

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д-Л. Пиневич

«*12*» *декабря* 2017 г.

Регистрационный № 123-1217



**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТРОЗА ПЕРВОГО
ЗАПЯСТНО-ПЯСТНОГО СУСТАВА КИСТИ 2-3 СТАДИИ**

инструкция по применению

УЧЕРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ:

Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», учреждение здравоохранения УЗ «6-я городская клиническая больница г. Минска», учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»

АВТОРЫ:

д.м.н., профессор Герасименко М.А., Михалкевич Д.И., к.м.н., доцент
Беспальчук А.П.

Минск, 2017

В настоящей инструкции по применению (далее - инструкция) изложен метод оперативного лечения артроза кисти, который может быть использован в комплексе медицинских услуг, направленных на лечение пациентов с артрозом первого запястно-пястного сустава. Метод, изложенный в настоящей инструкции, позволит сократить длительность и повысить эффективность лечения, сократить расходы на лечение, так как не требует закупки дорогих имплантов, улучшит качество жизни пациентов с данной патологией.

Метод, предложенный в настоящей инструкции, предназначен для использования врачами - травматологами-ортопедами, врачами - хирургами, иными врачами, специализирующимся на оказании медицинской помощи пациентам с заболеваниями опорно-двигательного аппарата в стационарных условиях.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, РЕАГЕНТОВ, ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И Т.Д.

- медицинские изделия для проведения рентгенографии;
- общехирургический инструментарий;
- антисептические растворы для обработки операционного поля;
- дрель хирургическая;
- осциллирующая пила;
- спицы Киршнера.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

- пациенты с артрозом 2-3 степени первого запястно-пястного сустава.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

- соответствующие противопоказания к хирургическому лечению.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

1. Предоперационная подготовка - стандартная.
2. Анестезия - проводниковая анестезия, при противопоказаниях - эндотрахеальный наркоз.

3. Ход операции:

Пациент лежит на спине, верхняя конечность с кистью располагается на приставном столике. Производится обработка конечности растворами антисептика, обкладывание стерильным бельем.

В области анатомической табакерки кисти выполняют продольный разрез длиной 5-6 см. Выделяют сухожилия длинной отводящей мышцы и короткого разгибателя (рисунок 1).

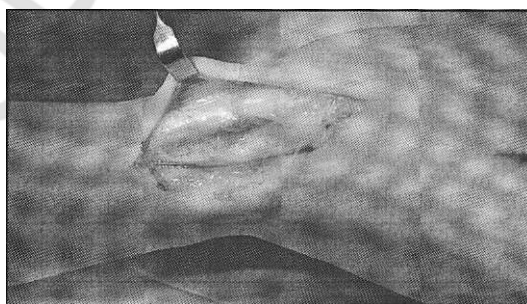


Рисунок 1. - Доступ к сухожилию длинной отводящей мышцы и короткого разгибателя первого пальца.

В случаях, если сухожилие длинной отводящей мышцы состоит из нескольких порций, то одну из этих порций тенотомируют в максимально видимом проксимальном отделе.

Если же данное сухожилие представлено единым образованием, не разделенным на пучки, то его тенотомируют продольно, до места инсерции к первой пястной кости, а затем отсекают одну порцию в проксимальном отделе (рисунок 2 а, б, в).

Данная манипуляция облегчает процесс энуклеации кости-трапеции. После радикального удаления кости трапеции, отчетливо виден в дне раны дистальный конец сухожилия лучевого сгибателя кисти (рисунок 4).

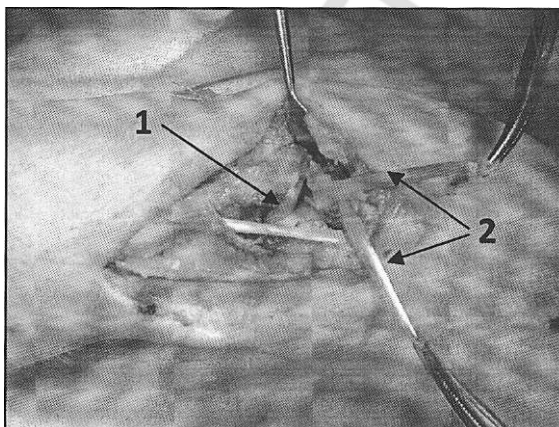


Рисунок 4. - Вид раны после удаления кости трапеции. 1 - сухожилие лучевого сгибателя кисти; 2 - ножки тенотомированной части сухожилия длинной отводящей мышцы первого пальца.

