



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 5537

(13) U

(51) 7 A61B17/56

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ВІДНОВЛЕННЯ СТАБІЛЬНОСТІ П'ЯСНО-ФАЛАНГОВОГО СУГЛОБА ПЕРШОГО ПАЛЬЦЯ КИСТІ

1

2

(21) 20040705271

(22) 01.07.2004

(24) 15.03.2005

(46) 15.03.2005, Бюл. № 3, 2005 р.

(72) Науменко Леонід Юрійович, Мамет'єв Андрій  
Олександрович(73) УКРАЇНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАУКОВО-  
ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ  
ПРОБЛЕМ ІНВАЛІДНОСТІ(57) Спосіб відновлення стабільності п'ясно-  
фалангового суглоба першого пальця кисті, що

полягає у відсіканні та транспозиції сухожилків, який відрізняється тим, що проводять дезінсерцію сухожилка короткого розгинача першого пальця, на тильній поверхні в середній третині основної фаланги в поздовжньому напрямі формують фіброзний канал довжиною 3-5 мм, край сухожилка прошивають сухожилковим швом по Кюнео та фіксують його в підготовленому каналі на тильній поверхні середньої третини основної фаланги.

Технічне рішення відноситься до медицини, а точніше до ортопедії та травматології, і використовується в хірургії кисті для реконструктивно-відновлювального лікування нестабільності п'ясно-фалангового суглоба першого пальця кисті (ПФС).

Існує засіб, відновлення стабільності п'ясно-фалангового суглоба першого пальця кисті, взятий нами у якості аналога [1], у якому пошкоджену колатеральну зв'язку відновлюють 8-подібним швом із розсмоктуючого матеріалу. Нитку проводять через спеціально підготовлені отвори у основи проксимальної фаланги першого пальця і в області голівки першої п'ясної кістки. Канали роблять відступивши 4мм. від краю суглобової поверхні, ззовні до середини, під кутом 60° друг до друга. Це необхідно для усунення ротаційного зміщення. Виниклий у разі шва вузол занурюють до кісткового каналу. Потім укріплюють розірвану колатеральну зв'язку шляхом накладання декілька вузлових швів.

Однак вище викладений засіб має ряд недоліків. По-перше, в результаті застосування розсмоктуючого матеріалу, існує високий рівень його резорбції а як слід і рецидиву вивиху. По-друге, при такому засобі фіксації значно зменшується об'єм активних і пасивних рухів в п'ясно-фаланговому суглобі першого пальця.

Також існує засіб відновлення стабільності п'ясно-фалангового суглоба [2], узятий нами у якості прототипу, в якому оголюють капсульно-зв'язковий апарат першого пальця кисті, відсікають

від місць прикріплення сухожилок короткого розгинача першого пальця, сухожилок короткого відвідного м'яза, сухожилок привідного м'яза.

Сухожилок довгого розгинача першого пальця мобілізують і зміщують на ззовні до рівня колатеральної зв'язки. Потім роблять корекцію першого пальця і фіксують сухожилок короткого розгинача на рівні головки основної фаланги дистальніше першого ПФС. Сухожилок короткого відвідного м'яза перекидають через ПФС з внутрішньої сторони і фіксують на тильній поверхні основної фаланги у середній третині. Сухожилок привідного м'яза перекидають через суглоб з внутрішньої сторони в положенні помірного напруження також підшивають до тильної поверхні основної фаланги першого пальця.

Однак вище викладений засіб має деякі недоліки. Недостатньо міцна фіксація сухожилка короткого розгинача першого пальця. Як слід - строк реабілітації значно звеличується.

В основу технічного рішення поставлене завдання вдосконалення способу відновлення стабільності п'ясно-фалангового суглоба першого пальця кисті, в якому завдяки використанню сухожилка короткого розгинача першого пальця, сухожилка короткого відвідного та привідного м'язів, їх транспозиції з фіксацією на тильній поверхні середньої третини основної фаланги першого пальця зберігаються анатомічні взаємовідносини структур першого пальця, забезпечується достат-

(19) UA (11) 5537 (13) U

ний об'єм активних рухів оперованого пальця, здійснюється стабілізація суглобу в трьох площинах.

