

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневиц
11.03.2015
Регистрационный № 184-1115

**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАТАРЗАЛГИИ
ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ
АРТРИТОМ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: УО «Белорусский государственный
медицинский университет», УЗ «6-я городская клиническая больница г. Минска»

АВТОРЫ: канд. мед. наук, доц. Е.Р. Михнович, С.С. Алексейчик

Минск 2015

Настоящая инструкция по применению (далее — инструкция) излагает метод оперативного лечения деформаций переднего отдела стопы при ревматоидном артрите (РА), который позволит сократить сроки и улучшить результаты лечения пациентов с РА, страдающих метатарзалгией переднего отдела стопы, а также повысить качество их жизни.

Инструкция предназначена для врачей-травматологов-ортопедов, занимающихся оперативным лечением пациентов с РА.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Рентгеновский аппарат для выполнения стандартного рентгенологического обследования.
2. Комплект хирургического инструментария, используемого для выполнения операций на костях и суставах.
3. Сферические фрезы для обработки торцов плюсневых костей после резекции их головок.
4. Гипсовые бинты для наложения лонгеты после операции.
5. Обезболивающие лекарственные средства, антибиотики, антикоагулянты.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Фиксированные деформации плюснефаланговых суставов при РА с молоткообразной деформацией II–V пальцев стопы, сопровождающиеся натоптышами и выраженным болевым синдромом на подошве, а также тыльными подвывихами или вывихами деформированных пальцев.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Воспалительные изменения кожных покровов в области операции.
2. Общие противопоказания к хирургическому лечению.
3. Отсутствие необходимого инструментария и условий для выполнения оперативного вмешательства.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Суть метода состоит в выполнении укорачивающей резекции головки соответствующей плюсневой кости с последующей обработкой опиала специальной сферической фрезой, фиксации пальца к плюсневой кости спицами с диастазом в области вновь сформированного сустава.

Технология применения метода хирургического лечения метатарзалгии переднего отдела стопы при ревматоидном артрите

Оперативное вмешательство производят под спинномозговой либо проводниковой анестезией в положении пациента лежа на спине. После предварительного обескровливания стопы и голени с помощью жгута-бинта Мартенса осуществляют наложение пневможгута в нижней трети голени.

Через линейные разрезы по тылу стопы в проекции плюсневой кости либо межплюсневого промежутка рассекают кожу, клетчатку, мобилизуют и отводят в стороны сухожилия разгибателей, продольно вскрывают капсулу

плюснефалангового сустава, выделяют дистальный отдел плюсневой кости, головку плюсневой кости выводят в рану.

Производят торцово-подошвенную резекцию головки соответствующей средней плюсневой кости. В зависимости от количества молоткообразно деформированных пальцев и локализации болевых ощущений и натоптышей на подошвенной поверхности стопы может выполняться резекция головок II, III, IV, а, при необходимости — V плюсневых костей (рисунок 1).

