

В.П. ДЕЙКАЛО, А.Н.ТОЛСТИК

**ХИРУРГИЯ КИСТИ:
ИСТОРИЯ, СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ,
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ**

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

Впервые произведен комплексный обзор развития и становления хирургии кисти. Освящены история, достижения и проблемы специальности по данным русскоязычной и иностранной литературы.

Complex overview of the hand surgery development and formation has been firstly carried out. The history, achievements and the problems of the profession have been reported using the data of the Russian and foreign literature.

Хирургия кисти имеет свою историю, развитие. Прошел период ее становления во многих странах мира, а также и в нашей республике. В настоящий момент в хирургии кисти определяются уже свои «узкие» специальности: микрохирургия, терапия кисти, реабилитация, нейрохирургия. Однако до настоящего времени в хирургии кисти сохраняется много нерешенных проблем [1, 5]. Специалист в хирургии кисти сегодня должен быть травматологом - ортопедом, пластическим, сосудистым хирургом, нейрохирургом и реабилитологом [1].

В доасептическую эру знания о лечении повреждений и заболеваний кисти были очень скудные. Наиболее частой операцией являлась ампутация пальцев или кисти. На основании данных литературы составлена таблица, отражающая основные элементы развития хирургии кисти [1, 2].

Первые шаги к современной хирургии кисти были сделаны в конце 19-го и на-

чале 20-го века (Дюпюитрен, Николадо-ни, Канавел, Лексер и др.). Настоящий расцвет, однако, наступил лишь после Второй мировой войны. Этот период неразрывно связан с именем Стерлинга Буннелля. Значительный вклад в разные разделы хирургии кисти внесли многие авторы (Изелен, Джанелидзе, Парин, Розов, Николаев, Блохин, Бойес, Тубиана, Пульвертавт, Вердан, Моберг, Кляйнерт, Кесслер, Бум – Грамко, Хантер, Панева – Холевич, Стриклянд и др.) [3, 4, 5].

Хирургия кисти начала развиваться в России, а затем в СССР в середине XIX-го столетия. Выдающиеся отечественные хирурги того времени разрабатывали оригинальные методы восстановительной хирургии. Огромный вклад в этот раздел науки внес Н.И. Пирогов; именно он выдвинул принцип сберегательного лечения, которым руководствуются хирурги в настоящее время [1].

История развития хирургии кисти

Имя	Достижения
131-201 годы нашей эры	
<i>Galen</i>	Настоятельно препятствовал восстановлению поврежденных сухожилий сгибателей. Считал, что это всегда приводит к развитию неконтролируемых сгибательных контрактур.
980-1037 годы нашей эры	
<i>Avicenna</i>	Описал первичное восстановление поврежденных сухожилий сгибателей после многолетнего запрета – доктрины Galen.
14-ое столетие	
<i>Chauliac</i>	Защищал тенорафию (шов сухожилия).
16-ое столетие	
<i>Ambroise</i>	Описал несколько случаев тенорафии (шов сухожилия).
<i>Felix Wurtz of Bale and Andre della Croce</i>	Описали подробно технику первичной тенорафии (первичного шва сухожилия) сгибателя.
17-ое столетие	
<i>Roger and Roland Lanfranchi</i>	Пропаганда тенорафии (шов сухожилия) после знакомства с учением Avicenna.
<i>Moinichen</i>	Описаны успешные случаи тенорафии. (1665)
<i>Landzweerde</i>	Детальное успешное сухожильное восстановление на модели собаки.
<i>Meekren</i>	Впервые высказано предположение о нечувствительности сухожилий (1682).
<i>Zeiland</i>	Три случая успешного сухожильного восстановления с использованием шелкового непрерывного шва с приближением обоих концов сухожилия (1789).
<i>Gauthier, Boevoaert, and Maynaert</i>	Приводят примеры успешных случаев тенорафии (1682).
<i>La Vauguion</i>	В его трактате хирургических операций представлено не только первичное восстановление сухожилия, но также и тенорафия при застарелых повреждениях. Описаны разрез (доступ), тенолиз, освежение разделенных сухожильных концов и прямое их восстановление (1698).
<i>Bienaise</i>	Применял дополнительные разрезы кожи, чтобы выделить концы сухожилия, избегал прямого сшивания сухожильных концов, т.е. «конец в конец».
<i>Kisner</i>	Отдавал предпочтение шву сухожилий «конец в конец» (1699).
<i>Purman</i>	С энтузиазмом поддерживал тенорафию и описал 12 случаев успешной первичной тенорафии (шов сухожилия).
18-ое столетие	
<i>Jean Louis Petit</i>	Включал кожу в сухожильный шов, чтобы избежать прямого контакта концов сухожилия (1720).
<i>Nuck</i>	Рассечение и успешное восстановление наружного сгибателя у собаки (1789).