Поставлене завдання вирішується таким чином, що в способі відновлення стабільності п'ясно-фалангового суглоба першого пальця кисті, заключаючись у відсіканні та транспозиції сухожилок, відповідно технічному рішенню проводять дезінсерцію сухожилка короткого розгинача першого пальця, формують фіброзний канал довжиною 3-5 мм. на тильній поверхні середньої третини основної фаланги у поздовжньому напрямі, прошивають край сухожилка сухожилковим швом по Кюнео та фіксують його в підготовленому каналі на тильній поверхні середньої третини основної фаланги.

Таким чином, сукупність суттєвих ознак знаходиться у причинно послідовних зв'язках з досягаємим технічним результатом.

Запропонований спосіб пояснюється схемою, де зображене принципове рішення, представлене на Фіг.1 та Фіг.2

1. сухожилок короткого розгинача першого пальця,
2. сухожилок короткого відвідного м'яза,
3. сухожилок привідного м'яза,
4. середня третина основної фаланги,
5. фіброзний канал,
6. сухожилок довгого розгинача першого пальця.

Запропонований спосіб операції виконується наступним чином.

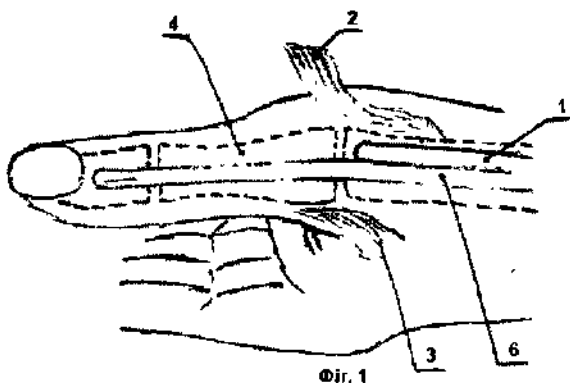
З тильного доступу, дугоподібним розтином обнажають сухожилок короткого розгинача першого пальця (1), сухожилок короткого відвідного м'яза (2), сухожилок привідного м'яза (3), сухожилок довгого розгинача першого пальця (6). П'ясно-фаланговий суглоб не викривають. Сухожилки та м'язи частково мобілізують, сухожилок довгого розгинача першого пальця (6) беруть на держалку

та змішують до сторони. Проводять дезінсерцію сухожилка короткого розгинача першого пальця (1) і прошивають його периферичний край сухожилковим швом по Кюнео. У місця прикріплення відскакують сухожилок короткого відвідного м'яза (2) та сухожилок привідного м'яза (3) які беруть на держалку. На тильній поверхні середньої третини основної фаланги (4), у поздовжньому напрямі формують фіброзний канал довжиною 3-5 мм. (5). Пальцю надають положення незначного перерозгинання, у сформований канал вводять прошитий сухожилок короткого розгинача першого пальця (1) і фіксують його в каналі на середній третині основної фаланги (4). Потім послідовно з волярної поверхні через суглоб перекидають сухожилок короткого відвідного м'яза (2), а з тильної поверхні суглобу укладають сухожилок привідного м'яза (3). Сухожилки фіксують вузловими швами на рівні середньої третини основної фаланги (4) на тильній поверхні. Знімають держалку з сухожилка довгого розгинача першого пальця (6) і укладають його на старе місце, м'які тканини ушивають наглухо. Палець іммобілізують гіпсовим лонгетом в положенні розгинання до 3 тижнів. Після зняття шини переходять до фізіо-функціонального лікування.

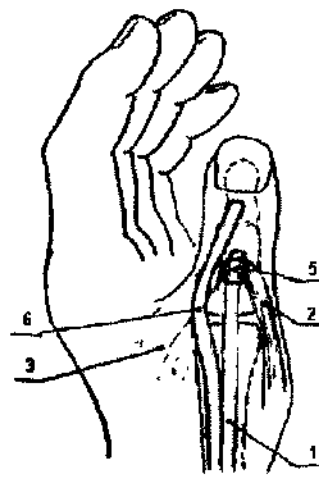
Запропонований спосіб відновлення стабільності п'ясно-фалангового суглоба першого пальця кисті, в порівнянні з існуючими, дозволяє максимально зберегти анатомічні взаємовідносини структур першого пальця, міцно фіксувати сухожилок короткого розгинача першого пальця в фіброзному каналі, забезпечити достатній об'єм активних рухів оперованого пальця, здійснити стабілізацію суглоба в трьох площинах.

Перелік використаної літератури:

1. „Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Пирогова" 2003 №1 с. 50-53.
2. Arthritic Hand 1978, p. 284-285.



Фіг. 1



Фіг. 2