



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **17949** (13) **U**  
(51) МПК (2006)  
**A61B 17/00**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

### (54) СПОСІБ МІОПЛАСТИЧНОЇ АМПУТАЦІЇ СТЕГНА

1

2

(21) u200604687

(22) 27.04.2006

(24) 16.10.2006

(46) 16.10.2006, Бюл. № 10, 2006 р.

(72) Балацький Євген Романович

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-  
ВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб міопластичної ампутації стегна, що  
включає послідовне розсічення тканин з наступ-

ним ушиванням над обпилом стегнової кістки м'язів зовнішньої, внутрішньої, передньої і задньої груп швами, що розсмоктуються, який **відрізняється** тим, що м'язи над обпилом ушивають в поперечному напрямку без натягу, а завершальний шов накладається циркулярно із захопленням м'язів усіх груп, після чого м'язи групують над обпилом шляхом зтягування циркулярного шва без значного натягу.

Пропонований спосіб відноситься до області медицини, а саме до хірургії і може бути використаний для формування міопластичної кукси стегна в середній його третині. Така необхідність може виникати у випадку ампутацій із приводу гангрени нижніх кінцівок при облітеруючих захворюваннях артерій, особливо при цукровому діабеті та атеросклерозі судин нижніх кінцівок, коли виконання кістковопластичних, фасціопластичних чи фасціо-міопластичних ампутацій практично протипоказано, а виконання міопластичних ампутацій зі значним натягом м'язів над опілом стегна може супроводжуватися поганим загоєнням кукси.

Відомий спосіб міопластичної ампутації стегна, узятий нами як прототип [1]. Спосіб полягає в послідовному розсіченні тканин з наступним ушиванням над опілом стегнової кістки першим рядом м'язів зовнішньої і внутрішньої груп, а другим рядом ушиванням м'язів передньої і задньої груп швами, що розсмоктуються. Таким чином, створюється м'язовий ковпак над опілом стегнової кістки, що попереджає м'язи від ковзання над опілом при їхньому скороченні і зрівнює тонус м'язів-антагоністів за рахунок забезпечення нового дистального їхнього прикріплення швами.

Недоліками даного способу є:

- ушивання м'язів двома рядами над опілом стегна супроводжується значним їхнім натягом для створення необхідного м'язового тону, що в умовах ішемії може привести до глибокого некрозу ушитих м'язів і викликати необхідність реампутації;

- туго дворядне ушивання створює умови для прогресування ішемії за рахунок не тільки механічного сдавлення, але і підвищення локального

тиску в глибині кукси, у тому числі і венозного, що знижує об'ємний кровообіг із можливим розвитком компартмент синдрому кукси;

- при необхідності ревізії кукси, наприклад, при гнійних ускладненнях чи некрозі опілу стегнової кістки, при такому ушиванні м'язів утрудняється доступ до глибоких гнійно-некротичних уражень.

В основу корисної моделі поставлена задача створення способу міопластичної ампутації на рівні стегна, у якому досягається підвищення ефективності за рахунок зниження натягу м'язових тканин кукси, зберігаючи в цей же час м'язовий ковпак над кістковим опілом і дистальні точки кріплення м'язів-антагоністів. Поставлена задача зв'язується тим, що в способі міопластичної ампутації стегна, що включає послідовне розсічення тканин з наступним ушиванням над опілом стегнової кістки м'язів зовнішньої, внутрішньої, передньої і задньої груп швами, що розсмоктуються, відповідно до корисної моделі, м'язи всіх чотирьох груп ушиваються в поперечному напрямку без натягу, а завершальний шов накладається циркулярно із захопленням м'язів усіх груп, після чого м'язи групують над опілом шляхом зтягування шва без значного натягу.

На Фіг.1 зображена кукса стегна після ушивання м'язів у поперечному напрямку, накладення циркулярного шва до його зтягування над опілом стегнової кістки.

