



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **66660** (13) **U**  
(51) МПК  
**A61B 17/56 (2006.01)**

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СТЕНОЗУЮЧОГО ЛІГАМЕНТИТУ СУХОЖИЛКІВ ЗГИНАЧІВ ПАЛЬЦІВ КИСТІ**

1

2

(21) u201108079

(22) 29.06.2011

(24) 10.01.2012

(46) 10.01.2012, Бюл.№ 1, 2012 р.

(72) БОРЗИХ ОЛЕКСАНДР ВОЛОДИМИРОВИЧ,  
КОВАЛЬЧУК ДМИТРО ЮРІЙОВИЧ, ОПРИЩЕНКО  
ОЛЕКСАНДР ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ПАСТЕРНАК  
ВЛАДИСЛАВ ВІКТОРОВИЧ

(73) ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб лікування стенозуючого лігаментиту сухожилків згиначів пальців кисті, що включає розтин шкіри та перетинання анулярної зв'язки, який **відрізняється** тим, що на шкірі роблять один розтин, анулярну зв'язку перетинають та частину її видаляють.

Спосіб належить до медицини, зокрема до травматології та ортопедії.

Відомий спосіб лікування стенозуючого лігаментиту сухожилків згиначів пальців кисті, який взято як прототип (1) полягає в наступному:

По долонній поверхні кисті виконують два розтини шкіри: перший по долонно-пальцевій борозді, другий по дистальній поперечній борозді кисті. Після цього виділяють змінену анулярну зв'язку та сухожилки згиначів. Зв'язку перетинають в поперечному напрямі по всій довжині. Потім накладають шви на шкіру. Імобілізацію пальця проводять впродовж 7 днів.

Цей спосіб лікування має деякі недоліки, а саме: спосіб достатньо травматичний, що пов'язано необхідністю виконання двох розтинів шкіри. Оскільки зв'язку тільки перетинають, в значній кількості випадків розвивається рецидив захворювання, пов'язаний з рубцевим зрощенням зв'язки в післяопераційному періоді. Виокремлення, під час оперативного втручання, сухожилків на значному протязі призводить до розвитку їх рубцевих блоків з наступним обмеженням рухів пальцем.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу лікування стенозуючого лігаментиту сухожилків згиначів пальців кисті, в якому забезпечується підвищення ефективності способу, поліпшення результатів лікування, зменшення відсотку ускладнень. Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування стенозуючого лігаментиту сухожилків згиначів пальців кисті, який включає розтин шкіри та перетинання анулярної зв'язки, використовують один розтин шкіри та видаляють частину анулярної зв'язки.

Спосіб пояснюється кресленнями. На фіг. 1. зображено схему розтину шкіри, на фіг. 2. зображено схему виконання операції на анулярній зв'язці.

Спосіб здійснюється наступним чином: виконують лінійний розтин шкіри 1 до 1,5 см по долонній поверхні кисті в проекції анулярної зв'язки (фіг. 1). В рані виділяють сухожилки згиначів пальця, анулярну зв'язку. Анулярну зв'язку 2 перетинають поперек на всю довжину, та видаляють її частину, яка складає третину від видимої в рані зв'язки 3 (фіг. 2).

Видаляють рубцеві тканини між сухожилків згиначів та зв'язкою. Накладають шви на шкіру. Імобілізація накладається строком на 4 дні.

Приклад 1. Пацієнтка С. 45 р., і.х.№70645, потрапила у відділення з діагнозом: стенозуючий лігаментит сухожилка згинача 3 пальця лівої кисті. В плановому порядку пацієнтку взято в операційну, де під місцевою анестезією анулярну зв'язку 3 пальця розсічено та видалено її третину. Накладено шви на шкіру, імобілізація впродовж 5 днів. Шви знято через 14 днів. Після фізіофункціонального лікування впродовж 1 тижня отримано відмінний результат.

Перевагами даного способу лікування стенозуючого лігаментиту сухожилків згиначів пальців кисті є:

Застосування для виконання способу одного розтину шкіри замість двох, значно зменшує розвиток рубців, які обмежують функцію пальця;

Видалення третини анулярної зв'язки забезпечує діастаз між її краями, що повністю виключає розвиток рецидиву захворювання;

(13) **U**  
(11) **66660**  
(19) **UA**

Раннє зняття іммобілізації та початок фізіолікування скорочує строки лікування в середньому на 2 тижні.

Джерела інформації:

1. Способ хирургического лечения стенозирующего лигаментита пальцев кисти / Д. В. Дзацеева, И. В. Титаренко // Вестник хирургии им. И.И. Грекова.-2008. - Том 167,N 1. - С. 72-74.

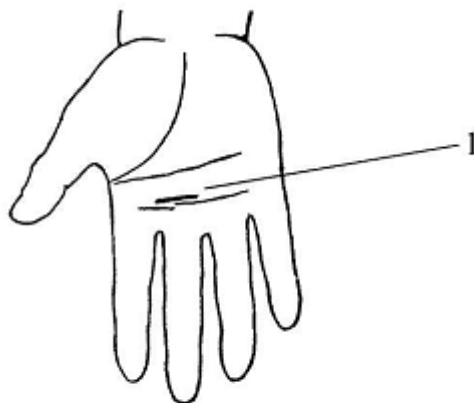


Fig. 1

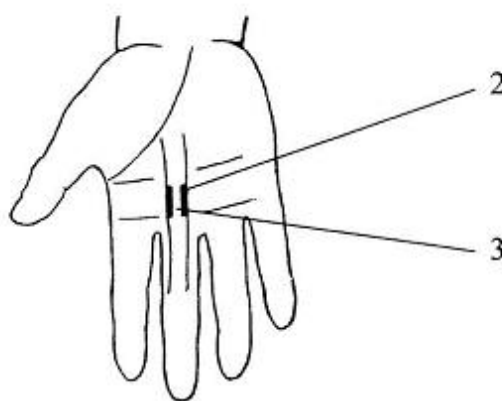


Fig. 2