

Корисна модель, що заявляється, відноситься до галузі медицини, зокрема до хірургії кисті.

Серед дегенеративно-дистрофічних захворювань кисті особливе місце займає хронічне прогресуюче рубцеве переродження ладанного апоневрозу, яке супроводжується згинальною контрактурою пальців кисті.

В структурі захворювань кисті відмічене зростання частоти контрактури Дюпюїтрена від 1,6 до 5,7%. Прогресуючий перебіг приводить до значного порушення функції кисті, обмеженню тонкої професійної діяльності 67% пацієнтів, до інвалідності в 3% випадків [1].

У питанні про оперативне лікування контрактури Дюпюїтрена слід відмітити численні описи різних варіантів техніки усунення контрактури пальців та подальший пошук найбільш раціональних способів оперативних втручань. На теперішній час немає єдиного теоретично та практично обґрунтованого підходу до вибору місця, метода операції та раціонального післяопераційного лікування.

Так, відомий спосіб оперативного лікування контрактури Дюпюїтрена метод субтотальної апоневректомії з максимальним висіченням рубцевопереродженої шкіри та заміщення дефекту шкіри шляхом виконання Z-подібної пластики [3].

Цей спосіб полягає в наступному: по проксимальній долонній складці виконують операційний доступ який подовжують дистально, висікаючи рубцевозмінену шкіру вздовж апоневротичних променів на долоні та пальцях кисті, виконують субтотальну апоневректомію та заміщують дефект шкіри, що утворився, шляхом виконання Z-подібної пластики за загальною прийнятою методикою.

Недоліками цього способу є: неадекватне висічення переродженого долонного апоневрозу, значний травматизм та порушення васкуляризації шкіри при виконанні Z-подібної пластики (особливо у людей старшого віку) [2].

Наслідком цього є розвиток рецидиву хвороби, ішемічний некроз переміщених клаптів шкіри та утворення масивного післяопераційного рубцевого процесу долонної поверхні кисті.

Найближчим аналогом є спосіб субтотальної апоневректомії за Tobíasek [4]. Цей спосіб полягає в наступному: по долонній поверхні кисті від ділянки гіпотенера до дистальної долонної складки виконують S-подібний доступ з переходом по нейтральним лініям на проксимальні фаланги уражених пальців. Висікають рубцевоперероджену шкіру, мобілізують долонні клапті, виконують субтотальну апоневректомію. Дефект, який утворився в наслідок видалення рубцевопереродженої тканини заміщують шляхом ротації мобілізованих долонних клаптів.

Недоліками цього способу є: травмування великої площі шкіри долонної поверхні кисті, порушення васкуляризації апікальних країв виділених клаптів, методику неможливо виконати при значному рубцевому переродженні шкіри долонної поверхні кисті [2].

Наслідком цього є збільшення незадовільних результатів лікування таких, як ішемічний некроз апікальних частин переміщених клаптів, розвиток вираженого рубцевого процесу долонної поверхні кисті.

Задачею корисної моделі, що заявляється, є зменшення післяопераційних ускладнень після виконання субтотальної апоневректомії та пластики дефектів шкіри долонної поверхні кисті, відновлення максимальної функції та покращення косметичних результатів, запобігання виникненню рецидиву хвороби та повторних корегуючих хірургічних втручань в майбутньому, зменшення тривалості лікування пацієнта.

Технічний результат корисної моделі полягає у застосуванні нового способу виконання субтотальної апоневректомії шляхом виконання доступу по проксимальній долонній складці, мобілізації шкіри до пальце-долонної складки, зберігаючи її цілісність, тунельного видалення рубцевопереродженого долонного апоневрозу та проведення додаткового доступу по нейтральним лініям проксимальних та середніх фалангах уражених пальців з висіченням рубцевопереродженої тканини, що приводить до зменшення частоти післяопераційних ускладнень та рецидивів хвороби, відновлення функції ураженої кисті, покращення косметичних результатів, запобігання корегуючих втручань в післяопераційному періоді.

Відмінними особливостями корисної моделі, що заявляється, є можливість значно покращити лікування пацієнтів з контрактурою Дюпюїтрена, зменшення вірогідності розвитку ішемічного некрозу шкіри долонної поверхні, запобігання розвитку масивного рубцевого процесу, застосування методів ранньої реабілітації кисті. Цей спосіб лікування є сучасним, з використанням останніх досягнень в галузі мікрохірургії. За літературними даними такого способу невідомо.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі оперативного лікування контрактури Дюпюїтрена 3-ї ступені шляхом виконання S-подібного доступу по долонній поверхні кисті від області гіпотенера до дистальної долонної складки з переходом по нейтральним лініям на уражені пальці, видалення рубцевопереродженої тканини шкіри та долонного апоневрозу, мобілізації долонних клаптів шкіри та ротації на зону дефекту що утворився, згідно корисної моделі виконують доступ по проксимальній долонній складці мобілізують шкіру долоні до пальцедолонної складки та тунельно висікають рубцевоперероджений долонний апоневроз, по нейтральним лініям проксимальних та середніх фаланг уражених пальців роблять додаткові доступи та видаляють рубцевоперероджену тканину, рани пальців та кисті зашивають окремими вузловими швами, виконують осмотичне дренажування рани долоні, накладають асептичну пов'язку. Імобілізують гіпсовою лонгетою терміном на 5-7 днів.

Спосіб здійснюється наступним чином.

