

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ

УЗБЕКИСТАН

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР ДЕТСКОЙ ОРТОПЕДИИ

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО
НОЗОЛОГИИ «СТЕНОЗИРУЮЩИЙ ЛИГАМЕНТИТ»**

Ташкент – 2025

«СОГЛАСОВАНО»
директором Республиканского центра
детской ортопедии д.м.н. Гиляковым А.Б.



**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ «СТЕНОЗИРУЮЩИЙ
ЛИГАМЕНТИТ»**

Ташкент - 2025

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«СТЕНОЗИРУЮЩИЙ ЛИГАМЕНТИТ»**

Ташкент – 2025

1. Вводная часть.

Код(ы) по МКБ-10:

Коды МКБ-10 / МКБ-11	Название
M65.3	Щелкающий палец https://mkb-10.com/index.php?pid=12398
M65.4	Теносиновит шиловидного отростка лучевой кости [синдром де Кервена] https://mkb-10.com/index.php?pid=12398
M65.8	Другие синовиты и теносиновиты https://mkb-10.com/index.php?pid=12398
M65.9	Синовит и теносиновит неуточненный https://mkb-10.com/index.php?pid=12398

Код(ы) по МКБ-11:

Коды МКБ-10 / МКБ-11	Название
FB40.0	Инфекционный тендовагинит https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html
FB40.1	Подошвенный фасциит https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html
FB40.2	Тендинит задней большеберцовой мышцы https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html
FB40.3	Кальцифицирующий тендинит https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html
FB40.4	Триггерный палец https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html
FB40.5	Теносиновит шиловидного отростка лучевой кости https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html
FB40.Y	Другие специфические тендовагиниты https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html
FB40.Z	Неуточненный тендовагинит https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html

Дата разработки и пересмотра национального клинического протокола

Национальный клинический протокол разработан в 2025 году. Пересмотр протокола осуществляется каждые 5 лет или при изменении уровня доказательности диагностики, лечения, реабилитации и профилактики.

Ответственное учреждение по разработке национального клинического протокола:

Республиканский центр детской ортопедии (РЦДО).

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы:

1.	Тиялков А. Б.	Директор РЦДО	РЦДО
2.	Алписбоев Х.Ш.	Заместитель директора Республиканского центра детской ортопедии по лечебной части и заведующий отделения патологии тазобедренного сустава	РЦДО
3.	Шамукимов Ш. А.	заведующий отделения патологии тазобедренного сустава, кисти и стопы.	РЦДО
4.	Мирпаязов А.Х	заведующий отделения патологии позвоночного столба и грудной клетки	РЦДО
5.	Мирзаев А.Г.	к.м.н, заведующий отделения нейроортопедии	РЦДО
6.	Турсунова С. А.	к.м.н., специалист Республиканского центра детской ортопедии.	РЦДО
7.	Садиков С. А.	специалист Республиканского центра детской ортопедии.	РЦДО
8.	Жалолов Х. А.	специалист Республиканского центра детской ортопедии.	РЦДО

Список основных авторов:

1. Тиялков А. Б. – д.м.н., директор Республиканского центра детской ортопедии

2. Алписбоев Х.Ш.– к.м.н, заместитель директора Республиканского центра детской ортопедии по лечебной части и заведующий отделения патологии тазобедренного сустава
3. Шамукимов Ш. А. – заведующий отделения патологии тазобедренного сустава, кисти и стопы.

Рецензенты:

Салиев Мурад Мухаммеджанович	к.м.н., Заместитель директора по научной работе РСНПМЦТО
Жураев Ахрор Махмудович	д.м.н. проф., руководитель отделения детской ортопедии и травматологии РСНПМЦТО

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации травматологов Узбекистана, организаторов здравоохранения.

Руководитель рабочей группы - д.м.н. Тияжков А.Б., директор РЦДО

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Салиев М.М. - Заместитель директора по научной работе РСНПМЦТО, к.м.н.
2. Жураев А.М. - Руководитель отделения детской ортопедии и травматологии РСНПМЦТО, д.м.н. проф.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И., начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Пользователи протокола по данной нозологии:

Ортопеды, рентгенологи, невропатологи, педиатры, врачи общей практики, физиотерапевты, реабилитологи, анестезиологи-реаниматологи, студенты медицинских вузов, ординаторы, магистры.

Категория пациентов в данной нозологии:

Больные с врожденными деформациями пальцев кистей

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств):

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
----------	---

ОГЛАВЛЕНИЕ:

1.	НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «СТЕНОЗИРУЮЩИЙ ЛИГАМЕНТИТ»	4-стр
2.	НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «СТЕНОЗИРУЮЩИЙ ЛИГАМЕНТИТ»	18-стр
3.	НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «СТЕНОЗИРУЮЩИЙ ЛИГАМЕНТИТ»	23-стр
4	НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО НОЗОЛОГИИ «СТЕНОЗИРУЮЩИЙ ЛИГАМЕНТИТ»	27-стр

Сокращения, используемые в протоколе:

МСКТ	мультиспиральная компьютерная томография
МРТ	магнитно-резонансная томография
УЗД	ультразвуковая диагностика
ЭКГ	электрокардиография
МРТ	магнитно-резонансная томография

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.

