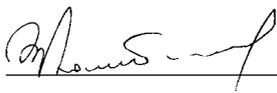


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

29 ноября 2004 г.

Регистрационный № 101–1104

**МЕТОД ТРАНСПОЗИЦИИ СУХОЖИЛИЯ
ЛУЧЕВОГО СГИБАТЕЛЯ КИСТИ
НА РАЗГИБАТЕЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ
ПРЕДПЛЕЧЬЯ С ФИКСАЦИЕЙ К СУХОЖИЛИЯМ
РАЗГИБАТЕЛЯ II–V ПАЛЬЦЕВ, СУХОЖИЛИЯ
ЛОКТЕВОГО СГИБАТЕЛЯ КИСТИ
НА РАЗГИБАТЕЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ
ПРЕДПЛЕЧЬЯ С ФИКСАЦИЕЙ К СУХОЖИЛИЮ
ДЛИННОГО РАЗГИБАТЕЛЯ БОЛЬШОГО
ПАЛЬЦА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ
ПОВРЕЖДЕНИИ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: НИИ неврологии, нейрохирургии
и физиотерапии

Авторы: д-р мед. наук, проф., чл.-кор. НАНБ А.Ф. Смеянович,
канд. мед. наук Р.Р. Сидорович

Показания к применению метода: нарушение функции разгибания кисти и пальцев при травматическом повреждении плечевого сплетения (ПС).

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ, МЕДИЦИНСКИХ ПРЕПАРАТОВ, ИНСТРУМЕНТАРИЯ

1. Набор микрохирургических инструментов: микроножницы штыкообразные остроконечные, прямые, длина 165 мм; микроножницы штыкообразные остроконечные, изогнутые по оси, длина 200 и 165 мм; микроножницы штыкообразные тупоконечные, прямые, длина 200 мм; микропинцеты штыкообразные анатомические, длина 180 мм; микропинцеты штыкообразные хирургические, длина 180 и 200 мм; микрокрючки прямые, пуговчатые и остроконечные, длина 185 мм; скальпели хирургические, длина 140 мм.

2. Аппарат биполярной коагуляции с набором пинцетов изогнутых по плоскости и штыкообразных, длиной от 160 до 200 мм.

3. Бинокулярная операционная лупа ЛБВО, увеличение $\times 3,3$ рабочая дистанция 25–30 см.

4. Рассасывающийся и нерассасывающийся шовный материал: дексон 5|0–2|0, викрил 4|0–7|0.

5. Функциональный хирургический стол.

6. Оборудование для эндотрахеального наркоза.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

В предоперационном периоде с целью уточнения характера и уровня повреждения ПС проводится комплекс диагностических обследований, включающий электронейромиографию, тепловизионное, радиоизотопное исследования паретичных и транспозируемых мышц, миелорадикулографию, компьютерную томографию-миелорадикулографию шейного отдела, магнитно-резонансную томографию корешков ПС. При выявлении отрыва корешков от спинного мозга, нарушения электропроводимости по лучевому нерву в сочетании с клинико-параклиническими признаками денервации разгибателей кисти и пальцев (замедление выведения

радиофармпрепарата $\text{Na } ^{131}\text{J}$, гипотермия по тыльной поверхности предплечья на стороне повреждения ПС) выполняется оперативное лечение методом транспозиции сухожилия лучевого сгибателя кисти на разгибательную поверхность предплечья с фиксацией к сухожилиям разгибателя II–V пальцев; сухожилия локтевого сгибателя кисти на разгибательную поверхность предплечья с фиксацией к сухожилию длинного разгибателя большого пальца. Условием оперативного вмешательства является функциональная сохранность лучевого, локтевого сгибателей кисти, длинной ладонной мышцы, подтвержденная клинико-параклиническими исследованиями.

Хирургическое вмешательство осуществляется под эндотрахеальным наркозом с использованием оптического увеличения $\times 3,3$ (бинокулярная лупа ЛБВО) и микрохирургической техники.

