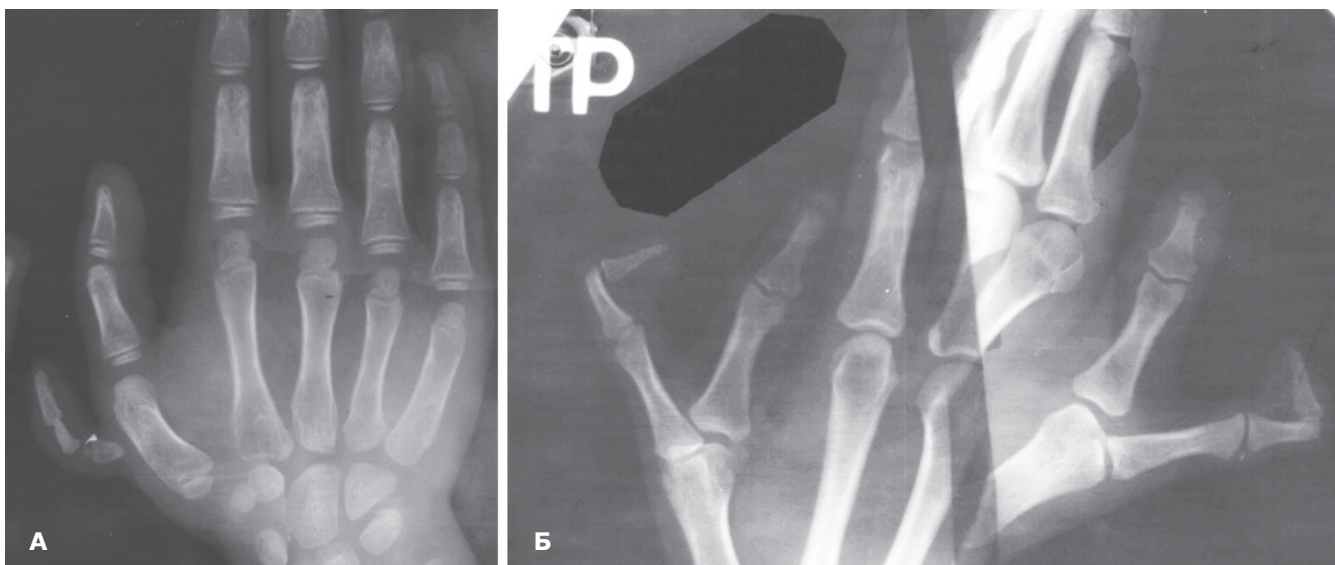
При восстановлении пальцев перед хирургом стоит непростая задача формирования полноценного пальца с учетом косметики и функции, в за-

висимости от клинического разнообразия этой патологии и формы ее проявления. На основании анализа архивного материала Казанского НИИТО и собственных клинических наблюдений, нами предложена рабочая классификация радиальной полидактилии для определения тактики лечения в зависимости от характера аномалии развития лучевого края кисти, которая включает три основные формы этой патологии.