Продолжение таблицы

Имя	Достижения
<i>Samuel Sharp</i>	Регулярное наложение швов на поврежденные сухожилия (1739).
<i>von Haller</i>	Окончательно доказана нечувствительность сухожилий (1752).
<i>Marc Anthony Petit</i>	Успешное восстановление в свежих и несвежих случаях повреждений с использованием шелковых швов (вторая половина 1700-ых).
19-ое столетие	
<i>Gensoul, Acher, Blandin, and Sanson</i>	Описали успешные случаи тенорафии (1830-ые).
<i>Guillaume Dupuytren</i>	Описана болезнь (контрактура) Дюпюитрена (1831).
<i>Rognetta and Mondiere</i>	Критика тенорафии (несмотря на предыдущие успехи!) (1837).
<i>Syde</i>	Несколько успешных восстановлений; тенорафия теперь становится принятой методикой (1850)
<i>Н.И. Пирогов</i>	Принцип сберегательного лечения повреждений пальцев и руки, отказ от ампутаций. Костно-пластическая ампутация стопы стала началом применения костной пластики и основой костно-кожной пластики на кисти (1852, 1856).
<i>Ю. К. Шимановский</i>	Методы кожной пластики, которые успешно применяются и сейчас в хирургии кисти (1865).
<i>Отайс</i>	"Выжидательное лечение", которое заключалось в полном отказе от оперативных вмешательств при огнестрельных ранениях кисти (1861 – 1865).
<i>Ф.Б. Генденрейх</i>	В монографии "Огнестрельные поражения руки и пальцев" указал на важное значение антисептической повязки, подробно изложив время и объем оперативных и реабилитационных мероприятий (1880).
<i>К.К. Рейер</i>	"О первичной хирургической обработке военных ран" (1881).
<i>E.H.Bennett</i>	Повреждение Беннетта (1882).
<i>De Quervain</i>	Впервые описана болезнь Де-Кервена (1895).
<i>Зудек</i>	Впервые описан синдром, позднее получивший название «синдром Зудека» (1900).
20-ое столетие	
<i>Biesalski</i>	Указывал важность сохранения сухожильных оболочек для предотвращения формирования рубцового спаяния (1910).
<i>Kienbock</i>	Впервые описана болезнь Кинбека (1910).
<i>Preiser</i>	Описано пять клинических случаев болезни Прайзера (1910).
<i>Rolando</i>	Описано повреждение Роланда (1910).
<i>Lexel of Jena</i>	Предложил использовать сухожилие m. Palmaris longus в качестве трансплантата (1912).
<i>Н.Н. Бурденко 1914 г.</i>	Прообразом создания специализированных учреждений послужил приют для легкораненых (1914).
<i>Mayer</i>	Описал кровоснабжение сухожилий, их взаимосвязь с сухожильным влагалищем. Сформировал современные концепции восстановительной хирургии сухожилий сгибателей (1916).

