



УКРАЇНА

(19) UA (11) 52141 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/56МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ АРТРОТОМІЇ ДИСТАЛЬНОГО МІЖФАЛАНГОВОГО СУГЛОБА ПАЛЬЦІВ КИСТІ ПРИ ГНІЙНОМУ АРТРИТІ

1

2

(21) u201003198

(22) 19.03.2010

(24) 10.08.2010

(46) 10.08.2010, Бюл. № 15, 2010 р.

(72) ГЕРИЧ ІГОР ДІОНІЗОВИЧ, ЗУБАЧ ОСТАП БОГДАНОВИЧ, СІКЛИЦЬКИЙ ВІТАЛІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, БАРВІНСЬКА АННА СТЕПАНІВНА, СТОЯНОВСЬКИЙ ІГОР ВОЛОДИМИРОВИЧ, ЗУБАЧ БОГДАН ДЕНИСОВИЧ

(73) ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

(57) Спосіб артротомії дистального міжфалангового суглоба (ДМС) пальців кисті при гнійному артриті, що включає проведення хірургічного доступу до суглоба, який відрізняється тим, що доступ до суглоба проводять по тильній поверхні пальця над проекцією ДМС з розсіченням шкіри, сухожилка розгинача пальця та капсули суглоба.

Корисна модель стосується медицини, зокрема хірургії, і може бути використана для проведення хірургічного лікування у хворих з гнійним артритом пальців кисті.

Проблема хірургічного лікування гострого артрити пальців кисті залишається однією з найактуальніших в хірургії та травматології. Гнійний артрит дистального міжфалангового суглобу (ДМС) пальців кисті є частим ускладненням проникаючих поранень, поширення контактних до даної зони нагнійних процесів, гематогенного поширення інфекції з дистантних зон, інтра- чи параартикулярних ін'єкцій, хірургічних процедур, застосування імплантів при ортопедичних операціях, опіків чи відморожень.

Незважаючи на очевидний прогрес сучасної медицини, впровадження потужних антибіотиків та неоантисептиків, висліди хірургічного лікування цієї патології залишаються незадовільними та включають широкий спектр патологічних станів від втрати функціональної здатності сегменту з розвитком контрактури аж до ампутації чи екзартикуляції. Слід відзначити, що на сьогодні відсутній єдиний підхід до хірургічного лікування гнійного артрити пальців кисті, який дозволив би забезпечити оптимальну хірургічну складову процесу лікування. Розпрацьовані схеми та методи хірургічного лікування мають суттєві недоліки: недосконала інтраопераційна візуалізація структур, недостатній дебридмент, проведення доступів в ділянках важливих анатомічних судинних та нервових структур, руйнування сухожилково-капсульного апарату, неякісне дренирування післяопераційної рани. Типові операційні доступи, які застосовуються до цього

часу, не забезпечують достатнього логічного та клініко-анатомічного підґрунтя для успішного лікування гострого артрити пальців кисті і не можуть бути повноцінними при лікуванні цієї нозології.

Прототипом обраний спосіб типової колатеральної артротомії, який полягає у проведенні хірургічного доступу до дистального між фалангового суглобу по обидві бічні поверхні пальця [1].

Однак, слід відзначити, що такий спосіб є ефективним лише у пацієнтів з початковими явищами гнійного артрити, тому що не враховує усіх патогенетичних факторів перебігу захворювання, а логіка хірургічного лікування при неповноцінній візуалізації анатомічних структур є порушеною, і операція супроводжується значними технічними труднощами.

В основу корисної моделі поставлено завдання шляхом включення в лікування хворих з гнійним артритом пальців кисті ефективного способу хірургічної санації гнійного вогнища досягти значного зменшення ексудативних явищ, попередити прогресування процесу, запобігти негативним функціональним результатам та, як наслідок, зберегти сегмент у задовільному косметичному та функціональному (працездатному) стані.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі артротомії дистального міжфалангового суглобу пальців кисті при гнійному артриті, що включає проведення хірургічного доступу до суглобу, згідно з корисною моделлю, доступ до суглобу проводять по тильній поверхні пальця над проекцією ДМС з розсіченням шкіри, загального сухожилка розгинача пальця та капсули суглобу.