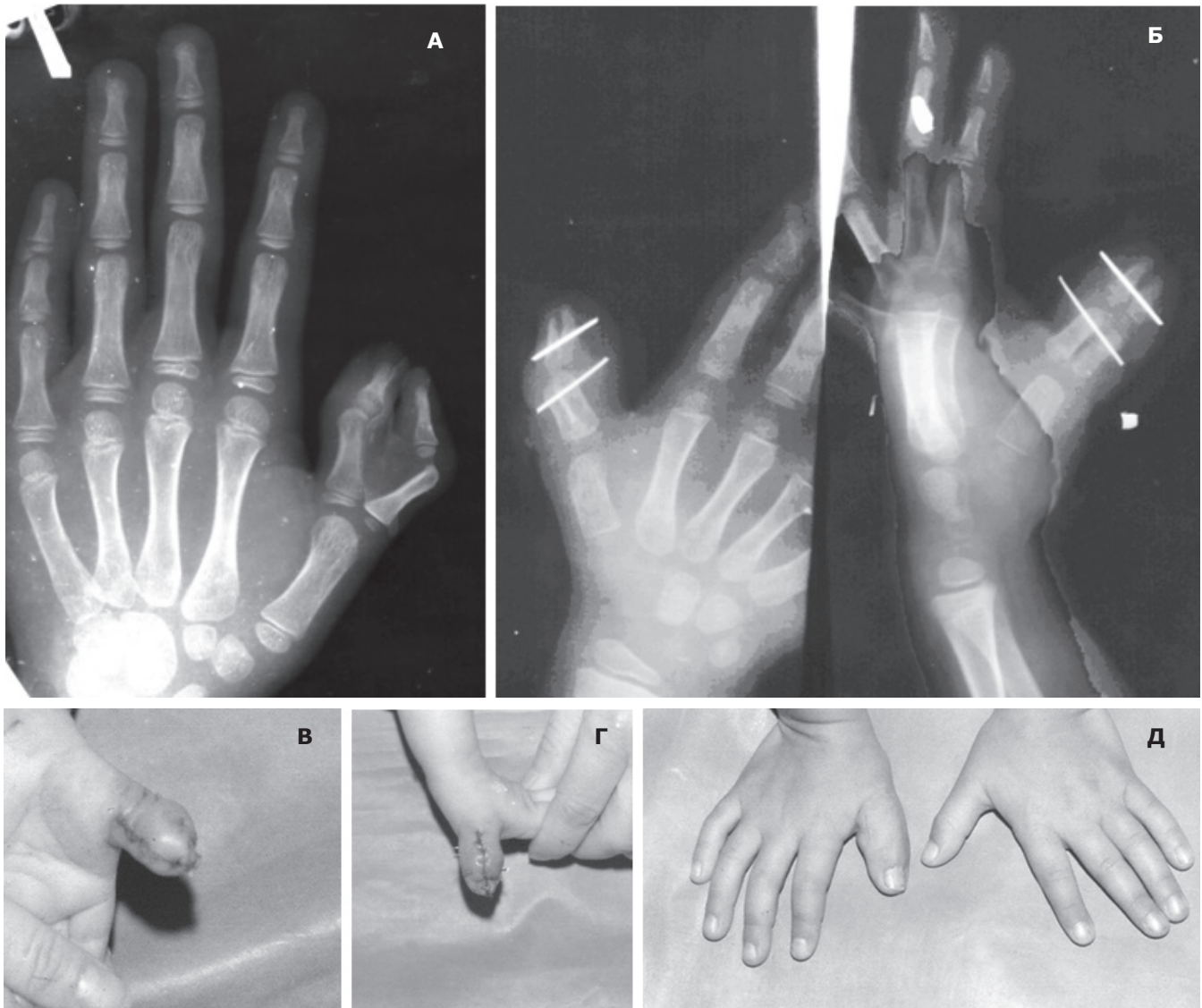
Первая форма — дополнительный палец расположен радиально по отношению к основному и, как правило, он менее развит (асимметричен по форме).

Вторая форма — дополнительный палец с двумя фалангами — наиболее типичная и чаще встречающаяся форма. В этом случае обе проксимальные

**Рисунок 3. Радиальная полидактилия: а, б — различные варианты полидактилии**



**Рисунок 4. Вторая форма радиальной полидактилии: а — рентгенограмма до операции; б — рентгенограмма первого пальца после бокового соединения двух пальцев; в, г — вид пальца после операции соединения двух пальцев; д — окончательный результат операции через 1 год**



фаланги первого пальца имеют общий сустав с первой пястной костью, а концевые фаланги располагаются под углом как «щупальца рака». Эти пальцы по форме могут быть симметричными или асимметричными и наблюдаются различные варианты их расположения. После необоснованного удаления добавочного радиального пальца у этих больных развивалась вторичная деформация (девиация) из-за несоответствия суставных поверхностей и несостоятельности сумочно-связочного аппарата пястно-фалангового сустава с выраженным косметическим дефектом 1 пальца по сравнению со здоровой (другой) кистью.

Третья форма — более сложная и редкая. При этом оба пальца (дополнительный и самостоятельный) имеют свою первую пястную кость. Всем детям в отделении рекомендованы хирургические вмешательства.

При первой форме проводится удаление только недоразвитого дополнительного пальца с восстановлением правильного соотношения костей пястно-фалангового сустава. Во всех случаях операция должна завершиться трансартикулярной фиксацией спицей и с обязательным восстановлением боковой связки сустава.