Продолжение таблицы

Имя	Достижения
<i>S. Kanavell</i>	Монография "Infections of the Hand (1916)".
<i>Kirchmayr</i>	Впервые описан метод "захват" сшивания сухожилий (1917).
<i>S. Bunnell</i>	"Repair of tendons in the fingers"; "Repair of nerves and tendons of the hand" (1922).
<i>M. Iselin</i>	"Chirurgie de la main" (1928).
<i>A. Лимберг</i>	Метод пластики встречными треугольными лоскутами (1929).
<i>Л. Беллер</i>	Доклад о лечении повреждений пальцев и кисти на VII Международном съезде хирургов (1935).
<i>В.К. Красовитов</i>	Метод кожной пластики путем пересадки отторгнутой кожей после соответствующей ее обработки. Ценность метода заключается в том, что здесь используется «утильная кожа», которая даже при неудачном исходе играет положительную роль, являясь временной биологической повязкой (1935).
<i>Douglas, Dragstedt, Wilson</i>	Метод кожной пластики полнослойными трансплантатами с крупными множественными отверстиями (1930 - 1937).
<i>В.К. Красовитов</i>	Предложил применять пластику путем пересадки отторгнутой кожи после соответствующей ее обработки. Ценность метода заключается в том, что здесь используется «утильная» кожа, которая даже при неудачном исходе играет положительную роль, являясь временной биологической повязкой (1935).
<i>Б.В. Парин</i>	Разработал метод кожной пластики «дырчатым» или «перфорированным» лоскутом (1939).
<i>Pulvertaft</i>	Специалист хирургии сухожилий в Великобритании. Разработал послеоперационную функцию ведения после шва сухожилий сгибателей (1940 - 1950).
<i>Б.В. Парин</i>	При итальянском методе пластики на первом этапе проводил закрытие донорского участка и питающей ножки полнослойным кожным трансплантатом (1941).
<i>Военные конфликты 1938-1940 гг.</i>	Возникновение и становление новой военно-полевой доктрины - развитие и проверка идеи о выделении ранений кисти в особую форму боевой патологии. Возникло новое направление медицинской помощи на войне - помощь легкораненым.
<i>В.В.Гориневская, Ю.Ю.Джанелидзе, М.А.Ахутин, Н.Н.Бурденко, П.А.Куприянов, Е.В.Усольцева</i>	Разработали основные принципы лечения легкораненых.
<i>Во время советско-финской войны (1939 - 1940)</i>	Специализированная помощь легкораненым стала более дифференцированной и организованной.
<i>В августе 1942 г</i>	Созван VI Пленум УМС при начальнике ГВСУ, впервые посвященный лечению легкораненых, который указал на необходимость создания специализированных отделений и госпиталей. Были введены в действие армейские и фронтовые госпитали для лечения легкораненых (АГЛР и ФГЛР) со сроками лечения соответственно 30 и 60 сут.
<i>На территории США в 1944г. S. Bunnell</i>	Создано 9 военных госпиталей - "Центров хирургии кисти".
<i>А.Н. Рыжих</i>	Монография «Огнестрельные ранения кисти» (1946).
<i>1947г.</i>	I съезд американского общества хирургии кисти.