Ампутація здійснюється в такий спосіб. Після циркулярного розсічення м'язів на рівні стегна в середній третині двухмоментним чи трьохмоментним способом виконують ушивання м'язів усіх чотирьох груп над опілом стегна в поперечному на-

(19) **UA** (11) **17949** (13) **U**

прямку (1 на Фіг.1). При цьому вирівнюється, в основному, тонус передньої і задньої груп (згиначів і розгиначів) м'язів. Для вирівнювання тонузу зовнішньої і внутрішньої груп (тих що відводять і приводять стегно) м'язів накладають, замість другого ряду в прототипі, циркулярний шов (2 на мал. 1) із захопленням всіх основних м'язів, відходячи на кілька сантиметрів від першої лінії швів. При зтягуванні цього шва м'яза групують над опілом без значного натягу.

Наводимо конкретний приклад здійснення способу.

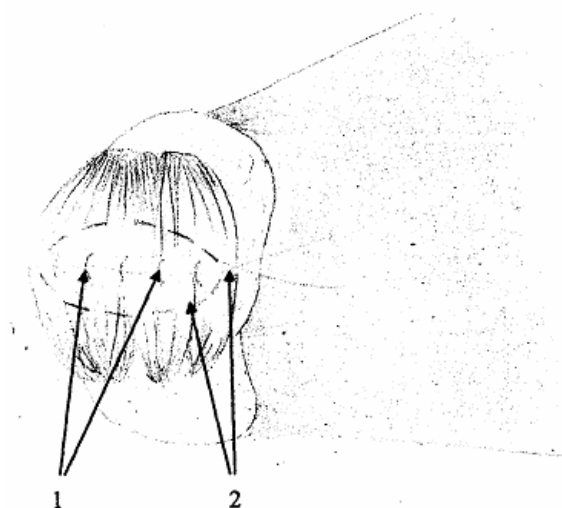
Хвора С., 67 років, надійшла в плановому порядку 25.01.2002 року з ознаками сухої гангрені правої ноги на тлі облітеруючого атеросклерозу. При обстеженні виявлений стеноз здухвинних артерій, оклюзія правої зовнішньої стегнової артерії в нижній третині, оклюзія гомілкових артерій. Реконструктивне втручання не показане через відсутність прохідності дистального артеріального русла. Після підготовки під перидуральною анестезією виконана ампутація правої ноги в середній третині стегна. Шкіра і підшкірна клітковина розсічені двома півовальними розрізами. М'язи відсічені двохмоментно, стегнова кістка перепилена на рівні середньої третини на 0,5см проксимальніше зрушеного распатором окістя. Край кістки оброблений рашпілем. Проведено поліхлорвініловий дренаж до опілу через контрапертуру латерального краю кукси стегна. М'язи ушиті чотирма швами в поперечному напрямку з захопленням послідовно: 1 шов - *m. vastus lateralis, caput longum*

*et brevis m. bicipitis femoris*; 2 шов - *m. vastus intermedius, m. semitendinosus, m. semimembranosus*; 3 шов - *m. vastus medialis, m. semimembranosus*; 4 шов - *m. vastus medialis, m. sartorius, m. gracilis*. Останнім швом циркулярне з захопленням *m. vastus lateralis, caput longum et brevis m. bicipitis femoris, m. semitendinosus, m. semimembranosus, m. vastus medialis, m. semimembranosus, m. vastus medialis, m. sartorius, m. gracilis* накладений шов із кетгуту. Цей шов був зтягнутий над опілом без натягу, групуючи м'яза. Шкірні шви. Рань кукси гоїлася первинне, дренаж вилучений на 2 добу, хвора виписана на 9 добу. Через 3 місяці проведений протезування стегна функціональним протезом. З 2002 року за даним способом оперовано 12 хворих, у 7 з них виконане протезування різними протезами. Результати ампутації простежені у всіх хворих, у жодному випадку не виникло ускладнень у найближчому і віддаленому періоді.

Переваги пропонованого способу полягають у тому, що він дозволяє уникнути зайвого удавнення м'язів над опілом стегнової кістки, що важливо в умовах ішемії. Але при цьому формується гарний "м'язовий ковпак" і нова ділянка кріплення м'язів над опілом, що важливо для наступного успішного протезування.

Джерела інформації, прийняті до уваги:

1. Кондрашин Н.И., Санін В.Г. Ампутации конечностей и первичное протезирование. - М: "Медицина", 1984. - 160с.



Фіг.1