Операция включает 4 этапа, выполняется в положении больного на спине, рука располагается на столике рядом с операционным столом.

Первый этап. Проводится разрез кожи, подкожной клетчатки и фасции длиной 8–10 см по лучевому краю сгибательной поверхности средней и нижней третей предплечья в проекции сухожилия лучевого сгибателя кисти. Мышечное брюшко и сухожилие выделяются на протяжении так, чтобы после перемещения на разгибательную поверхность к лучезапястному суставу они располагались по прямой линии. Затем сухожилие лучевого сгибателя кисти отсекается от основания второй пястной кости.

Осуществляется разрез кожи, подкожной клетчатки и фасции длиной 8–10 см по локтевому краю сгибательной поверхности средней и нижней третей предплечья в проекции сухожилия локтевого сгибателя кисти, мышечное брюшко и сухожилие которого выделяются на протяжении, отсекается от гороховидной кости.

Второй этап. Выполняется линейный разрез по разгибательной поверхности нижней трети предплечья. Выделяются сухожилия разгибателя II–V пальцев, сухожилие длинного разгибателя большого пальца. Затем эти сухожилия пересекают на уровне сухожильно-мышечного перехода.

С целью создания оптимальных условий для восстановления разгибания кисти и пальцев сухожилие разгибателя II пальца фикс-

сируется к сухожилию разгибателя III пальца, а сухожилие разгибателя V пальца — к сухожилию разгибателя IV пальца выше удерживателя сухожилий разгибателей.

Третий этап. Сухожилие лучевого сгибателя кисти проводится подкожно через лучевой край предплечья на его разгибательную поверхность и фиксируется к сухожилиям III, IV пальцев. Сухожильный анастомоз выполняется при тыльном разгибании кисти и пальцев под углом 45°, максимальном натяжении лучевого сгибателя кисти.

Сухожилие локтевого сгибателя кисти проводится подкожно через локтевой край предплечья на разгибательную его поверхность перекрестно с лучевым сгибателем кисти и фиксируется к сухожилию длинного разгибателя большого пальца. Сухожильный шов накладывается при отведении и разгибании I пальца с максимальным натяжением локтевого сгибателя кисти.

Четвертый этап. Накладывается послойный шов на раны сгибательной и разгибательной поверхности предплечья. С целью предупреждения несостоятельности швов сухожилий по сгибательной поверхности предплечья накладывается гипсовая лонгета с фиксацией кисти и II–V пальцев в положении тыльного разгибания под углом 45°, I пальца — в положении максимального разгибания и отведения. Через 4 недели гипсовая лонгета снимается, проводится курс восстановительной терапии, включающий массаж, лечебную физкультуру, физиотерапевтическое лечение.

При нарушении функции лучевого или локтевого сгибателя кисти в качестве сухожильно-мышечного трансплантата используется сухожилие длинной ладонной мышцы. При денервации лучевого сгибателя кисти сухожилие длинной ладонной мышцы фиксируется к сухожилиям разгибателей II–V пальцев, а при параличе локтевого сгибателя кисти — к сухожилию длинного разгибателя большого пальца.

ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ

В ходе операции может произойти *повреждение срединного, локтевого нервов, лучевой и локтевой артерии* при выделении сухожилий лучевого, локтевого сгибателей кисти, длинной ладонной

мышцы с последующей ишемией и денервацией дистальных отделов верхней конечности. Данной ошибки можно избежать, если при выделении указанных сухожилий эти нервы и артерия отводятся на держалке, проводится тщательный этапный гемостаз, позволяющий четко дифференцировать нервные, сосудистые структуры.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА

Абсолютными противопоказаниями к применению метода являются:

1. Денервация лучевого, локтевого сгибателей кисти и длинной ладонной мышцы, выявленная при клинико-параклиническом обследовании.
2. Травматическое повреждение лучевого, локтевого сгибателей кисти и длинной ладонной мышцы.
3. Гнойно-воспалительные процессы кожных покровов предплечья.