



УКРАЇНА

(19) UA (11) 16518 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61B 17/88

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ РУБЦЕВИХ ЗГИНАЛЬНИХ КОНТРАКТУР ПАЛЬЦІВ КИСТІ

1

2

(21) u200601254

(22) 08.02.2006

(24) 15.08.2006

(46) 15.08.2006, Бюл. № 8, 2006 р.

(72) Жернов Олександр Андрійович, Жернов Андрій Олександрович, Назаренко Вячеслав Миколайович

(73) ІНСТИТУТ ГЕМАТОЛОГІЇ ТА ТРАНСФУЗІОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб лікування рубцевих згинальних контрактур пальців кисті, що включає розсічення та (чи)

висічення рубців долонної поверхні пальців кисті, виведення їх у положення розгинання і закриття ранової поверхні, що утворилася, який **відрізняється** тим, що пластику функціонально активної долонної поверхні пальця здійснюють повноцінним шкірним покривом з включенням тильного судинно-нервового пучка пальця із тканин тильно-бічної його поверхні, що попередньо природно були розтягнуті за рахунок тривалого згинального положення пальця, і одночасно закривають донорську ділянку.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до хірургії, травматології-ортопедії, пластичної та естетичної хірургії, і може бути використаний для лікування післяопікових згинальних контрактур пальців кисті.

Відомі способи лікування рубцевих згинальних контрактур пальців кисті шляхом розсічення і (чи) висічення рубців долонної поверхні пальців кисті, виведення їх у положення розгинання і закриття ранової поверхні, що утворилася одним із методів шкірної пластики [1, 3].

Для закриття долонної, функціонально-активної поверхні пальця, використовуються здорові або малозмінені покриви з бічних поверхонь однойменного пальця у виді трикутних, трапецієподібних, ротаційних клаптів [4, 8]. Для цих же цілей застосовуються шкірно-жирові клапті із сусідніх пальців [6, 7] або віддалених ділянок по типу "італійської" пластики [2].

Однак, недоліком цих способів є недостатність пластичного матеріалу для повного закриття функціональної області пальця, тривалість і багатостадійність деяких з них, виникнення некрозів внаслідок недостатності кровообігу.

Найближчим аналогом є спосіб лікування згинальних контрактур пальців кисті, при якому уздовж рубцевого тяжа викроюється язикоподібний шкірно-жировий клапоть, який після розсічення рубців долонної поверхні пальця і його мобілізації ротується на ранову поверхню [5].

Недоліком способу є невеликі розміри клаптя, часті його некрози, виникнення вторинного дефек-

ту на донорській ділянці.

Задача корисної моделі - підвищення функціональних і косметичних результатів лікування та зниження кількості ускладнень при корекції згинальних контрактур пальців, шляхом відновлення долонної, функціонально-активної зони пальця повноцінним шкірним покривом з включенням тильного судинно-нервового жмутка пальця із тканин тильно-бічної його поверхні, що попередньо природно були розтягнуті за рахунок тривалого згинального положення пальця і закриття вторинного дефекту донорської ділянки.

Це досягається наступним чином.

На тильно-бічній поверхні пальця проводять два рівнобіжних розрізи шкіри, підшкірної клітковини до фасції. Перший розріз здійснюють безпосередньо по краю рубцевого тяжа, другий - по тильній поверхні основної та середньої фаланг і проксимального міжфалангового суглоба (ПМФС). У середній третині середньої фаланги ці розрізи з'єднують. Причому при формуванні клаптя обов'язково залишають частину тканин на тилі суглоба для закриття донорської ділянки. Мобілізацію клаптя здійснюють з включенням в нього тильного судинно-нервового жмутка пальця до границі проксимальної і середньої третин основної фаланги. Наступним етапом після розсічення і необхідного висічення рубцево-змінених тканин долонної поверхні пальця і виведення останнього в положення розгинання в суглобах, викроєний клапоть повертають на бічну поверхню пальця. Клапоть підшивають до країв рани долонної поверхні, а вторин-

(19) UA (11) 16518 (13) U

ний дефект донорської ділянки ушивають за рахунок тканин тильної поверхні пальця. При неможливості первинного закриття донорської ділянки виконують пластику розщепленим дерматомним трансплантатом. У післяопераційний період виконують позиціювання пальця у положенні досягнутої корекції.

Заявлений спосіб ілюструється прикладом.

Приклад. Хвора Т, (іст. хвороби №635/2001) поступила в клініку з приводу післяопікових згинальних контрактур IV і V пальців лівої кисті. У семи-місячному віці перенесла контактний опік обох кистей в зв'язку з чим неодноразово оперована. При дослідженні кисті відзначається важке порушення функції. Рухи в суглобах IV, V пальцях лівої кисті:

IV палець - ПМФС - 0-60-70, ДМФС - 0-0-90;

V палець - ПМФС - 0-100-100, ДМФС - 0-0-20.

28.11.01р. проведено оперативне втручання під загальним знеболюванням. На тильно-променевій стороні IV пальця лівої кисті викресний шкірно-жировий клапоть з розтягнутих тканин з вільним кінцем на рівні середньої третини середньої фаланги і основою на границі проксимальної і середньої третини основної фаланги розмірами 0,8х2,0см. В клапоть включено тильний судинно-нервовий жмуток пальця. Висічено рубці на долонній поверхні основної і проксимальної третини середньої фаланги пальця. Середня фаланга виведена в 0 положення. Клапоть повернутий на долонну поверхню під кутом 35° і підшитий до країв. Рану на променевій поверхні проксимальної та середньої фаланг ушито тканинами тильної поверхні пальця. Подібна пластика здійснена на V пальці. Гіпсова імобілізація передпліччя і кисті в положенні досягнутої корекції пальців.

Запропонованим способом проведено лікування 15 хворих у яких оперовано 33 пальці кисті з добрим функціонально-косметичним результатом.

Віддалені результати лікування строком від 6 до 12 місяців спостерігались у 8 хворих. Добрі функціональні і косметичні результати отримані у 6(75,00%) пацієнтів, задовільні - у 2(25,00%), незадовільних не відмічено у жодного хворого.

Список літератури:

1. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. -СПб.: Гиппократ, 1998. - 744 с.

2. Біжко І.П. Превентивна і відновлювальна хірургія опаленої кисті: Автореф. дис... д-ра мед. наук - Дніпропетровськ, 1994. - 38 с.

3. Волкова А.М. Хирургия кисти. - Екатеринбург: Сред.-Урал., 1991. - Т.I - 304 с.

4. Дмитриев Г.И. Реконструктивно-восстановительная хирургия последствий ОЖОГОВ//Сб. тр.Междунар. конгр. «Комбустиология на рубеже веков».-Москва, 2000.-С.192.

5. Зубанова Т.Е. Пластика местными тканями при хирургической реабилитации детей с послеожоговыми контрактурами и деформациями. Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. Київ, 2001 р. С. 72-77.

6. Науменко Л.Ю. Реконструктивно-відновне лікування травматичних дефектів кисті (клініко-експериментальне дослідження): автореферат дис... доктора мед. наук. Харків. 1997.- 46 с.

7. Шутин А.А. Хирургическое лечение открытых поврежденных кисти. -Донецк: ООО "Лебедь", 1998.-252 с.

8. Юденич В.В., Гришкевич В.М. Руководство по реабилитации обожженных. -М.: Медицина, 1986. - 368 с.