



УКРАЇНА

(19) UA (11) 33266 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/58МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ПОДОВЖЕННЯ ПЕРШОГО ПРОМЕНЯ У ХВОРИХ З ВРОДЖЕНОЮ АДАКТИЛІЄЮ КИСТІ

1

2

(21) u200802558

(22) 28.02.2008

(46) 10.06.2008, Бюл.№ 11, 2008 р.

(72) МИХНЕВИЧ ОЛЕГ ЕДУАРДОВИЧ, UA, ХАРСІ-
КА СЕРГІЙ МИХАЙЛОВИЧ, UA(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, UA(57) Спосіб хірургічного подовження першого про-
меня у хворих з вродженою адактилією кисті, що
включає формування шкірно-підшкірних клаптів та
подовження першого променя, який **відрізняється**
тим, що для подовження першого променя ви-
конують транспозицію п'ятої п'яної кістки на куксу
першої на трофічній м'якотканинній ніжці.

Корисна модель відноситься до медицини, а
саме до хірургії, і призначена для лікування хворих
з вродженою адактилією кисті.

Вроджена адактилія кисті характеризується
відсутністю всіх пальців кисті, спричиненою
амніотичними перетягами або ж порушенням
поперечного розвитку кисті. Таке порушення
розвитку приводить до повної втрати функції кисті
як органу дотику та захвату і, як наслідок, тяжкої
інвалідності хворих.

Успішне лікування адактилії кисті - тільки хіру-
ргічне. Частота вродженої адактилії кисті стано-

вить від 1:15000 до 1:2500 новонароджених. Таким
чином при середній народжуваності в Україні 400
тисяч дітей на рік, в нашій країні адактилія кисті
повинна бути діагностована та реконструктивна
операція виконана у 7-9 дітей щорічно. Однак за
даними центральних клінік дитячої хірургії та ор-
топедії України в УДСЛ «ОХМАТДИТ» НДІ ПАГ,
ІТО щорічно оперовані не 7-9, а в середньому ли-
ше 1-2 дитини на рік, а оперовані за останні 8 років
тільки четверо дітей.

Таблиця 1

Частота діагностики вродженої адактилії кисті в Україні

Оцінка за відношенням народжуваності (400тис.) до частоти вади в популяції (1:15000-25000)	Кількість пацієнтів, щорічно
Повинно оперуватись	7-9
Насправді оперується	0,3

Не зважаючи на демонстративність патології,
вбачають дві основні причини такого вражаючого
розходження частоти лікування адактилії кисті в
Україні:

1. Відсутність обізнаності лікарів-ортопедів про
можливість оперативного лікування таких дітей в
Україні.

2. Більшість цих дітей є вихованцями дитячих
будинків та наявність у переважної більшості супу-
тніх вроджених вад розвитку, що ставить під сум-
нів доцільність виконання реконструктивних опе-
рацій.

Недоліком існуючих методів оперативного лі-
кування є технічно складні методики та погані на-

ближені та віддалені наслідки. Це призводить до
того, що жодна з цих методик не застосовується, а
отже діти залишаються без адекватної медичної
допомоги.

Відомий спосіб комбінованої пластики кукси
першого пальця кисті, [1], що включає формування
шкірного променевого клаптя, мобілізацію проме-
невої артерії, забор кісткового фрагменту з окіс-
тям, його остеосинтез з куксою 1-го променя та
закриття пальця променевим клаптем з наступним
зашиванням рани на кисті та передпліччі. Цей спо-
сіб вимагає високої технічної підготовки та має
велику травматичність.

(13) U

(11) 33266

(19) UA

Найближчим аналогом (прототипом) є спосіб реконструкції першого пальця кисті [2]. Ця методика вимагає формування двох шкірно-підшкірних клаптів та подовження першого променя шляхом подальшої дистракції трансплантату, що є досить травматичною процедурою, а також продовжує лікування до 4-5 місяців.

Корисна модель, що заявляється, вирішує задачу зменшення травматичності операції та скорочення терміну лікування.

Технічний результат, отриманий від вирішення задачі, зводиться до створення мікальцевого захвату, що надає кисті можливість частково виконувати свою функцію, зниження частоти ускладнень та скорочення тривалості періоду реабілітації після хірургічної корекції вродженої адактилії кисті.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі, що включає формування шкірно-підшкірних клаптів та подовження першого променя згідно корисної моделі для подовження першого променя виконують транспозицію п'ятої п'ясної кістки на куксу першої на трофічний м'якотканинний нікці.