Продолжение таблицы

Имя	Достижения
<i>E. Moberg 1949 г., D.V. Karfik 1956 г.</i>	Приведены показания к различным методам кожной пластики и разработка методик применения стебля Филатова, пластики лоскутом с ладони, с соседних пальцев и др.
<i>E. Moberg 1949 г. и E. Ahrer 1959 г.</i>	Рекомендовали первичные пластические операции: первичную кожную пластику с применением первичного шва сухожилий, первичного остеосинтеза и сшивания нервов.
<i>1952 г.</i>	Многолетний коллективный труд военных хирургов по лечению огнестрельных ранений кисти нашел отражение в 18-м томе «Опыта советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.».
<i>S. Bunnell</i>	“Surgery of the hand in the world war II” (1955).
<i>А.К. Тычинкина</i>	Выдвинула новый метод перекрестной комбинированной кожной пластики. Сочетая предварительное формирование лоскута на широкой питающей ножке с пластикой погружным расщепленным трансплантатом (1956 – 1959).
<i>Kelly</i>	Работы о первичной сухожильной регенерации (1958).
<i>Young, Hannon</i>	Предложили сухожильный шов с использованием 5-0 хромированного кетгута; применение резиновых полосок в послеоперационном периоде (1960).
<i>Kleinert, et al</i>	Первичное восстановление в «критической зоне (II)» с использованием модифицированного шва Bunnell – бегущий эпителиальный шов. Защищал активную послеоперационную мобилизацию, используя вытяжение резиновыми полосками (1950, 1960).
<i>Bruner</i>	Зигзагообразный передний разрез на пальцах для хирургии сухожилия сгибателя (1960-ые)
<i>М.В. Волков и А.В. Каплан</i>	Изложили основные принципы лечения больных с травмами кисти, подчеркнули необходимость проведения принципа сохранных операций, ограничения показаний к первичной ампутации пальцев и более частого применения кожной пластики при первичной хирургической обработке ран кисти и пальцев (1962).
<i>В ЦИТО с 1963 г.</i>	Открыто первое в СССР в ЦИТО им. Н.Н. Приорова (первый руководитель – проф. В.Н.Блохин) отделение хирургии кисти, что позволило организовать теоретические исследования для разработки наиболее рациональных методов лечения и внедрения их в практику.
<i>В.Н. Блохин, В.Г. Вайнштейн, В.С. Юров и др.</i>	Разработали метод пластики «острым» стеблем, при котором формируется трубка на одной питающей ножке (1960-ые).
<i>Peacock, Potenza, Matthews, and Richards</i>	Дальнейшее понимание физиологии сухожилия сгибателя (1960-ые, 1970-ые).
<i>В.Н. Блохин</i>	Применял новые, наиболее рациональные методы лечения повреждений кисти и пальцев. Им предложен ускоренный метод кожно-костной реконструкции пальцев в два этапа, метод создания активных, подвижных пальцев с имплантацией пластических масс, пересадкой сухожилий и др. (1960 годы).
<i>Л.Н. Брянцева</i>	Монография «Контрактура Дюпюитрена» (1963).
<i>Р. Кош</i>	Монография «Хирургия кисти» (1966).

Продолжение таблицы

Имя	Достижения
<i>С. И. Дегтярева</i>	Восстановлению функции кисти и пальцев при повреждении, сухожилий сгибателей посвящены многочисленные работы; разработала и внедрила съемный шов сухожилий сгибателей, при использовании которого восстановление функции пальцев получено в 92,6%, применила трансфаланговый проводочный шов и др. (1970-ые).
<i>Kessler, Tajima, and Tsuge</i>	Описаны методы внутрисухожильных швов; методы остаются популярными сегодня (1970-ые).
<i>Duran and Houser</i>	Контролировали послеоперационные пассивные движения (1970-ые).
<i>В.А. Чернавский, М.В. Громов, В.П. Охотский, А.А. Лазарев, Н.И. Шувалова, Т.Н. Яшина</i>	Успешно используют принцип сберегательного лечения с применением первичных пластических операций при открытых повреждениях кисти и пальцев (1970-ые).
<i>Lundborg</i>	Описал роль сухожильных и синовиальных оболочек в заживлении и питании сухожилий (1970-ые, 1980-ые).
<i>Б. Бойчев с соавт.</i>	Монография «Хирургия кисти и пальцев» (1971).
<i>Петровский, Крылов</i>	На базе Всесоюзного научно-исследовательского института клинической и экспериментальной хирургии Министерства здравоохранения СССР создано отделение микрохирургии кисти (1973).
<i>В.В. Азолов</i>	Разработал новые методы пластических операций на кисти и пальцах, им осуществлено восстановление функции кисти путем пересадки соседних пальцев на место I пальца (1970-ые).
<i>З.Ф. Нельзина</i>	Монография «неотложная хирургия открытых повреждений кисти и пальцев» (1980).
<i>Matev et al.</i>	Отсроченный первичный шов сухожилий сгибателей (1980), Монография «Реабилитация при повреждениях руки» (1981).
<i>Lister</i>	Важность закрытия оболочек при первичном восстановлении сухожилия (1980-ые).
<i>Manske</i>	Питание сухожилий сгибателей (1980-ые).
<i>Е.В. Усольцева и К.И. Машкара</i>	Дали основные принципы лечения повреждений кисти и пальцев, а также отметили необходимость первичных пластических операций (1978, 1986).
<i>1981 г.</i>	На базе 6-й клинической больницы г.Минска открыто отделение хирургии кисти (в настоящее время Республиканский центр хирургии кисти).
<i>Ю.Ю. Коллонтай с соавт.</i>	«Открытые повреждения кисти» с описанием принципов доврачебной, первой врачебной и специализированной медицинской помощи (1983).
<i>О.В. Оганесян, И.Н. Шинкаренко, В.П. Абельцев</i>	Монография «Восстановление формы и функции кисти и пальцев с помощью аппаратов наружной чрескостной фиксации» (1984).
<i>И.Г. Гришин, В. В. Азолов, Н.М.Водянов</i>	Монография «Лечение повреждений кисти на этапах медицинской эвакуации», в которой обобщен многолетний опыт авторов по лечению травм кисти и их последствий в специализированных отделениях (1985).

