

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д-Л. Пиневич

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 «б-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

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневиц
22.12.2017
Регистрационный № 123-1217

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

инструкция по применению

УЧЕРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», УЗ «6-я городская клиническая больница» г. Минска, УО «Белорусский государственный медицинский университет»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. М.А. Герасименко, Д.И. Михалкевич, канд. мед. наук, доц. А.П. Беспальчук

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 позволит сократить длительность и повысить эффективность лечения, сократить расходы на него, т. к. не требует закупки дорогих имплантов, улучшит качество жизни пациентов с данной патологией.

Метод предназначен для врачей-травматологов-ортопедов, врачей-хирургов, иных врачей-специалистов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с заболеваниями опорно-двигательного аппарата в стационарных условиях.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

- медицинские изделия для 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 таковым к хирургическому лечению.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

1. Предоперационная подготовка — стандартная.
2. Анестезия — проводниковая, при противопоказаниях – эндотрахеальный наркоз.
3. Ход операции: пациент лежит на спине, верхняя конечность с кистью располагается на приставном столике. Конечность обрабатывается растворами антисептика, обкладывается стерильным бельем.

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

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



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

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



Рисунок 2а. — Выделенное сухожилие длинной отводящей мышцы первого пальца



Рисунок 2б. — Тенотомия порции сухожилия длинной отводящей мышцы

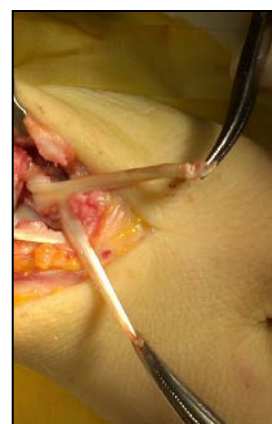


Рисунок 2в. — Сухожилие длинной отводящей мышцы, разделенное на две части

Дополнительно тенотомированный участок сухожилия длинной отводящей мышцы разделяют еще на две части (рисунок 2в): Т-образно рассекают капсулу трапециопястного сустава. При помощи осциллирующей пилы поперечно

остеотомируют кость-трапецию, после чего ее по фрагментно удаляют (рисунок 3а, б).

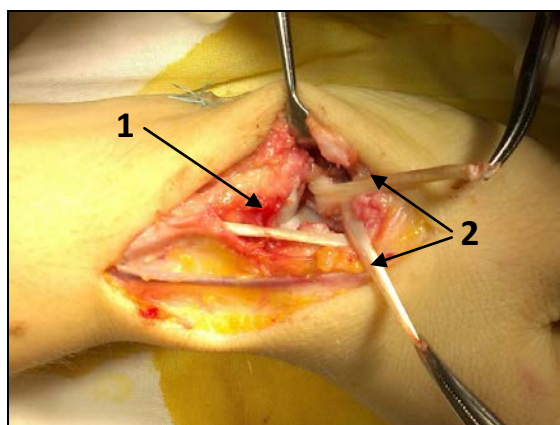


Рисунок 3а. — Остеотомия кости



Рисунок 3б. — По фрагментное удаление кости трапеции

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



1 — сухожилие лучевого сгибателя кисти; 2 — ножки тенотомированной части сухожилия длинной отводящей мышцы первого пальца

Рисунок 4. — Вид раны после удаления кости трапеции

При помощи остроконечного скальпеля в двух взаимно перпендикулярных направлениях в дистальном отделе лучевого сгибателя кисти выполняют два сквозных разреза длиной 3 мм. 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 6а, б).