При помощи остроконечного скальпеля в двух взаимно перпендикулярных направлениях в дистальном отделе лучевого сгибателя кисти выполняют два сквозных разреза по 3 мм длиной. В сформированные отверстия проводят ножки тенотомированного сухожилия длинной отводящей мышцы, после чего лучевой сгибатель кисти дополнительно обвивают ими вокруг его окружности. Ножки натягивают и подшивают в максимальном натяжении к концу сухожилия длинной отводящей мышцы в месте его инсерции к первой пястной кости.

Из двух небольших разрезов в области предплечья резецируют сухожилие длинной ладонной мышцы (рисунок 5).

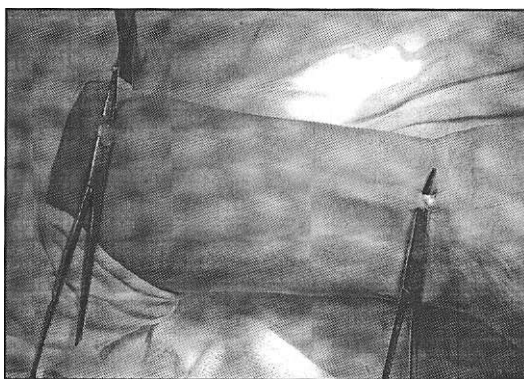


Рисунок 5. - Выделенное сухожилие длинной ладонной мышцы.

Данная манипуляция облегчает процесс энуклеации кости-трапеции. После радикального удаления кости трапеции, отчетливо виден в дне раны дистальный конец сухожилия лучевого сгибателя кисти (рисунок 4).

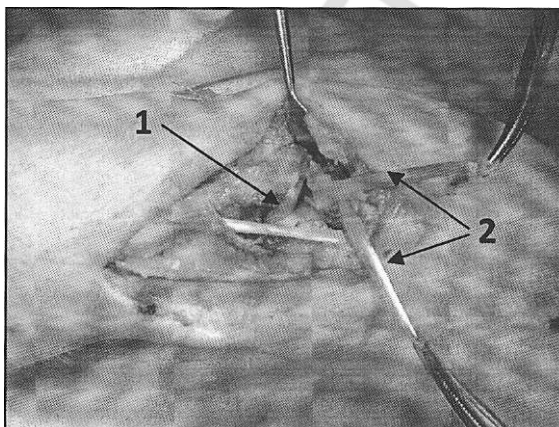


Рисунок 4. - Вид раны после удаления кости трапеции. 1 - сухожилие лучевого сгибателя кисти; 2 - ножки тенотомированной части сухожилия длинной отводящей мышцы первого пальца.

При помощи остроконечного скальпеля в двух взаимно перпендикулярных направлениях в дистальном отделе лучевого сгибателя кисти выполняют два сквозных разреза по 3 мм длиной. В сформированные отверстия проводят ножки тенотомированного сухожилия длинной отводящей мышцы, после чего лучевой сгибатель кисти дополнительно обвивают ими вокруг его окружности. Ножки натягивают и подшивают в максимальном натяжении к концу сухожилия длинной отводящей мышцы в месте его инсерции к первой пястной кости.

Из двух небольших разрезов в области предплечья резецируют сухожилие длинной ладонной мышцы (рисунок 5).

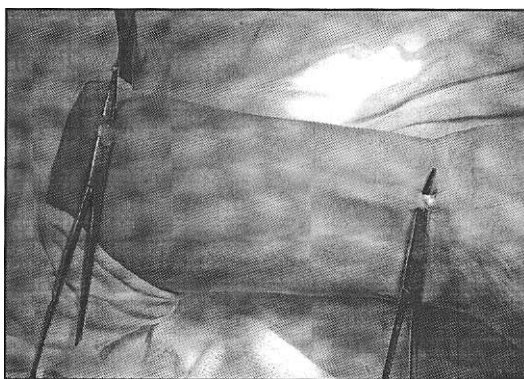


Рисунок 5. - Выделенное сухожилие длинной ладонной мышцы.

Данное сухожилие скручивают в ролл и прошивают. Сформированный "сухожильный ролл" внедряют в место дефекта кости трапеции и подшивают к капсуле сустава (рисунок 6 а, б).

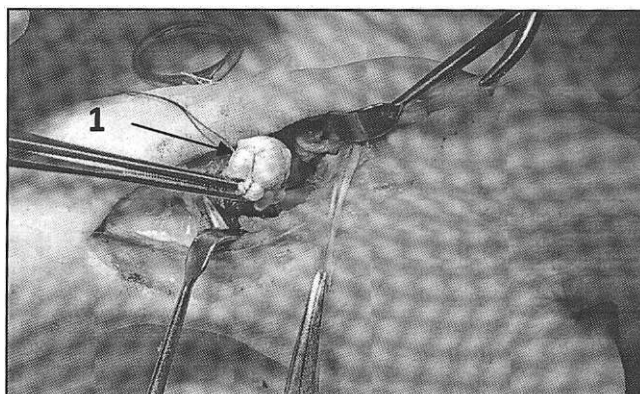


Рисунок 6 а. - Внедрение «сухожильного ролла» вместо дефекта кости трапеции. 1- «сухожильный ролл».