Продолжение таблицы

Имя	Достижения
1985 г.	В Витебске (Белорусская Советская Социалистическая Республика) открыто отделение микрохирургии и хирургии кисти. Отделение работало два года (1985 -1986 гг.).
1985 г.	На базе Минской областной клинической больницы открыто отделение микрохирургии.
1986 г.	Всесоюзная конференция «Микрохирургия в современной травматологии и ортопедии» (Иваново, 1986). Резолюция конференции – организация Всесоюзного общества хирургов кисти.
1981 – 1989 гг.	Всесоюзные симпозиумы по микрохирургии (1981, 1985, 1989).
<i>А.Е. Белоусов, С.С. Ткаченко</i>	Монография «Микрохирургия в травматологии» (1988).
<i>М.Г. Диваков</i>	Учебное пособие «Повреждения кисти и их лечение» (1994).
<i>А.М. Волкова</i>	Трехтомное руководство «Хирургия кисти» (1991 – 1996).
<i>В.К. Николенко и соавт.</i>	Монография (Огнестрельные ранения кисти) (1999).
<i>В.П. Дейкало</i>	Первая в Белоруссии монография посвященная хирургии кисти «Клинико-статистические аспекты и медицинская реабилитация повреждений кисти» (2003).

В конце 30-х годов под руководством В.Г. Вайнштейна, В.В. Гориневской, Ю.Ю. Джанелидзе, Б.В. Парина, В.Н. Блохина, Е.В. Усольцевой, В.И. Розова и других в СССР постепенно начали определяться хирургические школы, занимавшиеся лечением больных с повреждениями кисти и пальцев [1, 2]. В годы Великой Отечественной войны требования к восстановительной хирургии возросли. Каждый десятый с тяжелым огнестрельным ранением в кисть нуждался в восстановительной хирургии, и их лечение было организовано на всех этапах эвакуации. Были созданы специальные госпитали, где лечили больных с наиболее тяжелыми травмами кисти и их последствиями. Следуя принципу бережливого лечения, хирурги при проведении первичной хирургической обработки уже более бережно относились к поврежденным пальцам. Количество ампутаций

уменьшилось вдвое, а инвалидность оказалась в 10 раз меньше, чем в прежние годы войны [1]. Однако общее число ампутаций было еще велико, и далеко не всегда применялись первично-отсроченный или вторичный швы, а также пересадка кожи. Только отдельные хирурги (Б.В. Парин, Н.Н. Блохин, В.Н. Блохин, В.В. Гориневская, Е.В. Усольцева и др.), имевшие опыт мирного времени, проводили пластику кожи при боевых повреждениях. В 1944г. Б.В. Парин описал разработанные им новые методы восстановительных операций на верхних конечностях: фалангизация пястных костей, пластическое расщепление культи предплечья, кожно-костная пластика.

