



УКРАЇНА

(19) UA (11) 13920 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПУ ДО ПІДОШОВНОГО АПОНЕВРОЗУ ПРИ ТРАНСМЕТАТАРЗАЛЬНІЙ АМПУТАЦІЇ СТОПИ

1

2

(21) u200510770

(22) 14.11.2005

(24) 17.04.2006

(46) 17.04.2006, Бюл. № 4, 2006 р.

(72) Балацький Євген Романович, Іващенко Володимир Васильович, Колкін Ян Григорович, Іващенко Андрій Володимирович, Ковальчук Василь Степанович, Журавльова Юлія Іванівна

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб оперативного доступу до підшовного апоневрозу при трансметатарзальній ампутації стопи, що включає поперечний розріз стопи на рівні ампутації і подовжній серединний розріз по підшовній поверхні стопи, який **відрізняється** тим, що додатково виконують бічні поздовжні розрізи по латеральній і медіальній поверхнях стопи, а серединний здійснюють тільки в проекції п'яtkового бугра в місці кріплення підшовного апоневрозу до п'яtkової кістки.

Запропонований спосіб відноситься до області медицини, а саме до хірургії і може бути використаний для доступу до підшовного апоневрозу при ампутації стопи у випадках залучення його в гнійно-некротичний процес. Найчастіше така необхідність виникає при синдромі діабетичної стопи з гангrenoю дистального відділу стопи і глибокою флегмоною, що супроводжується гнійним фасциїтом підшовного апоневрозу. У цих випадках для сприятливого загоєння рани кукси стопи необхідно радикально висікати підшовний апоневроз.

Як прототип ми взяли відомий спосіб доступу до підшовного апоневрозу [1]. Спосіб полягає в поперечному циркулярному відсіканні стопи через кістки плесни під час ампутації, а для доступу до підшовного апоневрозу проводиться довгий подовжній серединний підшовний розріз через всю куксу до п'яtkової кістки. Після ампутації і розведення країв рани підшовний апоневроз відтинається від п'яtkової кістки. Недоліками даного способу є:

- проведення подовжнього серединного розрізу через всю підшву, що значно збільшує площу рани по опорній поверхні стопи. По суті, необхідність такого розрізу зводиться до відсікання апоневрозу від п'яtkового бугра, оскільки інші місця фіксації відтинаються разом з частиною стопи, що видаляється;

- при проведенні поздовжнього розрізу через усю підшву існує високий ризик ушкодження підшовної артеріальної дуги з наступним порушен-

ням загоєння;

- після зашивання рани кукси двома частинами по підшовній поверхні надійність опори на стопу знижується, підвищується ризик формування трофічної виразки по лінії серединного розрізу.

В основу корисної моделі поставлена задача створення способу оперативного доступу до підшовного апоневрозу при трансметатарзальній ампутації стопи, у якому досягається підвищення ефективності за рахунок зменшення площі рани підшовної поверхні та меншій травматизації кукси. Поставлена задача вирішується тим, що в способі оперативного доступу до підшовного апоневрозу при трансметатарзальній ампутації стопи, що включає поперечний розріз стопи на рівні ампутації і подовжній серединний розріз по підшовній поверхні стопи, згідно з винаходом додатково роблять бічні поздовжні розрізи по латеральній і медіальній поверхнях стопи, а серединний здійснюють тільки в проекції п'яtkового бугра в місці кріплення підшовного апоневрозу до п'яtkової кістки.

На Фіг.1 відображено куксу стопи у бічній проекції після циркулярного поперечного відсікання дистального відділу стопи на рівні плеснових кісток та виконання бічних розрізів шкіри та підшкірної клітковини 1, продовжених до проекції плеснових кісток 2. На Фіг.2 відображено куксу стопи з підшовної поверхні, штриховою лінією 1 позначений серединний короткий (до 4,0см) розріз для відсікання апоневрозу 1 у проекції кріплення під-

(19) UA (11) 13920 (13) U

шовного апоневрозу до п'яткової кістки.

