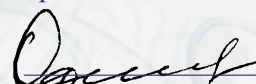


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Разрешено Минздравом Республики
Беларусь для практического использования

Первый заместитель министра здраво-
охранения, председатель комиссии по способам
профилактики, диагностики, лечения и
организационным формам работы МЗ РБ

 В.М. Ореховский
5 февраля 2001 г.
Регистрационный № 170-0012

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА

(инструкция по применению)

Учреждение-разработчик: Витебский государственный медицинский университет

Авторы: М.Г. Диваков, Аюб Луис Юсеф

Показания к применению

- посттравматическая нестабильность лучезапястного сустава, обусловленная неправильным сращением дистального метаэпифиза лучевой кости с увеличением угла наклона суставной поверхности лучевой кости (40° и более) и образованием нестабильной лучевой косорукости;
- врожденная нестабильность лучезапястного сустава, обусловленная дисплазией дистального метаэпифиза лучевой кости с увеличением угла наклона суставной поверхности лучевой кости (40° и более) и недоразвитием тыльного сектора суставной поверхности лучевой кости.

Перечень хирургического оборудования и лекарственных средств

Хирургический инструментарий, используемый для выполнения операций на костях и суставах, долота, осциллирующая пила, электродрель, сверла, шурупы, спицы Киршнера, гипс, антибиотики, обезболивающие средства.

Методика применения

Кожные покровы предплечья и кисти готовят к операции по общепринятым в травматологии и ортопедии правилам. Операцию проводят под проводниковой анестезией на обескровленном операционном поле. Для доступа к дистальному отделу лучевой кости используют тыльный дугообразный доступ. Разрез от середины кистевого сустава с переходом на дистальную часть предплечья производят в проекции между третьим и четвертым разгибательными костно-фиброзными каналами. От лучевой кости острым долотом и распатором отслаивают костно-фиброзные каналы без вскрытия их просвета, отделяют надкостницу и осуществляют выход на метаэпифизарную зону лучевой кости. После этого производят выделение дистального отдела локтевой кости, отсекают фиброзно-хрящевой треугольный комплекс от места прикрепления к шиловидному отростку локтевой кости.

Способ лечения нестабильности лучезапястного сустава

Осциллирующей пилой остеотомируют локтевую кость в косом направлении снаружи проксимальнее на 5–6 см от шиловидного отростка и удаляют этот фрагмент. В метаэпифизарной зоне лучевой кости осциллирующей пилой производят остеотомию перпендикулярно оси лучевой кости. Из резецированного фрагмента локтевой кости, а при его недостаточности — из трансплантата, взятого из гребня крыла подвздошной кости, моделируют клиновидный трансплантат с основанием клина, обращенным в локтевую сторону для устранения избыточного угла наклона суставной поверхности лучевой кости. Размер трансплантата определяют по скиаграммам и рентгенометрическим данным исходных рентгенограмм. После коррекции угол наклона суставной поверхности лучевой кости во фронтальной плоскости должен быть не менее 15–20°, в сагиттальной — не менее 5–12°. Такая ориентация суставной поверхности лучевой кости обеспечивает стабильность лучезапястного сустава. После установки ауотрансплантата производят остеосинтез костных фрагментов спицами Киршнера.

При диспластической нестабильности лучезапястного сустава, когда имеется значительное недоразвитие тыльного сектора суставной поверхности лучевой кости, которое невозможно корригировать путем костной пластики с сохранением движений в лучезапястном суставе наряду с коррекцией угла наклона суставной поверхности лучевой кости во фронтальной плоскости, производят костно-пластический полулунно-лучевой артрорез кистевого сустава. В последующем это обеспечивает хорошую стабилизацию кистевого сустава в целом и достаточную функцию с предупреждением образования в процессе двигательной активности постоянного тыльного подвывиха или вывиха кисти. Перед установкой трансплантата накладывают аппарат Илизарова на два кольца. В проксимальном отделе спицы проводят через локтевую кость, в дистальном — через основания II–V пястных костей, кольца соединяют двумя штангами. Производят distraction с вправлением вывиха или подвывиха

Способ лечения нестабильности лучезапястного сустава

кости. Затем осуществляют коррекцию положения дистального суставного конца лучевой кости, устанавливают трансплантат с образованием полулунно-лучевого стыка и дополнительно фиксируют спицами Киршнера.

В конце операции осуществляют тщательный гемостаз. Производят рентгеноконтроль. Рану послойно ушивают и дренируют резиновыми выпускниками. В случае, если не используют дистракционный аппарат, накладывают ладонную гипсовую лонгету от верхней трети предплечья до дистальной ладонной складки кисти.

Первую перевязку делают на следующие сутки после операции. Назначают ЛФК для суставов пальцев кисти с первых суток после операции. Продолжительность гипсовой иммобилизации 4–5 недель. Затем больным назначают курс реабилитационного лечения, включающего ЛФК, массаж, парафиноозокеритовые аппликации, электростимуляцию мышц предплечья, кинезотерапию.

Возможные осложнения и методы их устранения

Возможными осложнениями являются образование послеоперационных гематом и нагноение раны. Для их исключения производят обязательное дренирование раны после операции и назначают антибиотики широкого спектра действия.

Противопоказания к применению метода

- общие противопоказания к операции;
- выраженная дисплазия дистального отдела лучевой кости, которая не может быть скоррегирована путем остеотомии лучевой кости по предлагаемой методике с сохранением полной или частичной функции лучезапястного сустава.