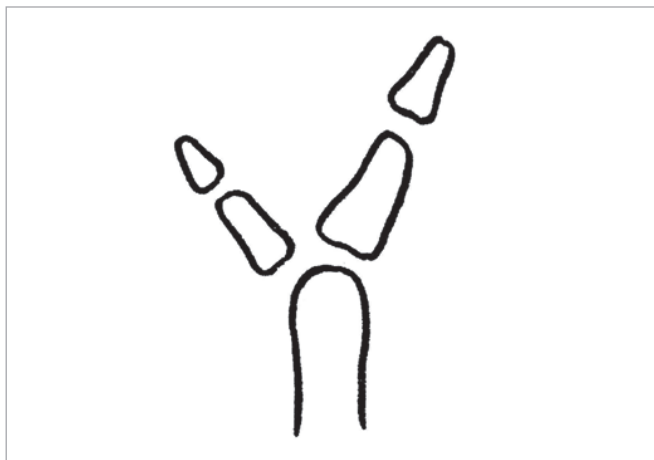
При второй форме выполняется боковое соединение обоих симметричных или почти симметричных пальцев. Это соединение сохраняет пястно-фаланговый и межфаланговый суставы, сухожильный аппарат обоих пальцев и сосудисто-нервные пучки их. Форма нового пальца приближается к нормальной, косметически и функционально всегда удовлетворяет больных (детей, а особенно родителей).

Оперативные вмешательства при третьей форме данной патологии должны выполняться с учетом места прикрепления мышц тенара и сухожилия длинной отводящей первый палец мышцы к основанию одной из пястных костей. Вполне естественно, для достижения косметического эффекта по ходу операции проводится частичное удаление пястных костей и дополнительных фаланг первого пальца.

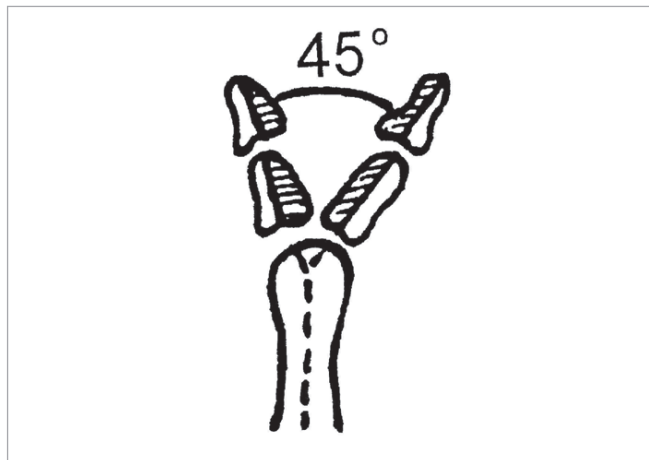
Больным со вторичными деформациями пальца после необоснованного удаления добавочного пальца должно производиться формирование боковой связки, удлинение противоположной связки и с обязательным восстановлением боковой связки сустава.

Больным со вторичными деформациями пальца после необоснованного удаления добавочного пальца должно производиться формирование боковой связки, удлинение противоположной связки

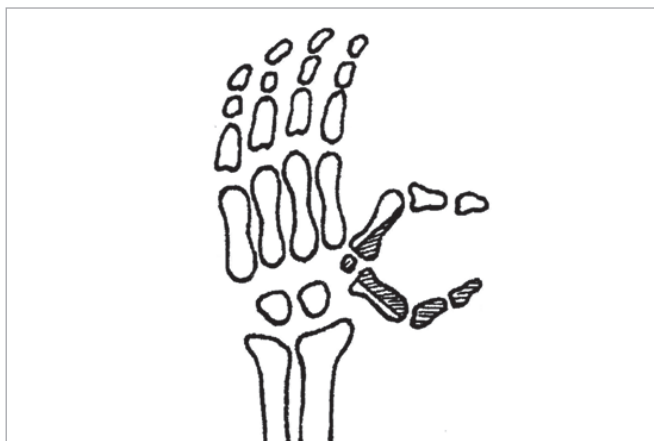
**Рисунок 5. Схема радиального расположения дополнительного пальца к основному**



