

Технічне рішення на корисну модель, що заявляється, відноситься до медицини, точніше до травматології, ортопедії або кісткової онкології і призначено, в основному, для хірургічного лікування кісткових пухлин і великих дефектів плюсневих кісток стопи.

Хірургічні способи лікування доброякісних пухлин кісток стопи, що містять резекцію ураженою пухлиною кістки з костнопластичним заміщенням дефекту [1]; резекцію кістки з пластиною аутоотрансплантатом [2]; резекцію всієї ураженої ділянки кістки зі збереженням суглобного хряща з прилягаючим до нього тонким шаром нормальної кістки, і переміщенням у дефект кісткового трансплантата [3].

Недоліки відомих способів у тому, що при великих ураженнях пухлиною кісткової тканини плюсневих кісток не представляється можливим цілком відновити дефект плісеневої кістки зі збереженням плюснево-фалангеального суглоба стопи і повного обсягу рухів у ньому.

Найбільш близьким до способу пластики великих дефектів плюсневих кісток стопи, що заявляється, по технічній сутності є спосіб, що містить резекцію ураженої фаланги зі збереженням обох суміжних суглобів, для чого суглобні пластинки суглобних поверхонь резецируємої фаланги звільняють від кісткової основи прикріплення суглобних сумок. Виділені суглобні пластинки залишають на місцях і встановлюють між ними кістковий трансплантат, що фіксують до пластинок, що залишилися, і навколишнім тканинам лігатурами, проведеними через попередньо зроблені в аутоотрансплантаті канали [4].

Недоліки способу-прототипу полягають у тому, що при заміщенні великих дефектів плюсневих кісток стопи він не забезпечує надійної фіксації аутоотрансплантата і стабільної фіксації суглобної хрящової пластинки, що залишилася, голівки плюсневої кістки.

В основу корисної моделі поставлена задача утворення способу пластики великих дефектів плюсневих кісток стопи, у якій забезпечується радикальність операції при одночасній надійній фіксації трансплантата, збереженні плюснево-фалангеального суглоба і повного відновлення рухів у ньому, що забезпечує ранню реабілітацію хворого і відновлення працездатності.

Поставлена задача досягається тим, що по способу пластики великих дефектів плюсневих кісток стопи, що заявляється, уражену пухлиною ділянку плюсневої кістки резецирують і видаляють, при цьому зберігають підставу плюсневої кістки і плюснево-фалангеальний суглоб, для чого хрящову пластинку суглобної поверхні голівки плюсневої кістки звільняють від кісткової основи по периметру прикріплення суглобної сумки. Виділену хрящову пластинку залишають на місці, у неуразеній пухлиною частині, що залишилася, підстави плюсневої кістки формують канал, у який установлюють безпосередньо попередньо загострений кінець трансплантата, а дистальний кінець аутоотрансплантата фіксують до хрящової пластинки, що залишилася, і навколишнім тканинам лігатурою, проведеною через попередньо виконаний канал у дистальному кінці трансплантата і наступною фіксацією кінців лігатур між собою в натягнутому стані.

Ці відмітні ознаки способу, що заявляється, забезпечують позитивний ефект, що складається в зменшенні термінів лікування, виключенні контрактур, оскільки відомо, що руйнування суглобного хряща не відбувається навіть при руйнуванні пухлиною паросткової зони і всієї тканини епіфіза [5].

Сутність способу пластики, що заявляється, великих дефектів плюсневих кісток стопи пояснюється малюнками:

Фіг.1 - розташування доброякісної пухлини Ш плюсневої кістки правої стопи;

Фіг.2 - резекція ураженою пухлиною плюсневої кістки в межах здорових тканин з утворенням великого дефекту і збереженням підстави і хрящової пластинки голівки;

Фіг.3 - заміщення дефекту плюсневої кістки аутоотрансплантатом, проксимальний кінець якого встановлений нерухомо загостреним кінцем в утворений канал підстави, що залишилося, а дистальний кінець трансплантата фіксований до хрящової пластинки голівки, що залишилася, і навколишнім тканинам лігатурою, проведеною через попередньо виконаний канал у дистальному відділі трансплантата.

Спосіб пластики, що заявляється, великих дефектів плюсневих кісток стопи містить наступні основні прийоми:

- розсікають і беруть, відомим способом, з найближчої, однойменної більшеберцової кістки аутоотрансплантат необхідних розмірів і ушивають рану;
- розсікають м'які тканини тильним розрізом над ураженою пухлиною плюсневою кісткою;
- оголюють патологічне змінену кісткову частину плюсневої кістки, причому зберігають цілим плюснево-фалангеальний суглоб, для чого хрящову пластинку суглобної поверхні голівки відокремлюють від кісткової основи по периметру прикріплення суглобної сумки і залишають відділену хрящову пластинку на місці;
- резецирують уражену частину плюсневої кістки і видаляють у межах здорових тканин, залишивши недоторканим підставу кістки і хрящову пластинку голівки з навколишньою суглобною сумкою;
- моделюють аутоотрансплантат, загострюють один з кінців, а в протилежному кінці трансплантата, відступивши від краю, просвердлюють у фронтальній площині наскрізний канал;
- проводять через наскрізний канал у трансплантаті лігатуру;
- формують канал у підставі плюсневої кістки, що залишилася після резекції;
- установлюють нерухомо в утворений канал загострений кінець трансплантата;
- фіксують дистальний кінець аутоотрансплантата до хрящової пластинки, що залишилася, і навколишнім тканинам, прошиваючи по черзі вільними кінцями лігатур бічні краї суглобних поверхонь і навколишні м'які тканини;
- зв'язують між собою в натягнутому стані кінці лігатур;
- ушивають операційну рану;
- іммобілізують оперовану кінцівку задньою гіпсовою шиною на 3 тижня.

По способу, що заявляється, пластику великого дефекту плюсневої кістки стопи здійснюють так:

Хвора С., 46 років, історія хвороби №19630, швачка. Надійшла в клініку інституту з приводу литичної форми остеобластокластоми Ш плюсневої кістки правої стопи. Хворіє 10 років. Обстежена. Операція - видалення пухлини в межах здорових тканин із заміщенням аутоотрансплантатом по способу, що заявляється. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Іммобілізація оперованої кінцівки гіпсовою пов'язкою протягом 6 тижнів. Приступила до колишньої роботи через 3 місяці після операції.

Джерела інформації, прийняті в увагу:

1. Баран Л.А. Гигантоклеточная опухоль (остеобластокластома). -Киев. «Здоров'я», 1965. -С.116-123.

2. Волков М.В. Костная патология детского возраста (опухоли и диспластические заболевания костей). - М.: Медицина, 1968. - С.60-80; 145-157.

3. Садыхов А.Г. Оперативное лечение остеобластокластом. -В кн.: Остеобластокластома (гигантоклеточная опухоль кости). -М.: ЦИТО, 1962. - С.83.

4. Илларионов В.В., Левицкий Ф.А. и Голосов В.А. Способ лечения остеобластокластомы фаланг пальцев при сохранении хрящевых пластинок и суставных сумок. СССР. А.с. 1713566 А 1. Бюл. 1992, №7.

5. Волков М.В. Первичные опухоли костей у детей. -М.: Медгиз, 1962. - С.75-77.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3