Стенозирующий лигаментит - полиэтилогичное заболевание сухожильно связочного аппарата кисти. Характеризуется оно ущемлением сухожилий сгибателей или разгибателей пальцев в просвете фиброзных каналов. Встречается у людей разных возрастных групп (чаще у женщин), всех пальцев кисти (в области кольцевидных связок чаще 1-го, реже 3 и 4-ых, крайне редко 2 и 5-х пальцах) на разных уровнях.

У взрослых обычно связано с профессиональной деятельностью, использующей преимущественно ручной труд или страдающими системными заболеваниями. Наиболее распространен острый или хронический тендосиновит отводящей мышцы первого пальца и сухожилия короткого разгибателя первого пальца (болезнь де Кюर्वена (de Quervain)). Констатируют заболевание тестом Мукарда (test Muckard — возникновение боли в шиловидном отростке лучевой кости при отведении кисти в локтевую сторону с выпрямленными пальцами и приведенным первым пальцем и тестом Финкельштейна (test Finkelstein — боль и крепитация над шиловидным отростком лучевой кости при отведении кисти в локтевую сторону с зажатым первым пальцем длинными пальцами).

Для дифференциальной диагностики с остеоартрозом первого запястно-пястного сустава необходима рентгенография. Безусловно, стенозы сухожилий возможны и в других областях.

У детей стенозирующий лигаментит родители замечают в возрасте 1-3 лет. Наиболее часто поражается сухожильно-связочный аппарат именно первого (большого) пальца, хотя ущемление сухожилий сгибателей возможно и у трехфаланговых пальцев (2-3-4-5-ых).

Анатомия. У основания первого пальца кисти проекция первого пястно-фалангового сустава ладонная фасция утолщается, образуя кольцевидную связку (*pars cruciformis vaginae fibrosae*). Назначение этой кольцевидной связки задавать направление скольжения сухожилия длинного сгибателя первого пальца.

Патологическая анатомия. Объясняют возникновение у детей стенозирующего лигаментита более быстрым ростом диаметра сухожилия сгибателя пальца по отношению к просвету кольцевидной связки. В результате возникнет своеобразный конфликт между сухожилием и связкой, характеризующийся неспецифическим хроническим воспалением с последующими дегенеративными изменениями сухожильно-связочного аппарата этой области.

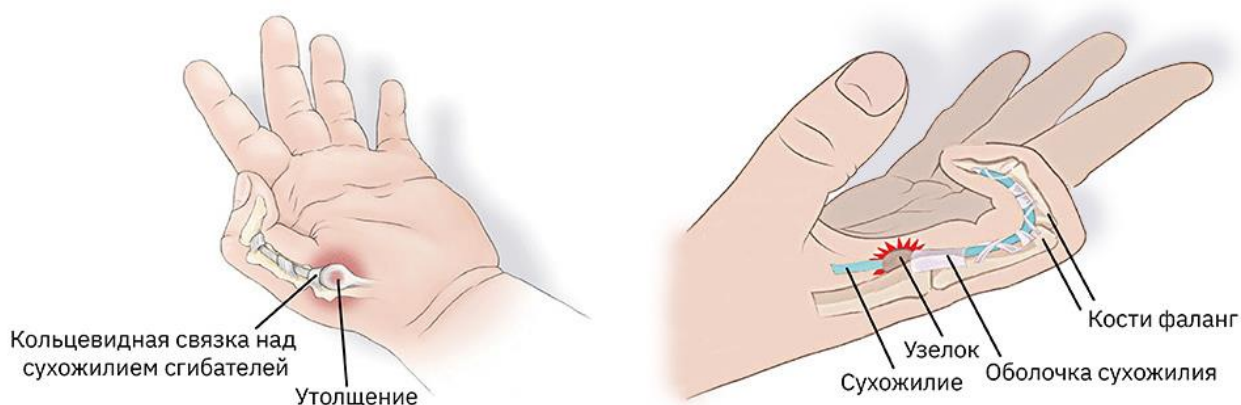
Родители ребенка замечают затрудненное разгибание первого пальца, сопровождающимся своеобразным «щелчком» в момент проскальзывания утолщения сухожилия длинного сгибателя через просвет кольцевидной связки или невозможность разогнуть первый палец полностью. Также особенно внимательные родители могут заметить непосредственно у основания первого пальца утолщение, размером с горошину, характерное для стенозирующего лигаментита первого пальца.

При отсутствии лечения развивается сгибательная контрактура (стойкое вынужденное положение сгибания в межфаланговом суставе) первого пальца. При установке диагноза лечение необходимо выполнить в течении нескольких недель или месяцев.

2. Классификация

Стенозирующий лигаментит имеет фазное лечение. Различают 3 фазы, которые отражают степень тяжести патологического процесса.

С учетом топики заболевания различают стенозирующий лигаментит большого пальца, среднего пальца, указательного пальца, безымянного пальца и мизинца.



3. Методы, подходы и процедуры диагностики

3.1. Диагностические критерии:

Диагноз ставится на основании жалоб, внешнего осмотра, инструментальных методов обследования, описанных в руководствах по ортопедии (Ортопедия.Национальное руководство.Доп.и пер.,2014).

Жалобы:

В остром периоде заболевание проявляется следующими симптомами:

- локальная болезненность;
- местная отечность мягкотканых структур;
- уменьшение амплитуды активных и пассивных движений;
- хруст, выявляемый при пальпации.