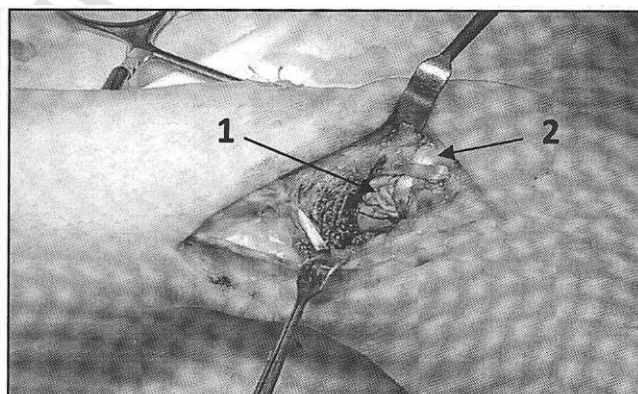


Рисунок 6 б.- Сформированный неосустав. 1- «сухожильный ролл»; 2- сухожилие лучевого сгибателя кисти, обвитое ножками теномированного сухожилия длинной отводящей мышцы.

Первый палец кисти отводят и стабилизируют посредством двух спиц Киршнера в положении оппозиции ко второй пястной кости и костям запястья. Выполняют контрольный рентгеновский снимок, для определения позиционирования первой пястной кости с костям запястья и второй пястной кости, глубины проведения спиц (рисунок 7 а, б).

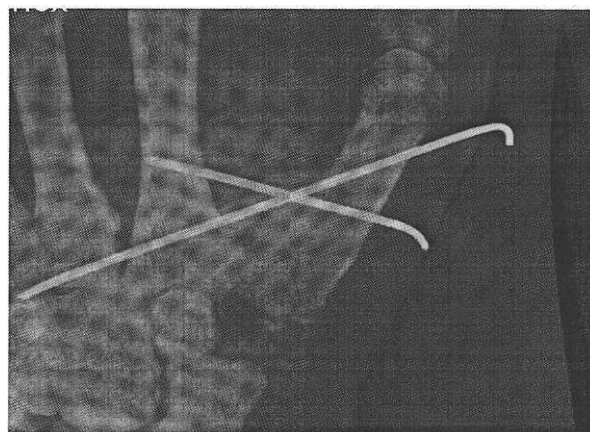
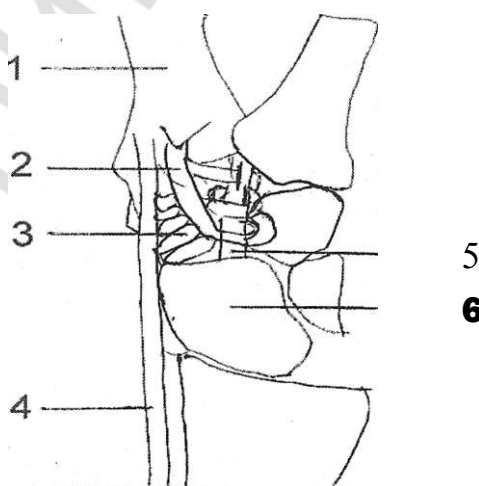


Рисунок 7 а. - Деформация проксимального отдела 1 пястной кости, артроз первого запястно-пястного сустава 3 степени.

Рисунок 7 б. - Интраоперационная контрольная рентгенограмма.

Схема хирургической операции (конечный результат)

- 1 - первая пястная кость;
- 2 - порция тенотомированного сухожилия длинной отводящей мышцы;
- 3 - ролл, выполняющий роль буфера, смоделированный из сухожилия длинной ладонной мышцы;
- 4 - сухожилие длинной отводящей мышцы;
- 5 - сухожилие лучевого сгибателя кисти;
- 6 - ладьевидная кость.



Производят послойный шов раны и фиксацию 1 пальца кисти гипсовой шиной. Имобилизацию гипсовой повязкой осуществляют в течение 3 недель. Сразу после хирургической операции движения в суставах других пальцев кисти разрешены.

ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Нарушения чувствительности (посттравматическая гипостезия и анестезия) по ходу кожных ветвей лучевого нерва - связанные с интраоперационным повреждением ветвей лучевого нерва. Путь устранения - интраоперационный контроль за ветвями лучевого нерва.

2. Сдавление гипсовой повязкой. Путь устранения - контроль над послеоперационным отеком кисти.