

Корисна модель, що заявляється, відноситься до галузі медицини, зокрема до хірургії кисті.

Серед дегенеративно-дистрофічних захворювань кисті особливе місце займає хронічне прогресуюче рубцеве переродження ладонного апоневрозу, яке супроводжується згинальною контрактурою пальців кисті.

В структурі захворювань кисті відмічене зростання частоти контрактури Дюпюїтрена від 1,6 до 5,7%. Прогресуючий перебіг приводить до значного порушення функції кисті, обмеженню тонкої професійної діяльності 67% пацієнтів, до інвалідності в 3% випадків [1].

У питанні про оперативне лікування контрактури Дюпюїтрена слід відмітити численні описи різних варіантів техніки усунення контрактури пальців та подальший пошук найбільш раціональних способів оперативних втручань. На теперішній час немає єдиного теоретично та практично обґрунтованого підходу до вибору місця, метода операції та раціонального післяопераційного лікування.

Так, відомий спосіб оперативного лікування контрактури Дюпюїтрена метод субтотальної апоневректомії з максимальним висіченням рубцево-переродженої шкіри та заміщення дефекту шкіри шляхом виконання Z-подібної пластики [3].

Цей спосіб полягає в наступному: по проксимальній долонній складці виконують операційний доступ який подовжують дистально, висікаючи рубцево-змінену шкіру вздовж апоневротичних променів на долоні та пальцях кисті, виконують субтотальну апоневректомію та заміщують дефект шкіри, що утворився, шляхом виконання Z-подібної пластики за загальною прийнятою методикою.

Недоліками цього способу є: неадекватне висічення переродженого ладонного апоневрозу, значний травматизм та порушення васкуляризації шкіри при виконанні Z-подібної пластики (особливо у людей старшого віку) [2].

Наслідком цього є розвиток рецидиву хвороби, ішемічний некроз переміщених клаптів шкіри та утворення масивного післяопераційного рубцевого процесу долонної поверхні кисті.

Найближчим аналогом-прототипом - є спосіб субтотальної апоневректомії за Tobiassek [4]. Цей спосіб полягає в наступному: по долонній поверхні кисті від ділянки гіпотенара до дистальної долонної складки виконують S-подібний доступ з переходом по нейтральним лініям на проксимальні фаланги уражених пальців. Висікають рубцево-перероджену шкіру, мобілізують долонні клапті, виконують субтотальну апоневректомію. Дефект, який утворився в наслідок видалення рубцево-переродженої тканини заміщують шляхом ротації мобілізованих долонних клаптів.

Недоліками цього способу є: травмування великої площі шкіри долонної поверхні кисті, порушення васкуляризації апікальних країв виділених клаптів, методику неможливо виконати при значному рубцевому переродженні шкіри долонної поверхні кисті [2].

Наслідком цього є збільшення незадовільних результатів лікування таких, як ішемічний некроз апікальних частин переміщених клаптів, розвиток вираженого рубцевого процесу долонної поверхні кисті.

Задачею корисної моделі, що заявляється, є зменшення післяопераційних ускладнень після виконання субтотальної апоневректомії та пластики дефектів шкіри долонної поверхні кисті, відновлення максимальної функції та покращення косметичних результатів, запобігання виникненню рецидиву хвороби та повторних корегуючих хірургічних втручань в майбутньому, зменшення тривалості лікування пацієнта.

Технічний результат корисної моделі полягає у застосуванні нового способу виконання субтотальної апоневректомії шляхом виконання доступу по проксимальній долонній складці, мобілізації шкіри до пальце-долонної складки, зберігаючи її цілісність, видалення рубцево-переродженої шкіри, субтотального видалення ладонного апоневрозу в області кисті та уражених пальців з послідовним заміщенням дефекту м'яких тканин кисті шляхом закриття дефекту острівцевим клаптом з гетерологічного пальця на антеградному кровотоці, що приводить до зменшення частоти післяопераційних ускладнень та рецидивів хвороби, відновлення функції враженої кисті, покращення косметичних результатів, запобігання корегуючих втручань в післяопераційному періоді.