В остром периоде местная температура в области пораженного пальца кисти руки может повышаться. Однако при длительном течении патологического процесса происходит нарушение локального кровотока, что сопровождается снижением местной температуры. При наличии подобных симптомов для верификации диагноза проводится ультразвуковое сканирование.

Анамнез:

Необходимо выяснить семейный анамнез, время обнаружения аномалий (во внутриутробном периоде или после родов), какие диагностические и лечебные мероприятия проведены с момента выявления деформации.

Физикальное обследование:

Физикальное обследование пациента должно включать:

- общее развитие соответственно возрасту;
- общий осмотр с целью выявления сопутствующих аномалий других сегментов тела;
- осмотр кисти с определением локализации и формы аномалий, а также оценку состояния кожных покровов с ладонной и тыльной стороны;
- определения объема движений пальцев и оценки функции кисти в целом;
- клинического обследования на предмет возможных сосудисто-нервных нарушений.

Диагностика стенозирующего лигаментита

Диагностика стенозирующего лигаментита базируется на анализе жалоб и данных объективного обследования. Для подтверждения диагноза проводится ультразвуковое сканирование.

Выделяют 3 фазы болезни Нотта:

- Первая фаза. Появляются болевые ощущения при надавливании со стороны ладони на область соединения первой фаланги с пястной костью. Периодически возникают трудности при максимальном сгибании и разгибании пальца. Особенно выражены эти затруднения в утренние часы. Через некоторое время во время сгибания происходит защелкивание пальца, которое сопровождается интенсивной болью (она вскоре проходит). Для того, чтобы вернуть палец в исходное состояние, требуется приложить силу. Когда палец принимает правильное положение, ощущается щелчок и появляется кратковременная боль. По мере прогрессирования патологического процесса защелкивание происходит все чаще. В среднем через полгода заболевание переходит в следующую фазу.
- Вторая фаза. Защелкивание случается все чаще, при этом болевой синдром становится более продолжительным (может сохраняться от получаса до 1 часа). Для устранения защелкивания требуется помощь контралатеральной руки. При

пальпации определяется локальное уплотнение размером около 5-7 мм, которое болезненно при пальпации. На этом этапе страдает трудоспособность.

- Третья фаза. Стенозирующий лигаментит сопровождается развитием стойкой контрактуры, для устранения которой требуется приложить значительные усилия второй руки (иногда контрактура вовсе не устраняется). Боль беспокоит продолжительное время и распространяется вверх по руке. При пальпации узелка всегда определяется отчетливая интенсивная боль. Трудоспособность резко ограничена.

Лабораторные исследования.

Не является информативным методом для данного вида патологии. Применяется в рамках стандартного предоперационного обследования.

Инструментальные исследования.

Основные инструментальные исследования:

- Рентгенография обеих кистей в прямой и боковой проекциях.

Дополнительные инструментальные исследования:

-МРТ верхних конечностей

На МРТ исследуют состояние сухожильно-связочного аппарата пальцев.

Показания для консультации специалистов:

Генетика – при семейных формах аномалий.

3.3. Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Дифференциальная диагностика проводится с целью выявления возможного генетического синдрома, симптомом которого является лигаментит. При подозрении на наличие генетического синдрома необходимо проведение генетических исследований.

4. Тактика лечения на амбулаторном уровне:

Лечение щелкающего пальца

Согласно клиническим рекомендациям, лечение щелкающего пальца начинается с консервативных мероприятий. При их неэффективности проводится хирургическое вмешательство.

Консервативное лечение

Общими принципами консервативного лечения являются:

- обеспечение функционального покоя и исключение нагрузки на кисть (при выраженном воспалении рекомендуется полностью не шевелить пораженными пальцами);
- прием нестероидных противовоспалительных препаратов и их местное нанесение;
- локальные инъекции кортикостероидных препаратов (применяются при выраженном воспалении);
- физиопроцедуры, которые показаны после стихания острой стадии воспалительного процесса (магнитотерапия, лазерная терапия);
- витаминотерапия.

В остром периоде лечебные мероприятия направлены на расслабление пораженных структур. После стихания воспалительного процесса проводится умеренное растяжение вовлеченных тканей. На завершающем этапе показано поэтапное восстановление мышечной силы. Упражнения лечебной физкультуры подбирает специалист ЛФК.

Хирургическое вмешательство:

Если консервативное лечение не приносит желаемого результата, и болевой синдром сохраняется, то проводится операция при щелкающем пальце. Оно заключается в рассечении пораженных связок, которое выполняется открытым или закрытым способом.

Основными принципами хирургического лечения полидактилии являются следующие:

- возрастные показания определяются вариантом деформации и предполагаемым вмешательством;
- в ситуации, требующей ликвидации сопутствующей деформации основного пальца, лечение целесообразно проводить с возраста 1 года.
- одномоментная коррекция всех компонентов имеющейся патологии; использование, при необходимости, любого из вариантов сухожильной пластики.

Противопоказания к операции:

- анемия тяжелой степени
- некомпенсированные соматические заболевания
- эпилепсия
- кахексия

Дооперационное лабораторное обследование:

- общий анализ крови
- общий анализ мочи
- биохимический анализ крови
- коагулограмма
- гепатит В Экспресс-метод
- гепатит С Экспресс-метод
- время свертывания крови
- исследование крови на RW.
- ЭКГ

Консультация специалистов: педиатра, терапевта, анестезиолога и других специалистов по показаниям.