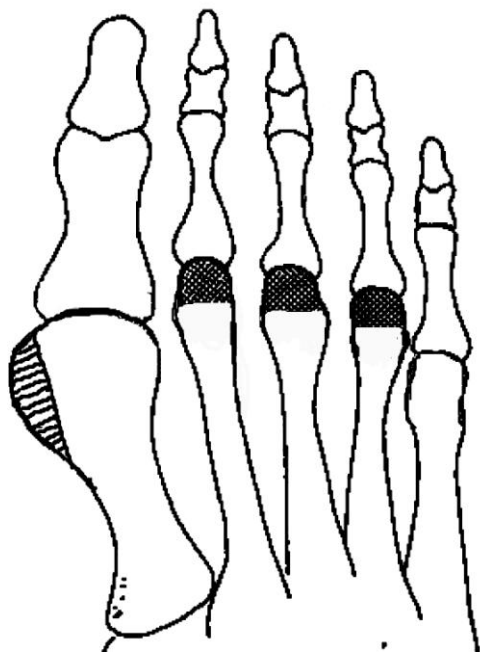
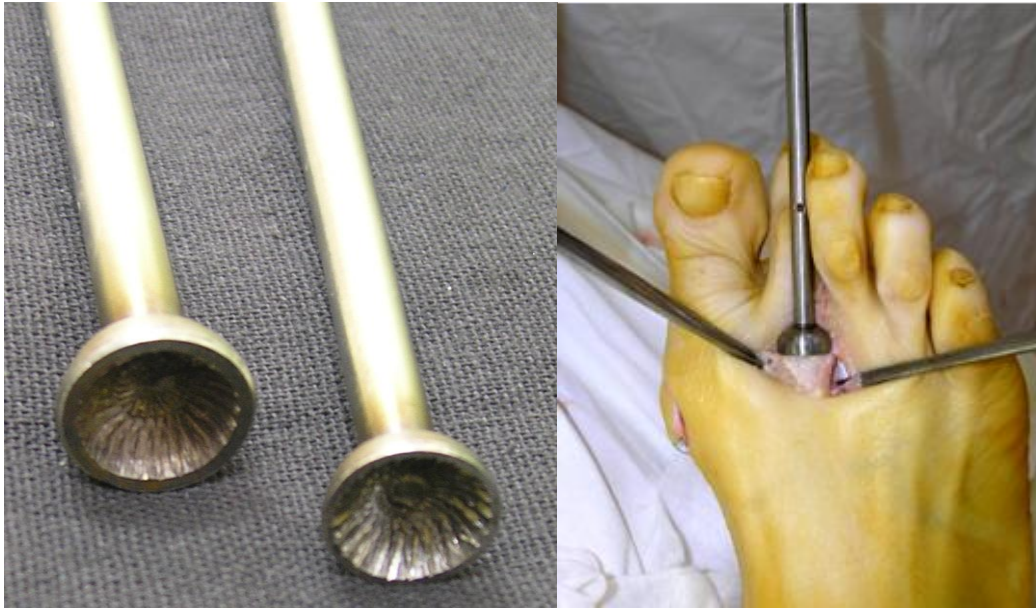


Рисунок 1 — Схема резекции головок средних плюсневых костей

После резекции культы головок обрабатывают специальными сферическими фрезами, позволяющими придать новым головкам геометрически правильную сферическую форму (рисунок 2а, б).

Осуществляют трансартикулярную фиксацию пальцев к плюсневым костям спицами Киршнера с диастазом 0,3–0,4 см в области вновь сформированных суставов. Выполняют контрольную рентгенографию переднего отдела стопы в двух проекциях. Проводят тщательный гемостаз по ходу операции. Послойно ушивают операционные раны, накладывают асептическую повязку, выполняют иммобилизацию стопы и нижней половины голени гипсовой шиной на срок 4 недели.



а – внешний вид

б – использование фрезы
во время операции

**Рисунок 2 — Фрезы для обработки головок плюсневых костей
после их резекции**

Послеоперационный период

Проводят парентеральное введение антибиотиков за 30–40 мин перед операцией и в течение недели после вмешательства. Назначают обезболивающие лекарственные средства и прямые антикоагулянты для профилактики венозного тромбоза. перевязку выполняют на следующие сутки после операции. Со 2 сут проводят ЛФК для суставов нижних конечностей, тренировку мышц голени и бедра. Швы снимают на 14-е сут. Спицы, фиксирующие II, III, IV пальцы, удаляют через 3,5–4 недели после операции. Назначают курс реабилитационного лечения, включающего ЛФК для суставов пальцев стопы и голеностопного сустава, полноценное физиотерапевтическое лечение. Разрешают дозированную нагрузку на оперированную стопу. Бинтование переднего отдела стопы при ходьбе осуществляют в течение 3 недель, затем назначают использование ортопедических стелек с выкладкой поперечного свода стопы.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Образование гематом в послеоперационном периоде.
2. Краевой некроз кожных лоскутов.
3. Нагноение послеоперационных ран.
4. Тромбофлебит глубоких вен стопы и голени.
5. Погрешности в технике выполнения оперативного вмешательства, связанные с излишней травматизацией окружающих тканей при резекции головок средних плюсневых костей, неправильным выбором уровня резекции, недостаточным или избыточным диастазом на месте резекции.

Профилактика описанных осложнений: бережное обращение с кожными лоскутами, ушивание операционных ран отдельными узловыми швами, дренирование резиновыми полутрубками, назначение антибиотиков широкого спектра действия и прямых антикоагулянтов, соблюдение описанной техники выполнения оперативного вмешательства.