(13) U
(11) 52141
(19) UA

Доступ до суглобу здійснюють за ходом проєкції суглобових поверхонь, що створює оптимальні умови для візуалізації анатомічних структур та санації порожнини суглобу. Анатомічне підґрунтя запропонованого способу полягає у здійсненні доступу, минаючи основні судинні та нервові структури та максимально зберігаючи зв'язковий та капсульний апарат.

Спосіб артротомії дистального міжфалангового суглобу пальців кисті при гнійному артриті здійснюють таким чином. Доступ до суглобу проводять по тильній поверхні пальця, над проєкцією ДМС пальця кисті розсікають шкіру та підлеглі структури (сухожилок розгинача пальця та капсула суглобу). При потребі, для кращої візуалізації структур суглобу, розтин продовжують на передньо-медіальну чи передньо-латеральну поверхню пальця. В умовах фізіологічної флексії в ДМС та тракції міні гачками за шкірні краї рани, проводять ревізію суглобової щілини: оцінюють наявність виділень та їх характер, ad osculus стан зв'язкового апарату, хрящової та кісткової тканини (колір, блиск, наявність секвестрації, кровоточивість тощо).

Далі, за допомогою мініінструментів (ножиців, распатора чи ложечки Фолькмана), здійснюють санацію структур суглобу: проводять видалення хрящової тканини, обробляють та зачищають кісткові фрагменти. Некрози та секвестри видаляють в межах здорових тканин. Порожнину суглобу після санації промивають розчинами антисептиків. Дренування порожнини суглобу проводять гумовою стрічкою-випускником, укладеною вздовж долонної (інтактної) стінки суглобу. Випускник виводять по обидва боки сухожилків-розгиначів.

Шовкові шви на шкіру накладають із захопленням в шов сухожилка розгинача та капсули ДМС із чіткою адаптацією країв рани.

Застосування запропонованої схеми оперативного втручання у пацієнтів з гнійним артритом пальців кисті у перші доби захворювання дозволяє адекватно санувати та ліквідувати гнійне вогнище, зберігаючи функціональний та косметичний стан ураженого сегменту.

Клінічний приклад.

Пацієнт К., 38 років, поступив в комунальну міську клінічну лікарню швидкої медичної допомоги м. Львова 3-й день захворювання. З анамнезу відомо, що захворюванню передувала травма пальця правої кисті. Захворювання почалося гостро - із підвищення температури тіла до 38 °С, різких болей міжфалангового суглобу II пальця правої кисті, локальної гіпертермії, почервоніння та різкого обмеження функції пальця. На момент госпіталізації АТ 130/80 мм рт. ст., пульс 84, частота дихання 20, гемоглобін 140 Г/л, лейкоцитоз $13 \times 10^9/\text{л}$ (із зсувом формули вліво), цукор крові - 5,0 ммоль/л. Із врахуванням типової клінічної картини артриту, після доопераційної підготовки протягом 24 годин, пацієнт оперований за запропонованим нами способом. Ранній післяопераційний період проводився із використанням додаткової гіпсової лонгетної іммобілізації.

Термін лікування в хірургічному стаціонарі становив 12 діб. Проведене комплексне лікування із використанням артротомії за запропонованим способом дало позитивний клінічний ефект, який супроводжувався поступовим відновленням функції суглобу. На момент виписки стан пацієнта повністю скомпенсований, що підтверджено даними об'єктивного огляду, лабораторних обстежень та рентгенографії.

Джерела інформації:

1. Хирургия заболеваний и повреждений кисти / Усольцева Е. В., Машкара К. И. - М.: Медицина, 1978. - С. 75-79.