Анестезиологическое обеспечение.

Больной осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом после проведенного лабораторного и функционального обследования. По показаниям согласовывается проведение дополнительного обследования, консультирования смежными специалистами, выполнение подготовительных лечебных мероприятий. При наличии анемии необходима плановая коррекция уровня гемоглобина.

Рекомендуемым видом анестезии у детей является внутривенный наркоз, у взрослых – проводниковая и спинальная анестезия.

Предоперационная подготовка больного.

Опорожнение кишечника и санация кожи области разрезов проводится по общепринятой в хирургии методике.

За 2 часа до начала операции, для предупреждения инфекционных осложнений со стороны легких и операционных ран, назначается одно из антибактериальных средств широкого спектра в пределах возрастных доз.

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение болезни Нотта у детей проводить целесообразно в возрасте от 1.5 лет. Хирургические методики лечения разделяются на так называемые открытые и закрытые. При закрытой методике производится кожный прокол и «слепое» рассечение кольцевидной связки. Проведение данного вмешательства достаточно популярно у взрослых и часто дает хорошие результаты. В детском возрасте существуют риски повреждения сосудисто-нервного пучка при закрытом рассечении связки, а также большее количество рецидивов в сравнении с открытой методикой лечения. Открытое вмешательство производится через небольшой разрез кожи в области кольцевидной связки. Далее производится пластика кольцевидной связки. При наличии утолщения сухожилия сгибателя необходимо обязательно проводить его клиновидное иссечение с целью восстановления нормальных параллельных границ. Данная методика приводит к восстановлению нормальной ширины сухожилия, что значительно снижает риск рецидива заболевания (при проведении закрытой методики данная манипуляция не может быть выполнена технически).

4.4. Дальнейшее ведение:

Послеоперационный лабораторный мониторинг.

Общий анализ крови (в последующем - по показаниям).

Биохимическое исследование крови (по показаниям).

Рентгенография сегмента в двух проекциях (переднезадняя и боковая) для объективной оценки полученного послеоперационного результата.

Послеоперационное медикаментозное обеспечение.

Для предупреждения инфекционных осложнений со стороны операционных ран назначаются антибиотики широкого спектра действия не менее 3-х дней (доза в зависимости от массы тела и состояния пациента). Опиаты, анальгетические и

нестероидные противовоспалительные средства назначаются с учетом выраженности болевого синдрома.

После выполненного оперативного вмешательства повязку накладывают таким образом, чтобы в первые сутки был возможен контроль за кровообращением в дистальных отделах пальцев. Первая перевязка осуществляется на следующий день после операции для контроля состояния тканей и развития отека. Перевязки осуществляют раз в три-четыре дня при спокойном течении послеоперационных ран.

Больной выписывается из хирургического стационара с рекомендациями:

наблюдение за состоянием периферического кровообращения в послеоперационном периоде, иммобилизация сегмента конечности, упражнения для разработки движений в суставах конечностей, наблюдение у травматолога по месту жительства.

Реабилитация

Накладывают асептическую повязку и временную иммобилизацию (лейкопластырную повязку, термопластиковый ортез или гипсовый лонгет). С 7 суток начинают проведение разработки пассивных движений в суставах пальца. На 14 сутки снимают послеоперационные швы и временную иммобилизацию. Продолжают ранее начатую разработку пассивных и начинают проведение активных движений в пальцах кисти. После снятия швов восстановительное лечение занимает до 2-3 недель. Данное лечение включает в себя разработку движений в суставах пальцев кисти, физиотерапевтические методики (направленные на снижение образования рубцовой ткани). Проведение восстановительного лечения обязательно, особенно при длительно существующем заболевании. Раннее выявление и профессиональный подход к данной проблеме – это залог успешного лечения и нормальных мануальных способностей Вашего ребенка.

Сопровождение пациента на амбулаторном уровне

Больному рекомендуется прибыть на контроль через 2 недели после проведенного оперативного вмешательства. При этом оценивается клинический статус, состояние мягких тканей прооперированного сегмента, объем движений в суставах, выполнение предыдущих рекомендаций, а также мнение и возможные жалобы самого больного. При отсутствии каких-либо осложнений рекомендуется выполнять предыдущие указания, следующий контрольный осмотр назначается в течении 3, 6 месяцев и 1 года после оперативного лечения. После осмотра больному в письменном виде даются рекомендации по реабилитации и восстановительному лечению в амбулаторных условиях. Контроль за объемом и своевременным выполнением рекомендаций проводится со стороны районного ортопеда и врача семейной поликлиники.

Индикаторы эффективности лечения:

Хороший результат – достигнуто восстановление анатомического и функционального состояния, восстановление или сохранение амплитуды движений в суставе, достигнут эстетический результат.

Удовлетворительный результат – достигнуто полное или частичное восстановление анатомического и функционального состояния, достигнуто восстановление или

сохранение амплитуды движений в суставе, возможно наличие ограничение движений или контрактуры, эстетический результат удовлетворительный.

Неудовлетворительный результат – не достигнуто восстановление анатомического и функционального состояния, ограничение амплитуды движений в суставе, контрактура, анкилоз, некроз пальца, плохой эстетический результат.