Богатый опыт целенаправленного развития хирургии кисти имеется во многих странах. В конце второй мировой войны на территории США было создано 9 военных госпиталей - «центров хирургии кисти» для

лечения раненых в кисть. В 1947 году проводится первый съезд американского общества хирургов кисти. В последующие годы в странах западной Европы открываются специализированные клиники для лечения больных с патологией кисти, создаются научные общества, проводится целенаправленная подготовка специалистов в хирургии кисти, развивает свою деятельность международная «Лига защиты кисти» [3, 4, 5].

В ЦИТО с 1963 г. открыто первое в СССР отделение хирургии кисти, что позволило организовать теоретические исследования для разработки наиболее рациональных методов лечения и внедрения их в практик (В.Н. Блохин, М.В. Волков, А.В.-Каплан, С.И. Дегтярева, И.Г. Гришин, А.А. Лазарев, В.В. Кузьменко, И.Н. Шинкаренко и др.).

В 70-80 годы на конференциях, пленумах, симпозиумах широко обсуждаются вопросы реабилитации пациентов с повреждениями и заболеваниями кисти [2].

В 80-е годы особо следует отметить работы отделения кисти ЦИТО под руководством лауреата Государственной премии СССР И.Г. Гришина. Многие традиции по восстановительной хирургии кисти, заложенные Б.В. Париным в Горьковском НИИ травматологии и ортопедии, осуществлял его ученик, лауреат Государственной премии СССР В.В. Азолов [1, 2].

Под руководством Б.В. Петровского во Всесоюзном научном центре хирургии Министерства здравоохранения СССР создано отделение микрохирургии кисти (Петровский, Крылов, 1977). Затем подобные отделения открылись в большинстве крупных городов.

Хирургия кисти в Республике Беларусь

Белорусскими травматологами-ортопедами к 2006 году защищено 11 кандидатских и две докторских диссертаций, кото-

рые посвящены различным проблемам хирургии кисти.

Первая диссертация «Травмы кисти и пальцев и их профилактика у горнорабочих Первого Солигорского калийного комбината» в 1966 году защищена Д.И. Мицура. В 1975 году ассистентом кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ Минского государственного медицинского института (МГМИ) В.П. Долголиковым защищена диссертация «Лечение повреждений сухожиль сгибателей пальцев кисти».

В 1983 году аспирант Витебского государственного медицинского института М.Г. Диваков (ВГМИ) защищает диссертацию на тему «Лечение асептических некрозов полулунной кости, несросшихся переломов и ложных суставов ладьевидной кости методом имплантации сосудистого пучка». Две диссертации защищены в 1985 году минскими учеными: П.И. Беспальчуком «Лечение изолированных повреждений разгибательного аппарата пальцев кисти» и В.Т. Крысько «Лечение переломов костей кисти и травматических отрывов фаланг у детей в амбулаторных условиях». Ортопед-травматолог из Бобруйска А.А. Лернер в 1987 году защищает диссертацию «Сравнительная оценка первичной аутопластики и шва сухожилий сгибателей пальцев в «критической зоне»». 1990 год ознаменован утверждением еще двух диссертаций: ассистента кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ ВГМИ В.П. Дейкало «Клинико-статистические аспекты травм, последствий повреждений и заболеваний кисти» и сотрудника МГМИ В.Ф. Волкова «Комплексное восстановительное лечение изолированных повреждений сухожилий сгибателей в области костно-фиброзных каналов пальцев кисти».

