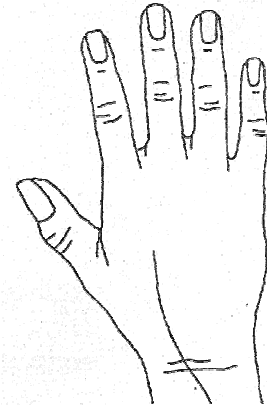


## **Totální náhrada zápěstí MEDIN Orthopaedics**

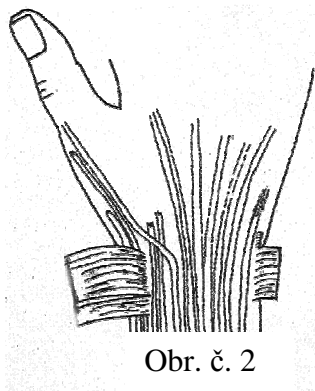
### Operační postup:

Operace je prováděna v celkové anestezii či v podpažním bloku, za užití pažního turniketu zaručujícího bezkreví. Volíme vždy klasický dorzální přístup k zápěstnímu kloubu. Operační řez vedeme od base II. metakarpu, proximálně ve střední ose zápěstí lehce esovitě zahnutý (obr. č. 1).



Obr. č. 1

Po odpreparování kůže a podkoží šetrně preparujeme retinaculum extensorum a odklopíme jej radiálně (obr. č. 2), či



Obr. č. 2

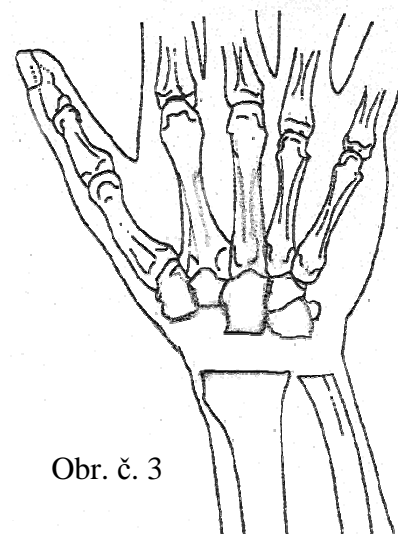
rozhrnujeme extensorové šlachy do stran a zakládáme elevatoria, discidujeme podélně nebo dvířkovitým řezem vlastní kloubní pouzdro a obnažujeme skelet. Získáváme nyní dostatečný přehled v operačním poli.

Vibrační pilou resekujeme distální část ulny v délce cca 2 cm a odstraňujeme caput ulnae. V případě potřeby provádíme eventuelní synovektomii v okolí pahýlu ulny, řeznou plochu zaslepujeme kostním voskem. Flektujeme karpus, zakládáme elevatorium pod dsit. část radia a příčně resekujeme facies

artikularis radii. V diafysární dutině radia vytváříme pomocí vrtáku a speciální rašple obdélníkový kanál určený pro radiální část endoprotézy, velikost kanálu určujeme pomocí šablon, vchod kotvícího kanálu pomocí zvláštní frézky miskovitě upravujeme pro ukotvení jamky.

Po určení velikosti dřívku pak kompletujeme originální komponentu a doražením ukončíme její zavádění tak, aby okraj kovové jamky jen nepatrně (1-2mm) přesahoval okraj resekované kosti.

V extensi zápěstí pak resekujeme proximální řadu karpálních kostí, odstraňujeme os scaphoidem, os lunatum a větší část triquetra. Z distální řady karpálních kostí resekujeme část caput osis capitati (obr. č. 3).



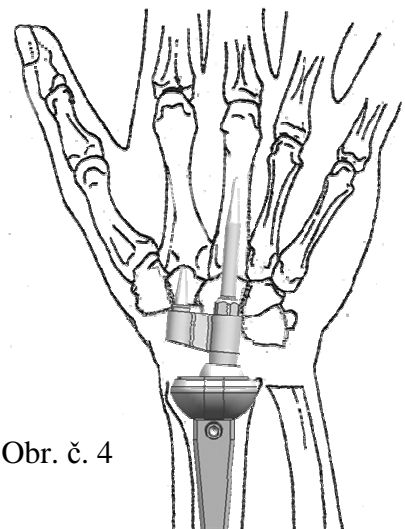
Obr. č. 3

Provádíme maximální flexi karpu, ozřejmujeme basi a začátek diafýzi III. metakarpu a slabým vrtákem vytváříme kanál vedoucí přes caput osiscapitati, přes basi III. metakarpu do jeho diafyzární dutiny. Tento kanál postupně rozšiřujeme, zkusíme pak sílu a délku metakarpálního dříku pomocí šablon. V další fázi operace aplikujeme šablonu určenou na příčnou zónu zkušební komponenty, která slouží jako vrtací pouzdro pro krátký kanál vytvářený pro antirotační trn v distální řadě karpálních kostí. Obvykle je třeba vytvořit zde ještě pro tuto příčnou zónu mezi karpálním dříkem a antirotačním trnem krátký zářez.

Odstraňujeme tahem celou zkušební karpální komponentu, kompletujeme originál sešroubováním karpálního dříku a antirotačního trnu s originální příčnou zónou, provádíme dotažení přiloženým klíčem. Originální komponentu zavádíme vidličkovitým doražečem do připravených kanálů tak, aby přiosťřená příčná zóna byla kryta co nejvíce kostí. Zde můžeme v případě potřeby užít drobnou spongioplastiku z resekovaných karpálních kostí.

Nyní aplikujeme zaklapnutím zámkovým mechanismem excentricky utvořenou plastovou vložku jamky, která jako jediná z celé náhrady je zvláštní pro pravou a levou stranu, na konický dřík karpální komponenty nasazujeme hlavici a extenzí karpu reponujeme do přímého postavení (Obr. č.4).

Suturujeme pouzdro kloubní, aplikujeme 1 Redonův dren. Pod šlachy extensorů transponujeme retinakulum, které fixujeme několika vstřebatelnými stehy v ulnární části. Stavíme krvácení, provádíme suturu podkoží a kůže, kterou šijeme pokračujícím adaptačním stehem. Doba aplikace turniketu by neměla přesáhnout 80 min. Přikládáme volární sádrovou dlahu od MCP kloubů do proximální třetiny předloktí v přímém postavení nebo jen v lehké extenzi karpu. Dlahu snímáme při převazech a ponecháváme 5 týdnů.



Obr. č. 4

V Praze dne 27.10.2006

Zpracoval : Doc. MUDr. Jan Pech, CSc.  
MUDr. David Veigl