Відмінними особливостями корисної моделі, що заявляється, є можливість значно покращити лікування пацієнтів з контрактурою Дюпюїтрена, зменшення вірогідності розвитку ішемічного некрозу шкіри долонної поверхні, запобігання розвитку масивного рубцевого процесу, застосування методів ранньої реабілітації кисті. Цей спосіб лікування є сучасним, з використанням останніх досягнень в галузі мікрохірургії. За літературними даними такого способу невідомо.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування контрактури Дюпюїтрена шляхом виконання S-подібного доступу по долонній поверхні кисті від області підвищення мізинця до дистальної долонної складки з переходом по нейтральним лініям на уражені пальці, видалення рубцево-переродженої тканини шкіри та ладонного апоневрозу, мобілізації долонних клаптів шкіри та ротації на зону дефекту що утворився, згідно корисної моделі виконують доступ по проксимальній долонній складці мобілізують шкіру долоні до пальце-долонної складки, висікають рубцево-перероджену шкіру, долонний апоневроз кисті та уражених пальців, дефект м'яких тканин кисті, що при цьому утворився, заміщують острівцевим клаптом з гетерологічного пальця на антеградному кровотоці, рани пальців та кисті зашивають окремими вузловими швами, виконують осмотичне дренивання післяопераційної рани долоні, накладають асептичну пов'язку. Імобілізують піпсовою лонгетою терміном на 5-7 днів.

Спосіб здійснюється наступним чином.

- Операцію виконують під загальною анестезією.
- Під джгутом на плечі виконують доступ по проксимальній долонній складці.
- Мобілізують шкіру долонної поверхні кисті до рівня пальце-долонної складки.
- Видаляють перероджений долонний апоневроз та шкіру долонної поверхні кисті.
- По нейтральним лініям проксимальних та середніх фаланг уражених пальців виконують додатковий доступ.
- Мобілізують та видаляють залишки рубцево-переродженої тканини ладонного апоневрозу на рівні проксимальних та середніх фаланг, розтинають передні пластинки проксимального між фалангового суглоба та ліквідують згинальну контрактуру.

- Виконують розмітку майбутнього клаптя на боковій поверхні середньої фаланги здорового пальця (клапоть повинен бути на 0,5 сантиметрів більше за дефект).
- Мобілізують шкірно-фасціальний клапоть в проксимальному напрямку. Клапоть беруть на шовкові трималки та відводять у сторону.
- Під оптичним збільшенням $\times 5$ разів, за допомогою мікрохірургічного інструментарію виділяють судинну ніжку клаптя (власну пальцеву артерію до рівня загальнопальцевої артерії).
- Формують тунель в підшкірній клітковині тильно-бокової поверхні пальця та долонної поверхні кисті.
- Далі знімають джгут, обережно роблять біполярний гемостаз, перевіряють кровообіг у клапті.
- Виконують транспозицію клаптя крізь тунель на реципієнту ділянку (дефект).
- Гемостаз за ходом операції.
- Клапоть фіксують атравматичним шовним матеріалом (нейлон 4/0).
- Донорську рану закривають шляхом аутодермопластики.
- Виконують осмотичне дренивання рани.
- Шкіру зашивають окремими вузловими швами.
- Накладають рихлу асептичну пов'язку, з наступною іммобілізацією кисті на 5-7 днів.

Приклади клінічного застосування способу.

Спостереження №1

Пацієнт К., 1948, історія хвороби №12234, поступив в клініку в ургентному порядку 14.08.2003р., з діагнозом: Контрактура Дюпюїтрена правої кисті 3-го ступеня. Виконана операція: ревізія, субтотальна апоневректомія правої кисті, закриття дефекту шкіри кисті острівцевим клаптем на антеградному кровотоці з бокової поверхні 4-го пальця. Хід операції: операцію виконували під загальною анестезією. Під джгутом на плечі виконували доступ по проксимальній долонній складці. Мобілізували шкіру долонної поверхні кисті до рівня пальцедолонної складки. Виконували додаткові доступи по нейтральним лініям проксимальних та середніх фаланг вражених пальців та видаляли залишки рубцево-переродженого долонного апоневрозу та шкіри, передні пластинки проксимального міжфалангового суглобу уражених пальців розтинали, ліквідували згинальну контрактуру. Виконували розмітку клаптя на боковій поверхні проксимальної фаланги четвертого (не ураженого) пальця, мобілізували в проксимальному напрямі.

Під оптичним збільшенням $\times 5$ разів, за допомогою мікрохірургічного інструментарію виділяли судинну ніжку клаптя (власну пальцеву артерію до рівня загальнопальцевої артерії). Формували тунель в підшкірній клітковині. Далі знімали джгут, робили біполярний гемостаз, перевіряли кровообіг у клапті. Виконували транспозицію клаптя крізь тунель на реципієнту ділянку (дефект). Клапоть фіксували атравматичним шовним матеріалом. Донорську рану закривали шляхом аутодермопластики та встановлювали осмотичне дренивання кисті. Шкіру зашивали окремими вузловими швами. Асептична пов'язка. Гіпсова іммобілізація 5-7 днів. Медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування, дозована ЛФК. Шви знімали на 16 добу. Найближчий функціональний та косметичний результат розцінено як відмінний. Пацієнт повернулася до праці за старою спеціальністю через 4 тижні.