Данной проблеме посвятил работу аспирант ВГМИ С.К. Зырянов «Лечение застарелых повреждений сухожилий сгибателей пальцев кисти в зоне костно-фиброз-

ных каналов методом двухэтапной сухожильной пластики» (1995 год). В этом же году ассистент кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ МГМИ А.И. Волотовский защитил диссертацию на тему «Олеогранулемы кисти и их комплексное лечение». Большое значение для развития хирургии кисти в Республике Беларусь внесла докторская диссертация сотрудника Белорусского государственного института усовершенствования врачей В.Н. Подгайского «Организационно-тактические аспекты микрохирургии реплантации конечностей и их сегментов» (1997г.). В 2003 г. В.П. Дейкало защитил докторскую диссертацию «Повреждения кисти: эпидемиология, потеря трудоспособности, медицинская реабилитация». А.П. Беспальчук в 2005 году защитил кандидатскую диссертацию «Энхондромы кисти».

Анализ публикаций белорусских ортопедов-травматологов за период с 1975 по 2006 гг. позволил установить, что они посвящены следующим вопросам хирургии кисти: большинство работ были посвящены проблемам МР пациентов с повреждениями сухожилий сгибателей пальцев, переломам и вывихам костей запястья и их последствиям, повреждениям трубчатых костей кисти, лечению травм разгибательного аппарата пальцев, технологиям МР больных и инвалидов в условиях областного региона, сочетанным повреждениям кисти.

Следует отметить малое число исследований по вопросам МР пациентов с термической травмой и ее последствиями, технологиям реабилитации с использованием микрохирургической техники, оценке качества медицинской помощи пациентам с повреждениями кисти, эпидемиологии и потери трудоспособности при травмах кисти. Встречаются единичные или отсутствуют работы по проблемам МР при нейrogenных деформациях кисти, посттравматических дефектов кисти и пальцев, при-

менению кожной пластики при повреждениях и последствиях травм кисти, стандартизации технологий МР при патологии кисти, посттравматическим деформациям и контрактурам кисти, огнестрельных ранений, отчленениях кисти и пальцев.

Существующие в стране специализированные отделения (хирургии кисти на базе 6-ой клинической больницы г. Минска и микрохирургии в Минской областной клинической больнице) с учетом экономической целесообразности, возможностями своевременной доставки пострадавшего и другими организационными причинами, могут оказать помощь не всем пострадавшим.

В Витебской области существует опыт в организации и апробации нескольких вариантов специализированной помощи при данной патологии. В 1983 г. больным с тяжелыми повреждениями кисти помощь стал оказывать травматолог, который имел специальную подготовку по хирургии кисти и микрохирургии. В то же время начата разработка мероприятий, направленных на улучшение качества помощи и подготовки кадров. С 1985 по 1987 гг. лечение и реабилитация пациентов с патологией кисти проводились в созданном на базе областной клинической больницы отделении микрохирургии (40 коек). В это время в областной больнице работали четыре травматолога, прошедших специализацию по хирургии кисти и микрохирургии. Одновременно в области была внедрена система этапного лечения, которая четко регламентировала объем помощи при патологии кисти в медицинских учреждениях различного уровня. Проведенные мероприятия позволили значительно улучшить результаты лечения, уменьшить сроки нетрудоспособности, снизить инвалидность.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ Витебского государственного медицинского университета с конца 80-х годов

уделяет большое внимание решению данной проблемы. Защищена одна докторская и три кандидатских диссертации. Выполняются две и планируются к утверждению три кандидатские диссертации. Программа обучения в клинической ординатуре предусматривает освоение будущими специалистами основ хирургии кисти (ежегодно на кафедре проходят обучение от 3 до 5 клинических ординаторов). В течение месяца проводится обучение травматологов практического здравоохранения на рабочем месте. В настоящее время во всех городских и межрайонных травматологических отделениях Витебской области, а также в ряде учреждений Могилевской области работают травматологи, получившие подготовку по хирургии кисти на нашей кафедре.

