

ФОРМИРАНЕ НА ОПОНИРАЩ ЗАХВАТ СЛЕД ТЕЖКИ УВРЕДИ НА РЪКАТА

Д. Бошнаков

При тежки травми на ръката, настъпили при драматични обстоятелства е възможно да бъдат ампутирани няколко пръсти или всички пръсти. Ръката като орган на труда загубва своята основна функция – хватателната.

Основна цел е да се постигне пинсетов захват, с който да се улесни самообслужването на пациентите.

Съществуват няколко типа тежки увреди:

- ❖ Ампутация на един или няколко пръста
- ❖ Ампутирани са всички пръсти т.н. „метакарпална ръка“
- ❖ Най-осакатяваща е ампутацията през и над гривнена става

Методика

Поради относителната рядкост на тези увреди е проследен един дванадесет годишен период от клиничната ни практика.

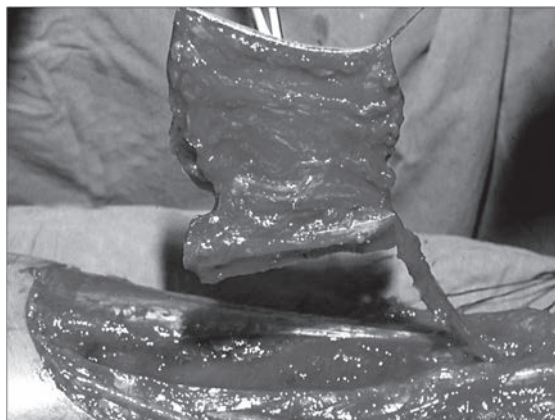
Представяме ви случаи при които са предприети различни хирургически техники.

Случай 1

Мъж на 28 години при трудова злополука получава ампутация на палеца на дясна ръка – фиг. 1. Формира се островно сложно кожно костно предмишнично ламбо. В него се включи от долния край на радиуса костна ламела фиг. 2. Сложни-



Фиг. 1.

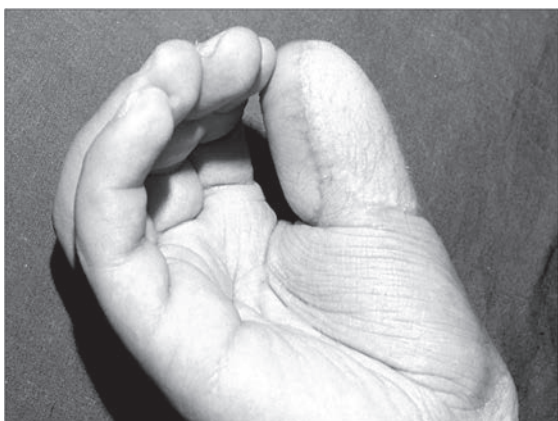


Фиг. 2.

ят присадък се завъртя и костта се вби в първа МКК, като се фиксира с Киршнорова игла, а кожния присадък обви циркулярно костта. След 6 месеца палеца има добър естетичен вид и извършва зах-



Фиг. 3.

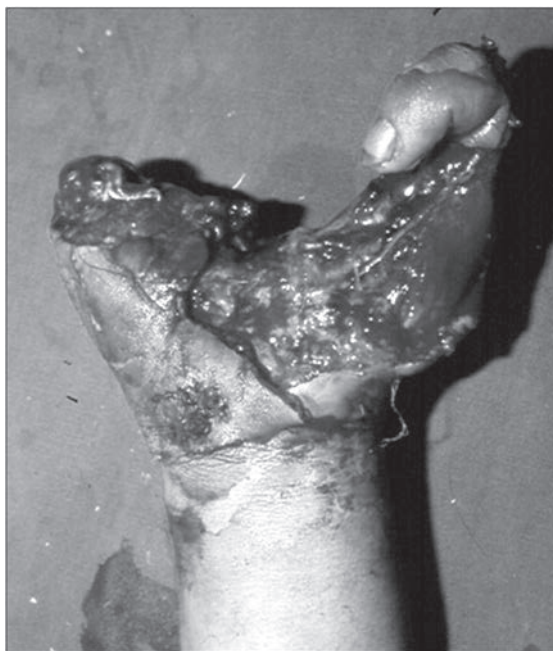


Фиг. 4.