Пересмотр протокола через 3 года после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

5. Показания для госпитализации с учетом видов оказания медицинской помощи:

5.1 Показания для плановой госпитализации:

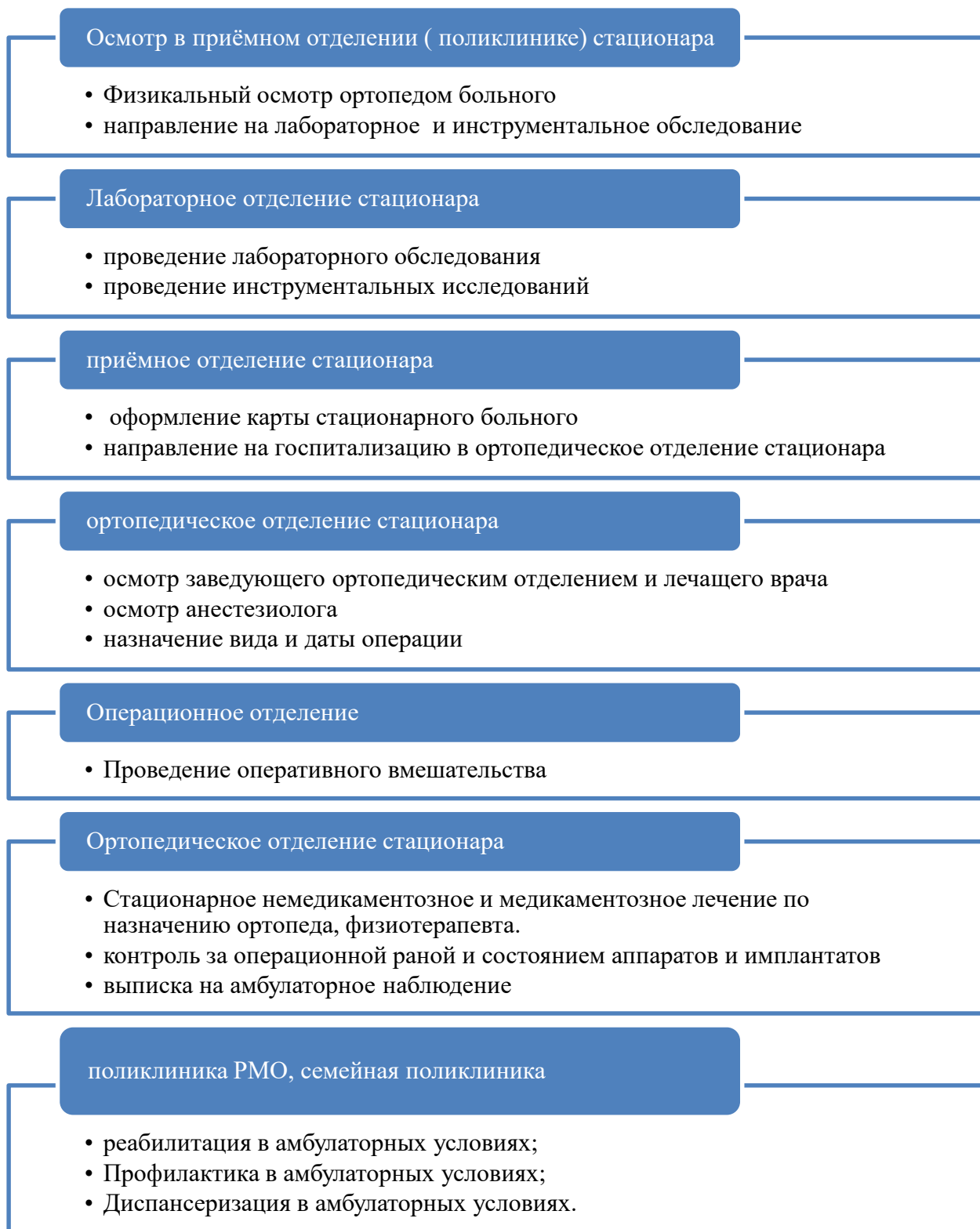
Наличие врожденных аномалий кисти, косметический и функциональный дефект.

5.2 Показания для экстренной госпитализации:

Показания для экстренной госпитализации - нет.

6. Тактика лечения на стационарном уровне:

6.1. Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента:



**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО
НОЗОЛОГИИ «СТЕНОЗИРУЮЩИЙ ЛИГАМЕНТИТ»**

Ташкент - 2025

1. Основная часть

Введение

Термин "стенозирующий лигаментит" от латинских слов: Stenosis — стеноз, сужение; Ligamentum — связка; -it — окончание, означающее воспаление)

В 1850 году французский врач Альфонс Нотта (Alphonse Notta) в своем докладе представил 4х взрослых людей с ущемлением сухожилий кисти в фиброзных каналах.

Определение

Это заболевание сухожильно-связочного аппарата кисти, которое приводит к нарушению двигательной функции пальца, характеризуется типичным «защелкиванием» пальца или пальцев при максимальном сгибании в кулак, ограничением движений, болью у основания пальцев при надавливании, утренней скованностью движений в кисти.