Проблемы и перспективы развития хирургии кисти

Организационные и материальные сложности, отсутствие каких-либо нормативов, обязывающих и регламентирующих открытие специализированных коек хирургии кисти в областных ортопедотравматологических отделениях нашей страны.

Остается неразрешенной научно-практическая проблема, связанная с биомеханикой кисти и ее нарушениями при различных патологиях [1,4].

Не менее важно изучение таких заболеваний кисти, которые имеют пока тенденцию к росту и ставят врача и больного в тупиковую ситуацию. Это дегенеративно-дистрофические поражения кисти. Этиология и патогенез их изучены недостаточно. Лечение часто остается симптоматическим, малоэффективным в связи с прогрессирующим течением и рецидивами [2].

Многообразие и частота врожденных аномалий развития кисти и пальцев приводят к росту числа калек с детства. Это

требует генетического подхода при профилактике врожденных уродств. Что касается лечения, то недостаточно выясненными остаются сроки проведения операций в зависимости от возраста ребенка, его физического состояния.

Проблема лечения свежих, открытых, множественных и сочетанных повреждений кисти, профилактики инфекционных осложнений при них крайне остра. Длительная нетрудоспособность, высокий процент утраты профессиональной функции кисти и инвалидности свидетельствуют о том, что организация экстренной помощи при такого рода повреждениях пока неудовлетворительна [1,2].

Лечение глубоких термических поражений кисти удерживается на старых позициях и, по данным отечественной и зарубежной литературы, не имеет существенных сдвигов в сторону изыскания принципиально новых подходов к решению этой проблемы.

В современной хирургии кисти широкое внедрение должна найти микрохирургическая техника [1, 3, 4].

Трудно представить полноценное развитие хирургии кисти без точной диагностики, для чего нужна специальная современная аппаратура.

В системе реабилитации пациентов с различными повреждениями и заболеваниями кисти важнейшая роль отводится послеоперационному восстановительному лечению, социальной реабилитации пациента. В каждом случае необходим индивидуальный подход (ИПР).

Все эти и многие другие нерешенные проблемы сдерживают и тормозят развитие хирургии кисти, а в итоге наносят огромный социально-экономический ущерб, значительно превышающий затраты на организацию специализированной помощи. Только при решении этих проблем можно рассчитывать в перспективе на более

высокие эффективность и престижность отечественной школы хирургии кисти.

Произошедшие в девяностые годы социальные изменения в жизни страны и последовавшие экономические сложности привели к нарушению функционирования системы этапного лечения и потере многих позиций в оказании специализированной помощи. Стало необходимым соизмерять качество и объем помощи с экономическими затратами. В настоящее время требуется определить такую систему организации и наиболее оптимальные методы лечения и реабилитации, согласно которым при относительно небольших затратах ресурсов можно получить хорошие результаты лечения и добиться снижения показателей потери трудоспособности. Основной задачей, реализация которой позволит значительно улучшить качество помощи пост-

радавшим с патологией кисти в условиях областных регионов Республики Беларусь является создание системы целенаправленной подготовки кадров по хирургии кисти.

ЛИТЕРАТУРА

1. Николаенко, В.К. Огнестрельные ранения кисти / В.К. Николаенко, П.Г. Брюсов, В.С. Дедушкин. - М., 1999. - 232 с.
2. Усольцева, Е.В. Хирургия заболеваний и повреждений кисти / Е.В. Усольцева, К.И. Машкара. - Л., 1986. - 352 с.
3. Chamay, A. The history of flexor tendon surgery / A. Chamay // Ann. Chir. Main. Memb. - 1997. - Vol. 16, N1. - P. 9-15.
4. Manske, P.R. History of flexor tendon repair / P.R. Manske // Hand Clin. - 2005. - Vol.21, N2. - P. 123-127.
5. Verdan, C. The history of hand surgery in Europe / C. Verdan // Hand Surg. [Br.]. - 2000. - Vol. 25. - P. 238-241.

Поступила 30.11.2006 г.