Спостереження №2

Пацієнт С., 1954, історія хвороби №234, поступив в клініку в ургентному порядку 04.02.2005р., з діагнозом: Контрактура Дюпюїтрена лівої кисті 3-го ступеня. Виконана операція: ревізія, субтотальна апоневректомія лівої кисті, закриття дефекту шкіри кисті острівцевим клаптем на антеградному кровотоці з бокової поверхні 3-го пальця. Хід операції: операцію виконували під загальною анестезією. Під джгутом на плечі виконували доступ по проксимальній долонній складці. Мобілізували шкіру долонної поверхні кисті до рівня пальцедолонної складки. Виконували додаткові доступи по нейтральним лініям проксимальних та середніх фаланг вражених пальців та видаляли залишки рубцево-переродженого долонного апоневрозу та шкіри, передні пластинки проксимального міжфалангового суглобу уражених пальців розтинали, ліквідували згинальну контрактуру. Виконували розмітку клаптя на боковій поверхні проксимальної фаланги третього (не ураженого) пальця, мобілізували в проксимальному напрямі. Під оптичним збільшенням $\times 5$ разів, за допомогою мікрохірургічного інструментарію виділяли судинну ніжку клаптя (власну пальцеву артерію до рівня загальнопальцевої артерії). Формували тунель в підшкірній клітковині. Далі знімали джгут, робили біполярний гемостаз, перевіряли кровообіг у клапті. Виконували транспозицію клаптя крізь тунель на реципієнту ділянку (дефект). Клапоть фіксували атравматичним шовним матеріалом. Донорську рану закривали шляхом аутодермопластики та встановлювали осмотичне дренивання кисті. Шкіру зашивали окремими вузловими швами. Асептична пов'язка. Гіпсова іммобілізація 5-7 днів. Медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування, дозована ЛФК. Шви знімали на 16 добу. Найближчий функціональний та косметичний результат розцінено як відмінний. Пацієнт повернулася до праці за старою спеціальністю через 4 тижні.

Спосіб, що заявляється апробований в Київському міському центрі пластичної мікрохірургії та хірургії кисті з 2003 по 2006 рік. За даним способом проліковано 11 пацієнтів з контрактуєю Дюпюїтрена 3-ї ступені. При лікуванні пацієнтів за новим способом одержані наступні результати: відмінно - 91,4%, добре - 5,2%, задовільно - 2,3%, незадовільно - 1,1%. При лікуванні пацієнтів за найближчим аналогом (прототипом) одержані такі результати: відмінні - 65,0%, добрі - 12,2%, задовільні - 13,8%, незадовільні - 9,0%. Як ми бачимо, інтегральні показники у пацієнтів, які лікувалися за нашим способом, набагато вище, ніж у тих, які лікувалися за найближчим прототипом.

Обробка результатів клінічного застосування способу з використанням критерію Ст'юдента доводить статистичне достовірне зниження відсотка післяопераційних та віддалених ускладнень в порівнянні з прототипом ($p < 0,05$). Це досягається за рахунок зовсім нового способу хірургічного лікування контрактури Дюпюїтрена з використанням острівцевих клаптів на судинній ніжці. При цьому видаляється рубцево-перероджений долонний апоневроз та перероджена шкіра долонної поверхні кисті, мінімально травмуються компрометовані тканини долонної поверхні кисті та пальців.

Цей метод хірургічного лікування контрактури Дюпюїтрена з використанням острівцевих клаптів на судинній ніжці дозволяє досягти зменшення вірогідності розвитку ішемічного некрозу шкіри долонної поверхні, застосувати

методики ранньої реабілітації кисті, запобігає розвитку масивного рубцевого процесу та рецидиву хвороби.

Список використаної літератури:

1. Волкова А.М. Хирургия кисти - Екатеринбург: ИПП «Уральский рабочий» - 1993. - 7с.
2. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. - Санкт-Петербург: Гиппократ, 1998. - 743с.
3. Виноградова Т.П., Канаев Н.Ф. Контрактура Дюпюитрена // Фельдшер и акушерка. - 1984. - №7. - С.14-19.
4. Горидова Л.Д. Болезнь Дюпюитрена и ее хирургическое лечение. Автореф. дисс. канд. наук. - Харьков. 1979. - 38с.