Сухожилие — это компактные параллельные пучки коллагеновых волокон. Сухожилие сгибателя для организации плавных и функциональных движений находится в специальном «скользящем» канале, жёсткость которого в области каждого сустава создают кольцевидные связки. При стенозирующем лигаментите пальца участок сухожилия по разным причинам повреждается (образуется булавовидное или веретенообразное расширение), а его канал (кольцевидная связка), наоборот, при травматизации этим участком поврежденного сухожилия становится более утолщённым и жестким. Это создает преграды для того, чтобы пальчик нормально двигался, и приводит к затруднению при разгибании пальца. Палец оказывается в «ловушке» в согнутом положении и пациент часто не может самостоятельно без усилия разогнуть его, так как размеры дефекта сухожилия не соответствуют размеру канала кольцевидной связки. Со временем сгибание и разгибание начинает сопровождаться не только щелчком, но и болью. При дальнейшем течении заболевания формируется сгибательная контрактура пальца (пальчик постоянно находится в согнутом положении).

Классификация:

Классификация:

Стенозирующий лигаментит имеет фазное лечение. Различают 3 фазы, которые отражают степень тяжести патологического процесса.

С учетом топики заболевания различают стенозирующий лигаментит большого пальца, среднего пальца, указательного пальца, безымянного пальца и мизинца.

3. Методы, подходы и процедуры лечения

3.1. Цель проведения процедуры или вмешательства:

- Устранение деформаций пальцев

3.2. Противопоказания к процедуре или вмешательству:

- дети младше 12 месяцев
- наличие дерматологических заболеваний, ран и потертостей на коже кистей.

3.3. Показания к процедуре или вмешательству:

- лигаментит пальцев кистей.

3.4 Требования к специалисту, проводящему процедуру или вмешательство:

Травматолог-ортопед, имеющий квалификационную категорию и опыт участия в проведении данной операции в качестве оператора или первого ассистента.

3.5 Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий в подготовке к операции:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- анализ крови на группу и резус-фактор;
- коагулограмма
- биохимическое исследование крови
- исследование крови на RW;
- ЭКГ.

Консультация специалистов: педиатра, терапевта, анестезиолога, невролога и других специалистов по показаниям.

3.6 Требования к проведению процедуры или вмешательства:

Наличие операционной, оборудованной по требованию утвержденных СанПиНов, соблюдением мер асептики и антисептики, анестезиолого-реанимационной бригады.

Оснащение: операционный стол, операционная лампа, электрокоагулятор, малые хирургические и травматологические наборы, стерильное белье, стерильные перевязочные материалы, одноразовые расходные материалы.

Анестезиологические и антисептические медикаменты.

3.7 Требования к подготовке пациента:

Больной осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом после проведенного лабораторного и функционального обследования. По показаниям согласовывается проведение дополнительного обследования, консультирования смежными специалистами, выполнение подготовительных лечебных мероприятий. При наличии анемии необходима плановая коррекция уровня гемоглобина.

Рекомендуемым видом анестезии у детей является внутривенный наркоз, у взрослых – проводниковая анестезия. Предоперационная подготовка больного.

Предоперационная подготовка больного.

Опорожнение кишечника и санация кожи области разрезов проводится по общепринятой в хирургии методике.

За 2 часа до начала операции, для предупреждения инфекционных осложнений со стороны легких и операционных ран, назначается одно из антибактериальных средств широкого спектра в пределах возрастных доз.

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение болезни Нотта у детей проводить целесообразно в возрасте от 1.5 лет. Хирургические методики лечения разделяются на так называемые открытые и закрытые. При закрытой методике производится кожный прокол и «слепое» рассечение кольцевидной связки. Проведение данного вмешательства достаточно популярно у взрослых и часто дает хорошие результаты. В детском возрасте существуют риски повреждения сосудисто-нервного пучка при закрытом рассечении связки, а также большее количество рецидивов в сравнении с открытой методикой лечения. Открытое вмешательство производится через небольшой разрез кожи в области кольцевидной связки. Далее производится пластика кольцевидной связки. При наличии утолщения сухожилия сгибателя необходимо обязательно проводить его клиновидное иссечение с целью восстановления нормальных параллельных границ. Данная методика приводит к восстановлению нормальной ширины сухожилия, что значительно снижает риск рецидива заболевания (при проведении закрытой методики данная манипуляция не может быть выполнена технически).

Оперативное лечение высокоэффективно и крайне редко приводит к рецидивам. Оперативный доступ выполняют по ладонной поперечной складке. Идентифицируют ладонные сосудисто-нервные пучки и измененную кольцевидную связку дистальнее утолщения сухожилия длинного сгибателя первого пальца. Связку или рассекают или иссекают ее центральную часть на треть диаметра. После чего сухожилие длинного сгибателя получает возможность свободного скольжения в своем канале. Зачастую требуется иссечение веретенообразного утолщения сухожилия длинного сгибателя первого пальца. При наличии шовного материала возможно наложение швов на кожу синтетической нитью 5/0.



3.8. Индикаторы эффективности лечения:

Хороший результат – достигнуто полное исправление деформаций верхних конечностей и восстановление функции суставов

Удовлетворительный результат – достигнуто частичное исправление деформаций верхних конечностей, восстановление функции суставов

Неудовлетворительный результат – деформация не устранена, наличие рецидива и осложнений.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ПРОФИЛАКТИКИ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И
РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ
“СТЕНОЗИРУЮЩИЙ ЛИГАМЕНТИТ”**

Ташкент - 2025

1. Основная часть.