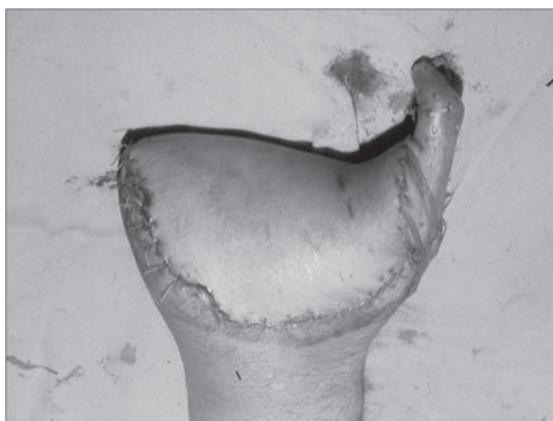
ват с всички пръсти – фиг. 3. Предприе се очувствяване на функционалната повърхност на новоформирия палец с островно двусосново нервно васкуларно ламбо по Холевич. Последното се прекарва под кожен мост и покрива цялата хватателна повърхност на палеца. Резултат след една година - чувствителност много добра. Weber 6 mm. Налице е чувствителен опониращ захват - фиг.4 (14).

Случай 2

Мъж на 30 години, на когото през ръката преминава колело на влак. Налице е тежка увреда с дефект на радиалните четири пръста, част от метакарпалните кости и палмарни тъкани при запазен пети пръст, но с деколирани меки тъкани – фиг.5 (17). Направената артериография показва увредена повърхностна и дълбока палмарна дъга, но запазени ра-

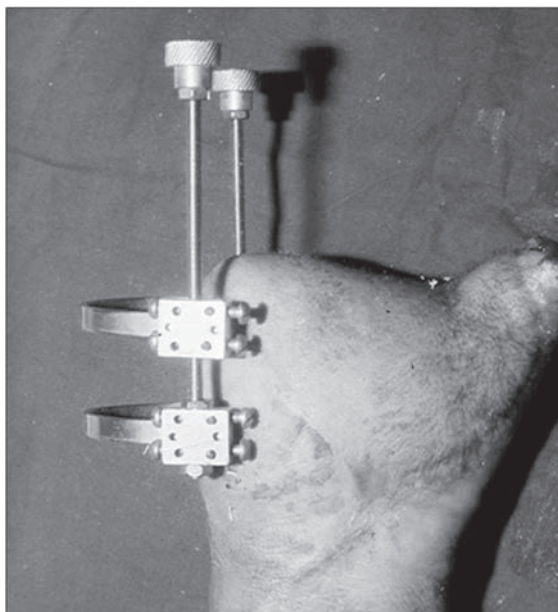


Фиг. 5.

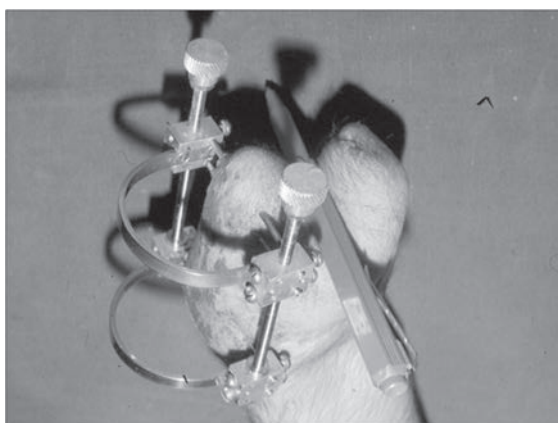


Фиг. 6.

диокарпална арка на дланта. Това позволява повдигане на островно радиално предмишнично ламбо с дистален педикулум на 4 см.проксимално от туберкула на Lister, васкуларизирано от радиалната артерия. Присадъкът се завъртя на 180° и покри дефекта - фиг.6 (19). Обработиха се меките тъкани на деколирания пети пръст и се формира улнарния компонент. На втори план се предприе удължаване на I метакарпална кост с дистракционен апарат - фиг.7 (20). Удълженият радиален компонент, след срастване на костния дефект от дистракцията, позволява пинсе-



Фиг. 7.



Фиг. 8.

тов захват с улнарния компонент - фиг.8 (21).

Случай 3

Мъж на 40 години с ампутация на всички пръсти от фреза – „метакарпална” ръка. Предприе се фалангизация за формиране на пинсетов захват. Формира се петоъгълно дорзално ламбо - фиг. 9, с което се покрива дъното на комисурата. За създаване на по-голям захват се ексцизира напречната част на аддуктора на палеца и по голяма част от първия дорзален интересеусен мускул, както и се отстранява



Фиг. 9.



