



УКРАЇНА

(19) UA (11) 65575 (13) U  
(51) МПК  
A61B 17/56 (2006.01)ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕВІДНОВНИМ ПОШКОДЖЕННЯМ ФУНКЦІЇ ЗГИНАЧІВ ПЛЕЧА

1

2

(21) u201106073

(22) 16.05.2011

(24) 12.12.2011

(46) 12.12.2011, Бюл. № 23, 2011 р.

(72) БОРЗИХ ОЛЕКСАНДР ВОЛОДИМИРОВИЧ,  
БОРЗИХ НАТАЛЯ ОЛЕКСАНДРІВНА, ПОГОРІЛЯК  
АНДРІЙ ЙОСИПОВИЧ, ТРУФАНОВ ІГОР МИТРО-  
ФАНОВИЧ, ОПРИЩЕНКО ОЛЕКСАНДР ОЛЕКСА-  
НДРОВИЧ, СОЛОВІЙОВ ІГОР ОЛЕКСІЙОВИЧ(73) ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.ГОРЬКОГО(57) Спосіб лікування пацієнтів із невідновним по-  
шкодженням функції згиначів плеча, який включає  
переміщення та фіксацію клаптя найширшого м'я-  
за спини, який **відрізняється** тим, що виділяють  
виключно м'язовий клапоть, його проводять підш-  
кірно через невеликі розрізи та фіксують за допо-  
могою шовного матеріалу, що розсмоктується.

Спосіб належить до медицини, зокрема трав-  
матології та ортопедії.

Відомий спосіб лікування пацієнтів із невідно-  
вним пошкодженням функції згиначів плеча, який  
взято за прототип (1), полягає в наступному:

М'язово-шкірний клапоть найширшого м'яза  
спини виділяють разом із судинно-нервовим пуч-  
ком. Розріз роблять через пахвову ямку на перед-  
ню поверхню плеча і поширюють дистально на 5  
см нижче лінії ліктьовою згину. До м'язових кінців  
клаптя підшивають міцні лавсанові стрічки 4-5 мм  
завширшки. Потім навколо дзьобоподібного відро-  
стка лопатки виконують циркулярний канал, через  
який проводять лавсанову стрічку разом із сухо-  
жилком м'яза. З протилежного кінця лавсанову  
стрічку проводять навколо шийки променевої кіст-  
ки. Кінці лавсанової стрічки кріплять до м'яза при  
максимальному натягненні клаптя додатковими  
швами при зігнутій у ліктьовому суглобі до кута 90°  
руці. Підшивають шкірний клапоть до країв рани.  
Імобілізація здійснюється впродовж 6 тижнів.

Цей спосіб лікування має деякі недоліки, а са-  
ме: необхідність виконання великого розрізу шкіри  
на передній поверхні плеча для переміщення клап-  
тя найширшого м'яза спини, що в післяоперацій-  
ному періоді призводить до обмеження руху через  
формування значної кількості рубцевої тканини і  
розвитку шкірної форми контрактури; застосування  
штучного матеріалу, а саме лавсанової стрічки, і  
травматичний для м'яких тканин спосіб фіксації  
нею у значному відсотку випадків призводить до  
гнійних запалень, відторгнення чужорідного мате-  
ріалу і значного розростання сполучної тканини.

Це веде до збільшення термінів загоєння та відно-  
влення, обмеженню функції руки.

В основу корисної моделі поставлено задачу  
удосконалення способу лікування пацієнтів із не-  
відновним пошкодженням функції згиначів плеча, в  
якому забезпечується підвищення ефективності  
способу, поліпшення результатів лікування. Пос-  
тавлена задача досягається тим, що в способі  
лікування пацієнтів із невідновним пошкодженням  
функції згиначів плеча, що включає переміщення  
та фіксацію клаптя найширшого м'яза спини згідно  
з корисною моделлю, виділяють виключно м'язо-  
вий клапоть, його проводять підшкірно через не-  
великі розрізи та фіксують за допомогою шовного  
матеріалу, що розсмоктується.

Спосіб пояснюється рисунками. На фіг. 1 зо-  
бражено виділення клаптя найширшого м'яза спи-  
ни, фіг. 2 показує розрізи на поверхні плеча, необ-  
хідні для проведення клаптя.

Спосіб здійснюється наступним чином: роб-  
лять розріз від пахвової області вздовж найшир-  
шого м'яза спини. Виділяють торакодорзальний  
судинно-нервовий пучок та м'язовий клапоть най-  
ширшого м'яза спини (фіг. 1) довжиною, яка відпо-  
відає відстані між дзьобоподібним відростком ло-  
патки та ліктьовим згином мінус 2-3 см, його  
мобілізують, сухожилок відсікають від місця кріп-  
лення до плечової кістки. По передній поверхні  
плеча виконують розрізи по лініях натягу шкіри  
людини, проксимальний на 1 см нижче краю вели-  
кого грудного м'язу, дистальний на 2-4 см вище  
ліктьового згину (враховуючи довжину клаптя)  
(фіг. 2), і утворюють тунель над фасцією плеча.  
Клапоть найширшого м'яза спини проводять підш-

(19) UA (11) 65575 (13) U

кірно і фіксують дистально до сухожилка і апоневрозу біцепса, проксимально до довгої головки біцепса нитками, що розсмоктуються, при зігнутій в ліктьовому суглобі до кута 90° руці. На шкіру накладають шви.

#### Приклад

Пацієнт Т. 19 р., історія хвороби № 70445, був прийнятий до відділення з діагнозом: посттравматична плексопатія зліва. Плегія м'язів згиначів плеча зліва. Травма сталася за 10 місяців до звернення у стаціонар. Планово пацієнта взято в операційну, де виконано переміщення клаптя найширшого м'яза спини в позицію згиначів плеча ліворуч. На шкіру накладено шви, пов'язку, здійснено іммобілізацію. Шкіряні шви знято на 14 добу, іммобілізацію припинено за 4 тижні. Після фізіо-

функціонального лікування впродовж 2 місяців отримано задовільний результат.

Перевагами такого способу лікування пацієнтів із невідновним пошкодженням функції згиначів плеча є:

- уникнення грубих післяопераційних рубців та розвитку контрактури суглобів;
- зниження відсотку ускладнень завдяки менш травматичному для м'яких тканин способу фіксації та відсутності у рані штучного матеріалу, що не розсмоктується;
- зменшення термінів лікування в середньому на 2 тижні.

Джерело інформації, прийняте до уваги:

Белоусов А.Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия. - СПб: Гиппократ, 1998. - С. 484-485.



Fig. 1

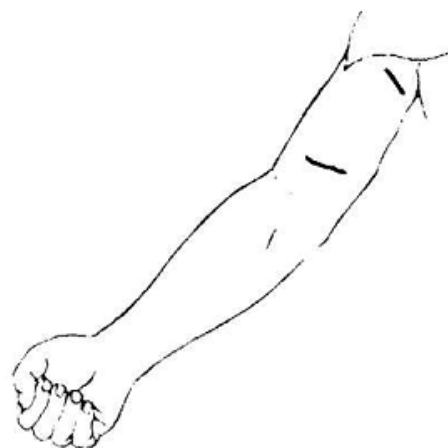


Fig. 2