



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **50257** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ РЕКОНСТРУКЦІЇ СІДНИЧНОГО НЕРВА В ВЕРХНІЙ ТРЕТИНІ СТЕГНА**

1

2

(21) u200913817

(22) 29.12.2009

(24) 25.05.2010

(46) 25.05.2010, Бюл.№ 10, 2010 р.

(72) ПЕРЦОВ ВОЛОДИМИР ІВАНОВИЧ, ІВАХНЕНКО ДМИТРО СЕРГІЙОВИЧ, ПЕРЦОВ ІВАН ВОЛОДИМИРОВИЧ

(73) ПЕРЦОВ ВОЛОДИМИР ІВАНОВИЧ, ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ,

ІВАХНЕНКО ДМИТРО СЕРГІЙОВИЧ, ПЕРЦОВ ІВАН ВОЛОДИМИРОВИЧ

(57) Спосіб реконструкції сідничного нерва в верхній третині стегна шляхом використання проксимальної порції малогомілкового нерва як аутоотрансплантату, який **відрізняється** тим, що виконують вставку аутоотрансплантату між велико-гомілковим нервом проксимально та велико-гомілковим і малогомілковим нервами дистально.

Корисна модель стосується медицини, а саме, нейрохірургії, і може бути використаною у лікуванні пошкоджень сідничного нерва.

Ушкодження сідничного нерва (СН) є серйозною нейрохірургічною проблемою, яка пов'язана зі зниженням або втратою функції всієї кінцівки. Існує багато способів лікування дефектів СН, але всі вони направлені на відновлення функції великогомілкового нерва за рахунок трансплантації ауто-нервів, менш важливих у функціональному значенні, що в свою чергу призводить до втрати функції нерва донора. Це викликало необхідність розробки нових способів реконструкції направлених на максимальне відновлення функції СН без втрати функції нервів донорів.

Найбільш близьким за технічною сутністю та результатом, що досягається, є спосіб, який полягає у аутоотрансплантації проксимальної порції малогомілкового нерва, яким заміщують дефект лише великогомілкової порції сідничного нерва, спосіб McCarty (Григорович К.А. Хирургическое лечение поврежденных нервов. - Л.: Медицина, 1981. -С.124-125.)

Спільними суттєвими ознаками прототипу і корисної моделі, що заявляється, є такі:

- використання у якості аутоотрансплантату проксимальної порції малогомілкового нерва.

Цей спосіб є недостатньо ефективним, тому що заміщується частина дефекту нерва, і це призводить лише до часткового відновлення функції - відсутнє розгинання стопи та пальців, відновлення больової та температурної чутливості та трофічної функції неповне.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу реконструкції СН в верхній третині стегна шляхом відновлення провідності як великої так і малогомілкової порцій СН, що забезпечить повне відновлення функції кінцівки і зменшить рівень інвалідизації пацієнтів.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає реконструкцію сідничного нерва в верхній третині стегна шляхом використання проксимальної порції малогомілкового нерву як аутоотрансплантату, новим є те, що виконують вставку аутоотрансплантату між великогомілковим нервом проксимально та великогомілковим і малогомілковим нервами дистально.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом полягає у такому.

Як аутоотрансплантат використовується мало-гомілкова порція СН проксимальніше дефекту. Її забір не потребує додаткових, травматичних розрізів, і є технічно не складним.

Регенеруючих аксонів з проксимального відрізка великогомілкової порції достатньо для відновлення провідності ВГ та МГ нервів. Це не потребує використання нервів донорів з інших ділянок тіла, що призводить до втрати їх функцій.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволить відновити функцію кінцівки в повному обсязі (одночасне відновлення м'язів антагоністів - згиначів та розгиначів стопи та пальців, повне відновлення чутливої та трофічної функцій), а виходячи з цього, і знизити рівень стійкої втрати працездатності, поліпшення якості життя (статична та опорна функція, хода, надягання взуття). Також

(19) **UA** (11) **50257** (13) **U**

це дозволить уникнути додаткових травматичних доступів, ускладнень в післяопераційному періоді, знизить собівартість відновного лікування.

Спосіб здійснюється таким чином: виконується доступ в верхній третині стегна у проекції сідничного нерва (СН). Тупим та гострим методом виділяють СН, виявляють дефект. Максимально виділяють проксимальні та дистальні відрізки перерваних малогомілкового та великогомілкового нервів. Висікають крайові неврони, освіжають кінці до доброї зернистості фасцикул і кровоточивості. Мобілізація нерва в проксимальному та дистальному напрямку. Для пластики використовують відрізок проксимального кінця перерваного малогомілкового нерва. Його адаптують до проксимального кінця великогомілкової порції, розщеплюють на дві половини які з'єднують з великогомілковим та малогомілковим нервами дистально. За допомогою оптичного збільшення та мікрохірургічної техніки накладають епіперіневральні шви. Нерв укладають у міжм'язове ложе. Рану зшивають пошарово. Кінцівку фіксують у положенні згинання до 90 градусів у колінному суглобі за допомогою гіпсової лонгети (до 2х тижнів).

В післяопераційному періоді призначають стандартну терапію (вітаміни групи В, препарати для покращення мікроциркуляції, протизапальні препарати)

Приклад:

Андросов А.Ю., 1986р.н.,
Історія хвороби №14331,
Дата госпіталізації: 10.09.07.,

Дата операції: 11.09.07 10-30 - 14-30.

Хід операції: виконано доступ в верхній третині стегна у проекції сідничного нерва (СН). Тупим та гострим методом виділено СН, дефект склав 40мм. Максимально виділено проксимальні та дистальні відрізки перерваних малогомілкового та великогомілкового нервів. Висічено крайові неврони, освіжено кінці до доброї зернистості фасцикул і кровоточивості. Нерв мобілізовано в проксимальному та дистальному напрямках. Відрізок проксимального кінця перерваного малогомілкового нерва адаптовано до проксимального кінця великогомілкової порції, розщеплено на дві половини, які з'єднують з великогомілковим та малогомілковим нервами дистально. За допомогою оптичного збільшення та мікрохірургічної техніки накладено епіперіневральні шви. Нерв укладають у міжм'язове ложе. Рану зшило пошарово. Кінцівка зафіксована у положенні згинання до 90 градусів у колінному суглобі за допомогою гіпсової лонгети.

За рік у хворого спостерігалось відновлення велико- та малогомілкових нервів. Відновлення м'язової сили в автономних зонах іннервації великогомілкового нерва - 4-5 балів (за п'ятибальною шкалою), малогомілковий - 4 бали. Відновлення чутливості оцінювали також за п'ятибальною шкалою 4-5 балів для обох нервів. Трофічних розладів не виявлено. Клінічно спостерігалось відновлення згинання і розгинання стопи, відновлення функції опори та ходи, хворий самостійно надягає взуття.