регионарной анестезией (инъекция в подмышку или в шею), общий наркоз используется реже.

Внимание! На операцию нельзя приходить с окрашенными или искусственными ногтями.

В соответствии с данными рентгеновского исследования АОСБП делится на разные стадии, для которых разработаны рекомендуемые хирургические методы лечения.

Согласно стадии развития АОСБП врач выбирает наиболее подходящий для пациента хирургический метод:

- для далеко зашедшей стадии обычным методом является удаление изношенной трапециевидной кости или ее замена;
- обездвиживание сустава рекомендуется для лиц молодого возраста, занимающихся очень тяжелой физической работой – такая операция уменьшает диапазон движения большого пальца;
- В случае нестабильности (разболтанности) сустава, если хрящ еще не изношен, проводится пластическая операция связки;
- изменение оси сустава и установка искусственного сустава – это методы с очень специфическими показаниями.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ

Послеоперационные рекомендации по ношению шины, удалению швов и пр. для пациента определяет лечащий врач. В зависимости от метода операции, может понадобиться фиксация большого пальца вместе с запястьем на протяжении 3-8 недель.

Швы, как правило, удаляют через 10-14 дней. В период восстановления рекомендуется в течение определенного времени носить лечебный ортез.

Обезболивающие средства рекомендует/назначает лечащий врач. Важно тщательно соблюдать указания врача по поддержанию фиксированного положения руки и выполнению упражнений. Подвижность большого пальца руки улучшается, и боль отступает в срок до 3 месяцев. Для восстановления нормальной активности и силы сжатия большого пальца может понадобиться 6-12 месяцев.

Рекомендуется выполнять физиотерапевтические упражнения под наблюдением физиотерапевта и лечащего врача, что ускоряет восстановление функции большого пальца. Трудоспособность пациента обычно восстанавливается в течение 6-12 недель, в зависимости, в том числе, от интенсивности пользования рукой во время работы.

ВОЗМОЖНЫЕ РИСКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ

- После операции сила сжатия и диапазон движений большого пальца могут быть слабее, чем на здоровой руке.
- Инфицирование раны происходит менее чем в 1% случаев.
- Повреждение кожного нерва большого пальца случается часто, но носит временный характер.
- Тугоподвижность и боль в другом суставе большого пальца – требует активной реабилитации.
- Медленное заживление раны.
- Тугоподвижность, отек и боль в пальцах руки и запястье (частота 1-3%).

Estonia.eu
Positively surprising

European Union
European Regional
Development Fund

Investing
in your future

Ortopeedia Arstid AS партнер инновационного кластера оздоровительного движения SportEST и эксперт данной сферы. Кластер SportEST объединяет учреждения, предлагающие основные и опорные услуги в сфере движения. Подробнее о кластере и оздоровительном спорте можно прочитать на сайте **www.sportest.eu.**

ORTOPEEDIA ARSTID AS
Палдиски мнт., 68а, 10617 Таллинн, тел.: +372 606 7747
orto@ortopeediaarstid.ee, **www.ortopeediaarstid.ee**

SportEST

ORTOPEEDIA ARSTID

АРТРИТ ОСНОВНОГО СУСТАВА БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА (АОСБП)

Артрит основного сустава большого пальца (запястно-пястного сустава большого пальца) (АОСБП) – это болезнь, связанная с износом хряща трапеции-пястного сустава, или дегенеративный остеоартрит. Она называется также артрозом 1-го сустава СМС (этот сустав является таким местом на руке, где наиболее часто проявляется остеоартрит).

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРОЯВЛЕНИЯ

АОСБП чаще встречается у пожилых людей, причем у женщин в 6 раз чаще, чем у мужчин. Рентгенологически АОСБП выявляется у 25% женщин в возрасте старше 55 лет, но у многих из них дискомфорта не возникает. Наследственного фактора среди причин возникновения АОСБП выявлено не было.

ПРИЧИНЫ

1-й трапеции-пястной сустав – это универсальный т.н. седловидный сустав, который обеспечивает большому пальцу широкий диапазон движений.

Большой диапазон движения, а также постоянное использование большого пальца обусловливают износ хряща, т.е. АОСБП возникает вследствие длительной перегрузки большого пальца. Причиной более высокого уровня заболеваемости среди женщин является повышенная дряблость соединительной ткани – сустав «разбалтывается», и поэтому хрящ изнашивается быстрее.

Предпосылкой возникновения АОСБП может послужить также прежняя травма. АОСБП нередко развивается в связи с ревматоидным артритом. Определенные причины возникновения АОСБП неизвестны.

ЖАЛОБЫ И СИМПТОМЫ

- Припухлость и боль в области сустава, которая в большей мере отмечается со стороны ладони и иррадиирует в следующий сустав большого пальца (см. рисунок 1). Боль обостряется при держании предметов, а также, например, при открывании банок, письме, поворачивании ручки двери и т.д. Может отмечаться боль в ночное время. Ослабляется сила сжатия кисти и уменьшается диапазон движений большого пальца.

Рисунок 1. Области возникновения боли при АОСБП

- При прогрессировании болезни боль может стать непрерывной, а на тыльной стороне сустава образуется шишка. Усиливается тугоподвижность сустава, и дистальный сустав большого пальца начинает прогибаться при переразгибании – возникает так называемая z-образная деформация большого пальца (искривление). Сопутствующим заболеванием нередко является синдром карпального канала.

ДИАГНОСТИРОВАНИЕ И ИССЛЕДОВАНИЯ

В большинстве случаев это заболевание диагностируется исходя из симптомов, врачебного осмотра и радиологических исследований.

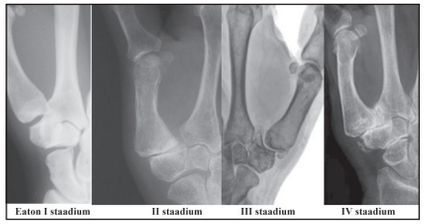

Рисунок 2. Диагностирование АОСБП с помощью рентгена

ЛЕЧЕНИЕ

На ранних стадиях АОСБП успешно применяется консервативное лечение (т.е. лечение без хирургического вмешательства), которое заключается в следующем:

- прием противовоспалительных анальгетиков (парацетамол, ибупрофен, мазь Диклак и т.д.);
- шинирование большого пальца в ортез, изменение и снижение нагрузки, укрепление мышц большого пальца.

При прогрессировании болезни стоит взвесить применение гормональной инъекции / лечебной блокады, что может обеспечить период отсутствия боли в течение нескольких недель и месяцев. Инъекции нельзя делать чаще чем 2-3 раза в год.

В большинстве случаев помогает также инъекция гиалуроновой кислоты в 1-й сустав СМС, действие которой может длиться 6-12 месяцев. В результате консервативного лечения дискомфорт часто исчезает или уменьшается на длительное время.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В тех случаях, когда консервативное лечение (больше) не помогает, показано хирургическое лечение. Операция обычно выполняется в порядке дневной хирургии с