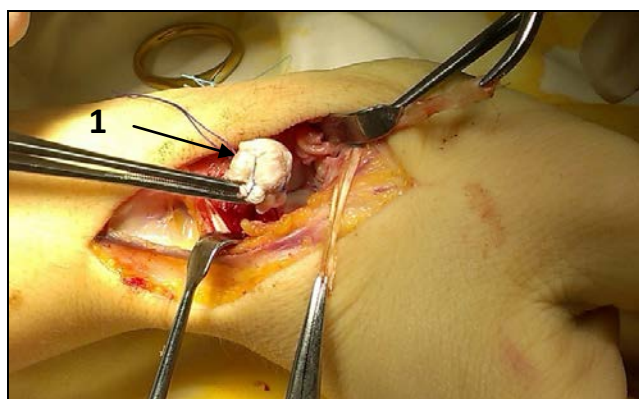


Рисунок 6а. — Внедрение «сухожильного ролла» вместо дефекта кости-трапеции (1 — «сухожильный ролл»)

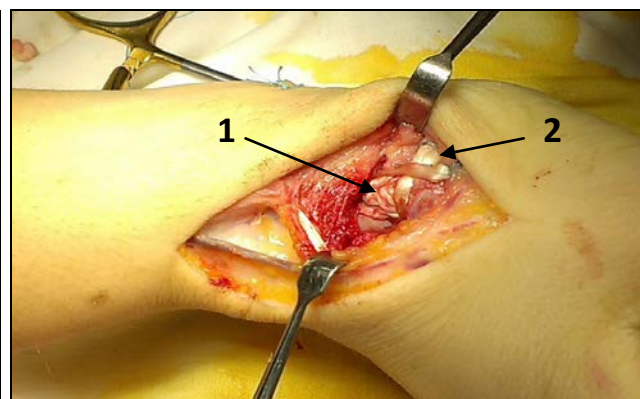


Рисунок 6б. — Сформированный неосустав: 1 — «сухожильный ролл»; 2 — сухожилие лучевого сгибателя кисти, обвитое ножками тенотомированного сухожилия длинной отводящей мышцы

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 7а, б).



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

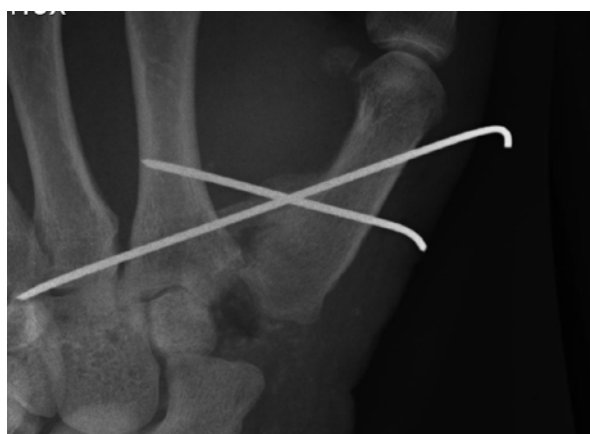
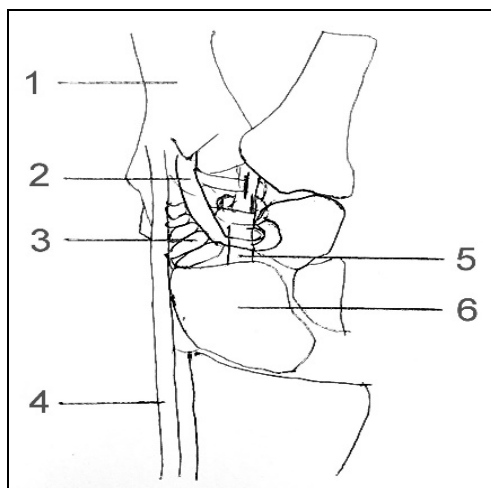


Рисунок 7б. — Интраоперационная контрольная рентгенограмма

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.



Послойно зашивают рану и фиксируют 1-й палец кисти гипсовой шиной. Иммобилизацию гипсовой повязкой осуществляют в течение 3 недель. Сразу после хирургической операции движения в суставах других пальцев кисти разрешены.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Нарушения чувствительности (посттравматическая гипостезия и анестезия) по ходу кожных ветвей лучевого нерва связаны

с интраоперационным повреждением ветвей лучевого нерва. Путь устранения — интраоперационный контроль ветвей лучевого нерва.

2. Сдавление гипсовой повязкой. Путь устранения — контроль послеоперационного отека кисти.