Введение:

Стенозирующий лигаментит - полиэтилогичное заболевание сухожильно связочного аппарата кисти. Характеризуется оно ущемлением сухожилий сгибателей или разгибателей пальцев в просвете фиброзных каналов. Встречается у людей разных возрастных групп (чаще у женщин), всех пальцев кисти (в области кольцевидных связок чаще 1-го, реже 3 и 4-ых, крайне редко 2 и 5-х пальцах) на разных уровнях.

2. Виды профилактики или реабилитации:

Профилактика стенозирующего лигаментита должна проводиться у пациентов из группы риска, которые имеют соответствующие профессиональные вредности. Во время работы рекомендуется выполнять разминку для рук, которая поможет улучшить функциональное состояние структур кисти.

Вторичная профилактика врожденных деформаций пальцев кистей – возможно более ранняя диагностика и своевременное оперативное лечение.

Третичная профилактика – предупреждение развития осложнений в процессе консервативного и оперативного лечения.

Принципы проведения общественных профилактических мероприятий и индивидуальной профилактики:

Общественная профилактика заключается в проведении санитарно-просветительских работ среди населения с информированием о причинах развития и мерах предупреждения развития врожденных деформаций пальцев.

Индивидуальная профилактика заключается в организации раннего осмотра новорожденного детским ортопедом.

3.1. Методы и процедуры профилактики:

Цель профилактики:

Предупреждение развития врожденных деформаций пальцев кистей.

Основное правило профилактики врожденных деформаций проведение санитарно-просветительских работ среди населения об устранении возможных причин возникновения врожденных деформаций т.к. родственные браки, злоупотребление вредными привычками во время беременности и т.д.

1-я профилактика

Первичная профилактика заключается в широком информировании населения о причинах и мерах предотвращения развития врожденных деформаций пальцев кистей. Информационный материал готовится специалистами травматологами-ортопедами.

Скрининговые исследования для профилактики врожденных деформаций пальцев проводятся в специальных скрининг-центрах где все беременные женщины в обязательном порядке проходят обследования в каждом триместре беременности. Однако учитывая того, что наличие деформации пальцев, выявленной в пренатальном периоде не может быть показанием для прерывания беременности, все профилактические меры носят лишь рекомендательный характер.

2-я профилактика

Вторичная профилактика осуществляется травматологами-ортопедами в специализированных ортопедических отделений. Вторичная профилактика заключается в своевременном хирургическом устранении данной патологии.

3-я профилактика

Третичная профилактика нацелена на ограничение последствий уже имеющихся деформаций. Она предполагает меры реабилитации и восстановления пациента после лечения, а также контроль за ходом заболевания и возможное осложнения.

Третичная профилактика для пациентов в после операции:

Антибиотикотерапия для профилактики послеоперационных инфекционных осложнений. Проводится в стационаре в течение 3-5 дней.

Регулярное ношение рациональной обуви и соблюдение своевременного выполнения назначений врача в послеоперационном периоде (физиотерапия, массаж, ЛФК). Контроль за проведением третичной профилактики осуществляет врач травматолог-ортопед РМО. Мероприятия проводятся до окончания восстановительного лечения в течение года после операции.

3.2. Методы и процедуры реабилитации:

Цель реабилитации:

- устранение лигаментита, восстановление функции верхних конечностей;
- предупреждение, ранняя диагностика и лечение послеоперационных осложнений;
- улучшение качества жизни пациентов;
- социальная интеграция пациента в общество.

4. Показания к проведению 3-х видов профилактики и к реабилитации:

Пациенты с полидактилией кисти с момента диагностики, оперативного лечения и послеоперационного восстановления

5.1 Критерии для определения проведения видов профилактики:

Наличие врожденных аномалий кисти.

5.2 Критерии для определения этапа и объема реабилитационных процедур:

Критериями для проведения реабилитации являются возраст больного, степень тяжести деформации кистей, наличие соответствующих медицинских учреждений и специалистов, доступность реабилитационных ресурсов для больного.

6. Этапы и объемы реабилитации:

1 – этап: ранняя диагностика врожденных аномалий кисти у новорожденных (родильное учреждение, центральная районная поликлиника).

2 – этап: первичное обследование и установка диагноза (центральная районная поликлиника, ортопедические отделения областных детских центров)

3 – этап: своевременное оперативное лечение (ортопедические отделения областных и республиканских специализированных клиник)

4 – этап: регулярное наблюдение за пациентами для предупреждения осложнений (центральная районная поликлиника).

Реабилитация при болезни Нотта включает в себя следующие направления:

- лечебная физкультура;
- массаж, направленный на разработку сустава;
- электрофорез с рассасывающими препаратами;
- лечебные ванны с минеральными компонентами.

7. Диагностические мероприятия с указанием уровня медицинской профилактики или реабилитации:

- 1) основные диагностические мероприятия: клинический осмотр, рентгенография
- 2) дополнительные диагностические мероприятия: МРТ.

8. Тактика медицинской профилактики или реабилитации с указанием уровня:

- 1) основные профилактические или реабилитационные мероприятия

Своевременная диагностика и направление к ортопеду.

Оперативное лечение.

- 2) дополнительные профилактические и реабилитационные мероприятия

Периодический профилактический осмотр ортопедов после оперативного лечения.