**Рисунок 6. Схема операции бокового соединения обоих пальцев**



**Рисунок 7. Схема операции при третьей форме радиальной полидактилии**



**Рисунок 8. Вид большого пальца правой кисти после необоснованного удаления добавочного пальца через 10 лет**



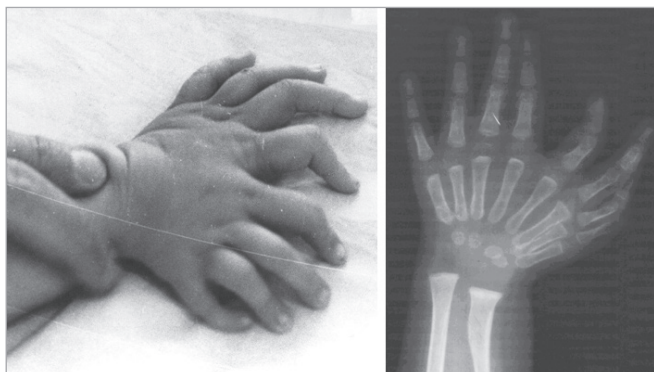
ки с устранением деформации, кожной пластикой по Лимбергу и фиксацией спицей до 3-х месяцев.

Таким образом, для определения тактики лечения больных с врожденной радиальной полидактилией считаем необходимым использование предложенной нами рабочей классификации. Клинические наблюдения показали рациональность и эффективность оперативных вмешательств с учетом форм радиальной полидактилии.

Значительные трудности представляет лечение больных (детей) при наличии полидактилии из 7 или даже 8 пальцев [2]. Сложности представля-

ет удаление двух или трех пальцев с лучевой или локтевой стороны кисти. И самое основное заключается в формировании большого пальца кисти. Как правило, в этих случаях отсутствуют мышцы возвышения большого пальца и восстановление оппозиции сформированного первого пальца представляет значительные трудности. Для создания большого пальца с лучевой стороны кисти и оппозиции его к остальным пальцам рекомендуем

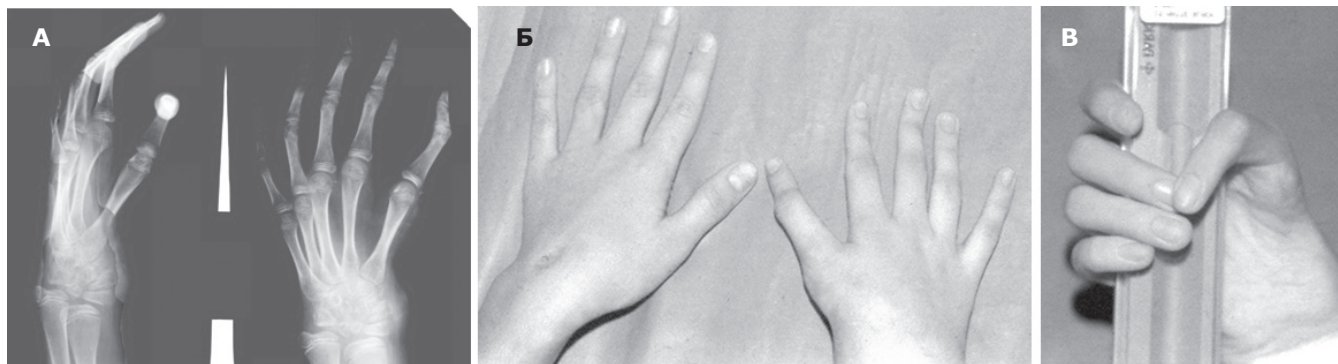
**Рисунок 9. Полидактилия кисти (8 пальцев): а — вид кисти; б — рентгенограмма кисти**



**Рисунок 10. Полидактилия кисти, рентгенограмма после операции**



**Рисунок 11. Полидактилия кисти, результат через 15 лет: а — рентгенограмма, б — общий вид кистей, в — функция кисти (оппозиция)**



деротационную остеотомию пястной кости с фиксацией спицами при удалении крайних пальцев кисти.

**Клинический пример:** ребенок в возрасте 1 года, имеет 8 пальцев, все пальцы функционируют нормально (сгибание и разгибание).

Удалены три лишних пальца, выполнена остеотомия крайней пястной кости с фиксацией спицами. На рисунке 11 приведен результат лечения через

15 лет. Имеется оппозиция I пальца и восстановление функции сгибания пальцев — результатом операции больная очень довольна.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Терновский С.Д. Хирургия детского возраста. — М.: Медгиз, 1959. — С. 444.
2. Травматология и ортопедия. Том 2. Лечение детей с врожденными пороками развития верхних конечностей. — СПб: Гиппократ, 2005. — С. 634-769.