- Операцію виконують під загальною анестезією.
- Під джгутом на плечі виконують доступ по проксимальній долонній складці.
- Мобілізують шкіру долонної поверхні кисті до рівня пальцедолонної складки.
- Тунельно видаляють перероджений долонний апоневроз.
- По нейтральним лініям проксимальних та середніх фаланг уражених пальців виконують додатковий доступ.
- Мобілізують та видаляють залишки рубцевопереродженої тканини долонного апоневрозу на рівні проксимальних та середніх фаланг, розтинають передні пластинки проксимального між фалангового суглоба та ліквідують згинальну контрактуру.
- Далі знімають джгут, роблять біполярний гемостаз.

- Виконують осмотичне дренивання рани.
- Шкіру зашивають окремими вузловими швами.
- Накладають рихлу асептичну пов'язку, з наступною іммобілізацією кисті на 5-7 днів.

Приклади клінічного застосування способу.

Приклад №1

Пацієнт П., 1951, історія хвороби №14231, поступив в клініку в ургентному порядку 21.11.2003р., з діагнозом: Контрактура Дюпюїтрена правої кисті 3-го ступеня. Виконана операція: ревізія, субтотальна апоневректомія правої кисті. Хід операції: операцію виконували під загальною анестезією. Під джгутом на плечі виконували доступ по проксимальній долонній складці. Мобілізували шкіру долонної поверхні кисті до рівня пальцедолонної складки. Тунельно видаляли рубцевоперероджений долонний апоневроз на кисті. Виконували додаткові доступи по нейтральним лініям проксимальних та середніх фаланг уражених пальців та видаляли залишки рубцевопереродженого долонного апоневрозу, передні пластинки проксимального міжфалангового суглобу уражених пальців розтинали, ліквідували згинальну контрактуру. Далі знімали джгут, робили біполярний гемостаз. Виконували осмотичне дренивання кисті. Шкіру зашивали окремими вузловими швами. Асептична пов'язка. Гіпсова іммобілізація 5-7 днів. Медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування, дозована ЛФК. Шви знімали на 16 добу. Найближчий функціональний та косметичний результат розцінено як відмінний. Пацієнт повернулася до праці за старою спеціальністю через 4 тижні.

Приклад №2

Пацієнт Г., 1948., історія хвороби №1235, поступив в клініку в ургентному порядку 07.08.2005р., з діагнозом: Контрактура Дюпюїтрена правої кисті 3-го ступеня. Виконана операція: ревізія, субтотальна апоневректомія правої кисті. Хід операції: операцію виконували під загальною анестезією. Під джгутом на плечі виконували доступ по проксимальній долонній складці. Мобілізували шкіру долонної поверхні кисті до рівня пальцедолонної складки. Тунельно видаляли рубцевоперероджений долонний апоневроз на кисті. Виконували додаткові доступи по нейтральним лініям проксимальних та середніх фаланг уражених пальців та видаляли залишки рубцевопереродженого долонного апоневрозу, передні пластинки проксимального міжфалангового суглобу уражених пальців розтинали, ліквідували згинальну контрактуру. Далі знімали джгут, робили біполярний гемостаз. Виконували осмотичне дренивання кисті. Шкіру зашивали окремими вузловими швами. Асептична пов'язка. Гіпсова іммобілізація 5-7 днів. Медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування, дозована ЛФК. Шви знімали на 16 добу. Найближчий функціональний та косметичний результат розцінено як відмінний. Хворий повернулася до праці за старою спеціальністю через 4 тижні.

Спосіб, що заявляється апробований в Київському міському центрі пластичної мікрохірургії та хірургії кисті з 2003 по 2006 рік. За даним способом проліковано 12 пацієнтів з контрактуєю Дюпюїтрена 3-ї ступені. При лікуванні пацієнтів за новим способом одержані наступні результати: відмінно - 90,4%, добре - 6,4%, задовільно - 3,1%, незадовільно - 1,1%. При лікуванні пацієнтів за найближчим аналогом (прототипом) одержані такі результати: відмінні - 65,0%, добрі - 12,2%, задовільні - 13,8%, незадовільні - 9,0%. Як ми бачимо, інтегральні показники у пацієнтів, які лікувалися за нашим способом, набагато вище, ніж у тих, які лікувалися за найближчим прототипом.

Обробка результатів клінічного застосування способу з використанням критерію Ст'юдента доводить статистичне достовірне зниження відсотка післяопераційних та віддалених ускладнень в порівнянні з прототипом ($p < 0,05$). Це досягається за рахунок зовсім нового способу оперативного лікування контрактури Дюпюїтрена 3-ї ступені. При цьому максимально видаляється рубцевоперероджений долонний апоневроз, мінімально травмуються компрометовані тканини долонної поверхні кисті та пальців.

Цей метод оперативного лікування контрактури Дюпюїтрена 3-ї ступені дозволяє досягти зменшення вірогідності розвитку ішемічного некрозу шкіри долонної поверхні, застосувати методики ранньої реабілітації кисті, запобігає розвитку масивного рубцевого процесу та рецидиву хвороби.

Список використаної літератури.

1. Волкова А.М. Хирургия кисти - Екатеринбург: ИПП «Уральский рабочий» - 1993. - 7с.
2. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. - Санкт-Петербург: Гиппократ, 1998. - 743с.
3. Виноградова Т.П., Канаев Н.Ф. Контрактура Дюпюитрена // Фельшер и акушерка. - 1984. - №7. - С. 14-19.
4. Горидова Л.Д. Болезнь Дюпюитрена и ее хирургическое лечение. Автореф.дисс. канд.наук, - Харьков, 1979. - 38с.