9. Индикаторы эффективности профилактических и реабилитационных мероприятий:

- восстановление формы кисти;
- улучшение функции кисти;
- улучшение объема движений в суставах;
- устранение косметических дефектов;
- улучшение качества жизни.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО НОЗОЛОГИИ
“СТЕНОЗИРУЮЩИЙ ЛИГАМЕНТИТ”**

Ташкент – 2025

Хирургическое лечение болезни Нотта у детей проводить целесообразно в возрасте от 1.5 лет. Хирургические методики лечения разделяются на так называемые открытые и закрытые. При закрытой методике производится кожный прокол и «слепое» рассечение кольцевидной связки. Проведение данного вмешательства достаточно популярно у взрослых и часто дает хорошие результаты. В детском возрасте существуют риски повреждения сосудисто-нервного пучка при закрытом рассечении связки, а также большее количество рецидивов в сравнении с открытой методикой лечения. Открытое вмешательство производится через небольшой разрез кожи в области кольцевидной связки. Далее производится пластика кольцевидной связки. При наличии утолщения сухожилия сгибателя необходимо обязательно проводить его клиновидное иссечение с целью восстановления нормальных параллельных границ. Данная методика приводит к восстановлению нормальной ширины сухожилия, что значительно снижает риск рецидива заболевания (при проведении закрытой методики данная манипуляция не может быть выполнена технически).

Оперативное лечение высокоэффективно и крайне редко приводит к рецидивам. Оперативный доступ выполняют по ладонной поперечной складке. Идентифицируют ладонные сосудисто-нервные пучки и измененную кольцевидную связку дистальнее утолщения сухожилия длинного сгибателя первого пальца. Связку или рассекают или иссекают ее центральную часть на треть диаметра. После чего сухожилие длинного сгибателя получает возможность свободного скольжения в своем канале. Зачастую требуется иссечение веретенообразного утолщения сухожилия длинного сгибателя первого пальца. При наличии шовного материала возможно наложение швов на кожу синтетической нитью 5\0.



ЛИТЕРАТУРЫ

1. Tonkin MA, Tolerton SK, Quick TJ, et al. Classification of congenital anomalies of the hand and upper limb: development and assessment of a new system. *J Hand Surg Am.* 2013;38(9):1845-1853.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23684520/>
2. Sheffler LC, Hanley C, Bagley A, Molitor F, James MA. Comparison of self-reports and parent proxy-reports of function and quality of life of children with below-the-elbow deficiency. *J Bone Joint Surg Am.* 2009;91(12):2852-2859.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19952247/>
3. Solia E, Panagouli E, Angelis S, et al. Variations of Ulnar Nerve in the Forearm and Hand: A Review of the Literature and Clinical Significance. *J Long Term Eff Med Implants.* 2022;32(1):45-59. doi: 10.1615/JLongTermEffMedImplants.2021039908.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35377993/>
4. Corder BN, Benedict KC, Walker ME. Gaining the Upper Hand: Understanding the Causes and Repercussions of Delayed Presentation of Congenital Hand Anomalies. *Eplasty.* 2023;23:e30.
<https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/eplasty/case-report/gaining-upper-hand-understanding-causes-and-repercussions-delayed>
5. Goodell PB, Bauer AS, Oishi S, et al. Functional Assessment of Children and Adolescents with Symbrachydactyly: A Unilateral Hand Malformation. *J Bone Joint Surg Am.* 2017;99(13):1119-1128. doi: 10.2106/JBJS.16.01283
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28678125/>
6. Wang B, Tian X, Hu Y. Treatment of Common Congenital Hand Conditions. *Clin Plast Surg.* 2019;46(3):489-503. doi: 10.1016/j.cps.2019.03.009.
<https://rs.yiiigle.com/CN421158202205/1377768.htm>

7. Shah A, Bohn DC, Van Heest AE, Hu CH. Congenital Upper-Limb Differences: A 6-Year Literature Review. *J Bone Joint Surg Am.* 2023;105(19):1537-1549. doi: 10.2106/JBJS.22.01323.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37624908/>
8. Andersson GB, Gillberg C, Fernell E, Johansson M, Nachemson A. Children with surgically corrected hand deformities and upper limb deficiencies: self-concept and psychological well-being. *J Hand Surg Eur Vol.* 2011;36(9):795-801.
https://www.researchgate.net/publication/51451202_Children_with_surgically_corrected_hand_deformities_and_upper_limb_deficiencies_Self-concept_and_psychological_well-being
9. Pino PA, Zlotolow DA, Kozin SH. What 's New in Congenital Hand Surgery. *J Pediatr Orthop.* 2020;40(8):e753-e760. doi: 10.1097/BPO.0000000000001629.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32658157/>
10. Ferrari BR, Werker PMN. A cross-sectional study of long-term satisfaction after surgery for congenital syndactyly: does skin grafting influence satisfaction? *J Hand Surg Eur Vol.* 2019;44(3):296-303. doi: 10.1177/1753193418808183.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385155/>
11. Goodell PB, Bauer AS, Sierra FJ, James MA. Symbrachydactyly. *Hand (N Y).* 2016;11(3):262-270. doi: 10.1177/1558944715614857.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1558944715614857>
12. Gaskin CM, Cahn SL, Bertozzi JC, Bunch PM. Skeletal development of the hand and wrist: a radiographic atlas and digital bone age companion. New York: Oxford University Press, Inc., 2011.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5393285/>