Спосіб здійснюється наступним чином. Після циркулярного поперечного відсікання дистального відділу стопи на рівні середини плеснових кісток виконуються бічні розрізи шкіри та підшкірної клітковини, продовжені до проекції плеснових кісток. Після цього роблять серединний короткий розріз для відсікання апоневрозу у проекції кріплення підшовного апоневрозу до п'яткової кістки. Таким чином весь підшовний апоневроз відсікається від кукси.

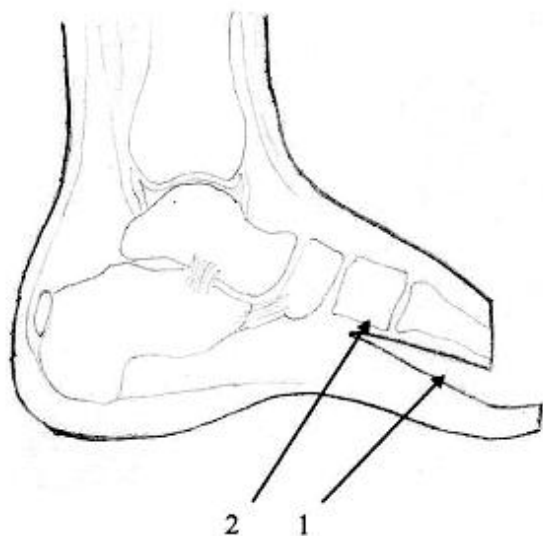
Наводимо конкретний приклад здійснення способу. Хворий Б., 64 років, надійшов у терміновому порядку з ознаками вологої гангрені дистального відділу правої стопи на тлі цукрового діабету, 26 типу, синдрому діабетичних стоп. При обстеженні виявлені ознаки поширення гнійного процесу в глибокому підшовному просторі з гнійним фасцитом підшовного апоневрозу, що потребувало його видалення при спробі виконання ампутації на рівні плеснових кісток стопи. Стан кровообігу в нижніх кінцівках дозволяв виконати таке втручання. Після катетеризації низхідної артерії коліна на боці ураження для внутрішньоартеріальної регіонарної терапії виконана трансметатарзальна ампутація правої стопи з висіченням

підшовного апоневрозу за пропонуваним способом. Через короткий серединний розріз встановлений дренаж до глибокого підшовного простору на всьому його протязі, перпендикулярно до наскрізного поперечного дренажу, встановленому через продовжені бічні розрізи на стопі. Гнійний процес був ліквідований. Рана кукси гоїлася вторинним натягом тільки в центральній частині кукси, в проекції дистального відділу плеснових кісток, дренажі вилучені на 7 добу, хворий виписаний на 16 добу.

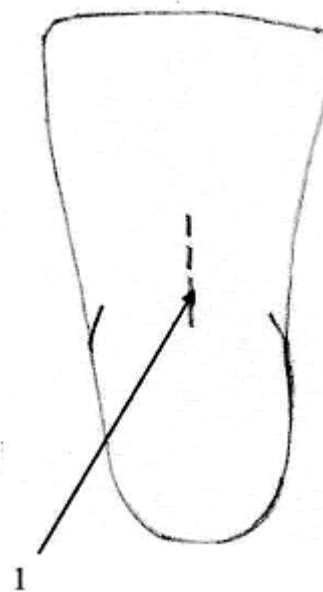
Переваги запропонованого способу полягають в тому, що він дозволяє уникнути утворення великої рани по підшовній опорній поверхні стопи, зменшуючи ризик формування трофічної виразки, грубого рубця при тривалому загоєнні; менш порушує анатомічну цілісність стопи під час ампутації, у тому числі й артеріальний кровообіг, що важливо в умовах ішемії.

Джерела інформації:

1. Герасимчук П.О. Шляхи покращання результатів хірургічного лікування синдрому стопи діабетика // Шпитальна хірургія. - 2002. - № 1. - С. 21-23.



Мал. 1



Мал. 2