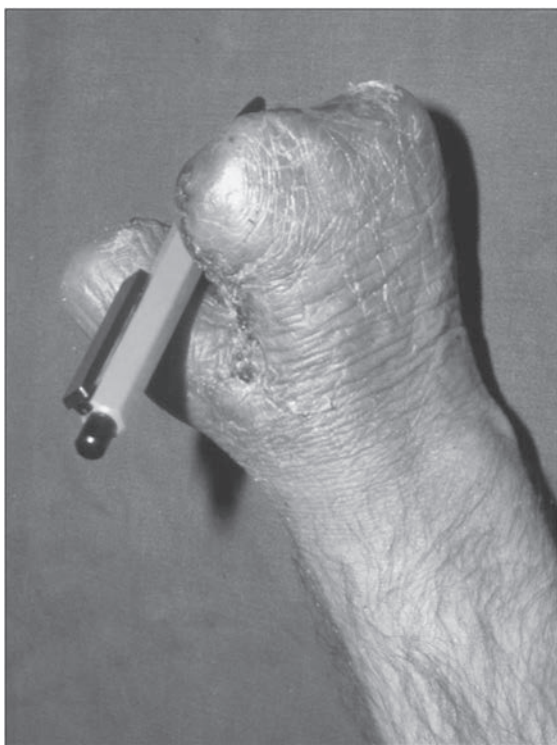
Фиг. 10.



Фиг. 11.

втора метакарпална кост - фиг. 10. Малка незакрита част от трета метакарпална кост се покри със свободен присадък - фиг. 11. Формираната щипка извършва задоволителен захват - фиг. 12.

Най-съществена е травмата, при която е ампутирана цялата ръка. Предмиш-



Фиг. 12.

ничният чукан не е годен за абсолютно никаква дейност. Тогава в съображение влиза предложената от Крюкенберг техника за разделяне на мускулите на предмишницата на две групи към радиуса и улната. Превръщайки предмишницата в щипка на която радиалния лъч се противопоставя на улнарния, така частично се замества функцията на ръката. Тази класическа операция претърпя различни модификации (Парин, Холевич, Албрехт). Ние прилагаме техниката на Yu - Dong - Gu (1996).

Случай 4

Мъж на 42 години на който лявата му ръка е била премазана от преса. Настъпилата некроза довежда до ампутация на ръката на ниво над гривнена става - фиг.13. Предприе се реконструкция при която радиуса и улната бяха скъсени - фиг. 14. Сега се възприема най добра дължина на радиуса и улната да е 12-15 см. Всички мускули се отстраниха с изключение на м.пронатор терес и м.супинатор /отдалечаващи и притис-



Фиг. 13.



Фиг. 14.

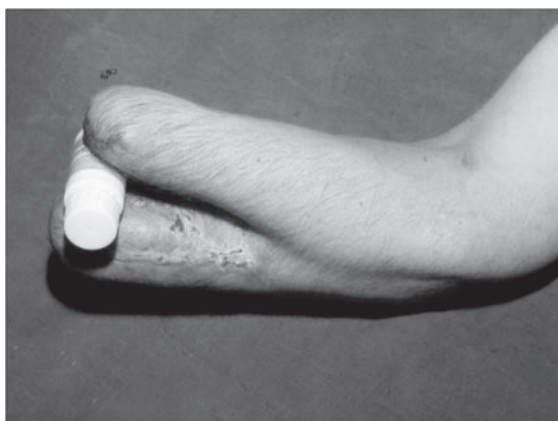


Фиг. 14.

кащи двете рамена на щипката/, както и м.брахиорадиалис и м.флексор карпи улнарис осигуряващи храненето на двете ламба към двата лъча. Срязването на мембрана интереса продължава докато върховете се разтворят на не по малко от



Фиг. 15.



Фиг. 16.

4 см. Формиран бе пинсетов захват с помощта на който пациента се самообслужва - фиг. 15, фиг. 16.

Дискусия

Съществуват различни методи за реконструкция след ампутация на пръстите и ръката. Един от вариантите е протезирането - естетично, механично, електрическо, но той е скъп способ, като функционалният резултат не е напълно задоволителен. Протезите имат съществен недостатък - липса на сетивност.

Друг вариант е микрохирургическите трансфери на пръст от ходилото /най-често втория/ върху ръката. Този модерен способ има и своите негативи – присъщите на микрохирургията рискове, проблеми може да създава и донорното стъпало.

Най-приемливо се счита решението, при което се използват местни тъкани, притежаващи необходимата за ръката сетивност.

Основно изискване е да се осигури най-подходяща дължина на двете рамена на щипката, които трябва да бъдат почти равни.

В заключение е необходимо да се отбележи, че при болни след реконструкция е необходимо да се извършва целенасочена работа и обучение. Това позволява на пациентите да разчитат на себе си при самообслужването, което ги прави по пълноценни.

Адрес за кореспонденция:

проф. д-р Дико Бошнаков, дмн
УНС по Ортопедия и травматология,
Медицински Университет - Варна,
УМБАЛ "Света Анна", Варна
E-mail: dr_boshnakov@dir.bg