Відмінними ознаками корисної моделі, що заявляється, є відносна простота та відсутність застосовування distraкції трансплантату, нема ризику розвитку його некрозу та необхідності мікрохірургічного втручання. Саме це робить спосіб лікування широкодоступним, на відміну від вказаних прототипів. Новизна полягає в оптимізації хірургічного лікування вродженої адактилії кисті шляхом відтворення одного з видів захвату за рахунок транспозиції п'ятої п'ясної кістки на кульку першого променя.

Спосіб здійснюють наступним чином:

Під час огляду дитини (за звичай 3-4 роки життя, коли з дитиною вже можливий продуктивний контакт) проводять Rg-графію та ретельну пальпацію ділянки тенора. За наявності клінічних даних про збереження тенорних м'язів проводять сонографічне обстеження в порівнянні зі здоровою кистю на предмет підтвердження пальпаторного обстеження. Ця умова є критично важливою для правильного висновку щодо доцільності оперативного лікування, принцип якої наступний. По тильно-торцевій поверхні кисті з боку 1-го променя проводять розріз шкіри та підшкірної клітковини до 5-ї п'ястної кістки з булавовидним розширенням Лінію розрізу подовжують на 1,5-2см в бік долоні і проводять назад до першого променя. Відсепаровують цілюнопластовий шкірний клаптик, оголюють торець кісткових кукс всіх п'ясних кісток крім п'ятої, зберігаючи при цьому зв'язок клаптя та п'ятої п'ястної кістки. Виділяють торець кукси першого променя, а сухожилки тенарних м'язів переміщують проксимальніше. Через рану в ділянці піпотенара виділяють п'яту п'ясну кістку, яка в проксимальній частині повністю відокремлюється від м'яких тканин та проводять його екзартикуляцію. Отриманий невідільний кістковий аутоотрансплантат перенос-

сять на торець кукси 1-го променя, огортають шкірним клаптем. На булавовидному потовщенні в середній його частині проводять розтин шкіри і часткове оголення торця кісткового трансплантату, який зіставляється з торцем скелетованого першого променя і через обидві кістки фіксують спицею впродовж осі після освіження контактуючих кінців кісток. Шкірний клапоть зшивають з краями проксимальної частини клаптя без натягу, формуючи перший міжпальцевий проміжок. Рану на торці кісті зашивають і, при необхідності, закривають шкірним аутотрансплантатом.

Приклади конкретного виконання способу.

Хвора Н., 3,5 років (історія хвороби №1238/1322) поступила до відділення зі скаргами на вроджену відсутність пальців правої кисті, неможливість виконувати кистю будь-які функції. Проведено фізикальне обстеження, при якому виявлено відсутність кисті дистальніше $\frac{2}{3}$ п'ясних кісток (в порівнянні зі здоровою кистю). Збережена частина кисті за розмірами мало відрізняється від здорової. При проханнях виконати рухи кистею спостерігається певна рухливість першої п'ясної кістки. Пальпаторно в ділянці тенору пальпується м'язовий масив, приблизно вдвічі менший за такий на здоровій кисті. На рентгенограмі виявили відсутність дистальних епіфізів 2-5-х п'ясних кісток, дистальна частина першої п'ясної кістки збережена. Сонографічно спостерігається наявність зменшеного приблизно вдвічі (знову ж таки в порівнянні зі здоровою кистю) м'язового масиву. Діагноз - вроджена адактилія правої кисті. Виконано оперативне втручання (30.09.01): реконструктивна операція за авторським методом. Рана зажила первинним натягом, шпиця видалена через 3 тижні. Через 2 місяці після операції проведена Rg-графія, лізису трансплантату не виявлено, на місці контакту кісток утворилася кісткова мозоль. Хворий міг виконувати міжпальцевий захват, утримувати досить великі предмети (ложка, олівець).

В клініках

- було прооперовано 4 дітей на п'яти кистях. У всіх оперованих дітей був відтворений аналог міжпальцевого захвату, не спостерігалось випадків лізису трансплантантів та некрозу шкіри. В двох випадках дефект тканин на торці кисті був частково закритий вільними шкірними трансплантатами.
- Таким чином, запропонована нами хірургічна методика дозволяє відновити один з видів захвату кисті, що в умовах повної втрати її функції має велике практичне значення.
- Література
1. Токарев А.Е., Козюков В.Г. Способ реконструкции первого пальца кисти Патент РФ №2072807 С1, 10.02.1997.
 2. Азолов В.В., Петров С.В., Александров Н.М. Реконструктивно-восстановительные операции при отсутствии пальцев кисти //Ортопед, травматол. и протезир. -1993. - №3. - С.18-25.

