



УКРАЇНА

(19) UA (11) 33707 (13) A

(51) 6 A61B17/56

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

(54) СПОСІБ ВЗЯТТЯ КІСТКОВОГО ТРАНСПЛАНТАТА

(21) 99031686

(22) 10.06.1999

(24) 15.02.2001

(33) UA

(46) 15.02.2001, Бюл. № 1, 2001 р.

(72) Маланчук Владислав Олександрович, Березовська Наталія Афеонівна, Воловар Оксана Степанівна

(73) Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця (НМУ)

(57) Спосіб взяття кісткового трансплантата шляхом вилучення донорської кістки, заміщення дефекту кістковим трансплантатом, який **відрізняється** тим, що після взяття трансплантата з півсуглобом та півкапсулою, залишившийся півсуглоб відновлюють ушиванням півкапсули, а кістковий дефект заміщують ауто трансплантатом на м'язовій ніжці, викроєної з суміжної кістки.

Винахід відноситься до області медицини, а саме - до медичної оперативної техніки, що застосовується в реконструктивно-відновній хірургії обличчя і інших частин тіла.

Відомий спосіб взяття трансплантата зі стопи (II-IV плюсневої кістки) для подальшого заміщення дефекту щелепи з відновленням донорської кістки ліофілізованою кісткою [1].

Вказаний спосіб має недолік - зберігається можливість післяопераційного укорочення донорського пальця, так як алотрансплантат часто розсмоктується частково або повністю, що негативно позначається на зовнішньому вигляді стопи.

Метою винаходу є усунення цієї вади, а саме - збереження донорського пальця стопи і відновлення донорської кістки.

Вказана мета досягається тим, що після взяття трансплантата формують з сусідньої кістки кістковий трансплантат половинної товщини кістки на м'якотканевій м'язовій ніжці, переносять і формують його в області дефекту донорської кістки.

Всі суттєві ознаки, що характеризують винахід, полягають в такому.

Цим способом відновлюються кістковий дефект донорської III або IV метатарзальної кістки ступені, який береться разом з ПФС для відновлення скронево-нижньощелепного суглобу при деформаційних атрозах та фіброзних, кісткових анкілозах.

Відсутнє укорочення донорського (III чи IV) пальця ступні, яке є коли відновлюють донорський дефект III чи IV метатарзальної кістки.

Зберігаються функції ступні, а саме - опора, ресорна, поштовхна, балансована. При наявності дефекту донорської метатарзальної кістки (III чи IV) ці функції порушуються, кульгавість утриму-

ється до 2-3 місяців, а при проведенні відновлення донорської кістки методом взяття фрагменту сусідньої II метатарзальної кістки на поживній м'язовій ніжці кульгавість втримується протягом одного місяця.

Відновляється анатомічна цілісність тильної поверхні ступні, її зовнішній вигляд, відсутня рубцева деформація шкіри в ділянці оперативного втручання.

Спосіб виконують таким чином. Під анестезією з подовжного доступу на тильній поверхні стопи беруть трансплантат - метатарзальну кістку з півкапсулою плюсно-фалангового суглоба. Трансплантат використовують за призначенням. Ту, що залишилася на основній фаланзі пальця півкапсулу суглоба ушивають, чим відновлюють порожнину донорського суглоба. Потім з сусідньої метатарзальної кістки викроюють кістковий трансплантат на м'якотканевій м'язовій ніжці шляхом розтину кістки по середній лінії, причому довжина трансплантата рівна довжині кісткового дефекту. Трансплантат на ніжці переміщують та фіксують в області дефекту, чим відновлюють взятую кістку. Рану ушивають. Післяопераційний період ведуть без особливостей. Таким чином, метод дозволяє: 1) відновити порожнину суглоба за рахунок півсуглоба, що залишилася; 2) відновити донорську метатарзальну кістку.

На фіг. 1 та 2 наведено ілюстративний матеріал, де на фіг. 1 демонструється зона остеотомії II метатарзальної кістки, тобто взяття кісткового трансплантату з метою відновлення донорського дефекта III метатарзальної кістки. Довжина кісткового трансплантата (II метатарзальна кістка) відповідає довжині донорського дефекта III метатарзальної кістки. Кістковий трансплантат після остеотомії переноситься на м'язовій поживній ніжці. На

(19) UA (11) 33707 (13) A

фіг. 1 позначено у вигляді штрихових ліній. В ділянці дефекту в проксимальному відділі показано залишок капсули плюсно-фалангового суглоба ступені зашито, що роблять відразу після взяття III метатарзальної кістки з напівкапсулою плюснофалангового суглоба.

Окремо демонструється кістковий трансплантат III метатарзальної кістки з зашитою напівкапсулою плюсно-фалангового суглоба, який застосовують для артропластики скорнево-нижньощелепного суглоба при деформівних остеопатрозах та анкілозах.

На фіг. 2 демонструється результат хірургічного втручання на донорській ступені, видно кістковий трансплантат, який отримано з II метатарзальної кістки на поживній м'язовій ніжці, переміщений в зону дефекту III метатарзальної кістки і фіксований в дистальному відділі дротяним гвинтом.

Приклад конкретного виконання способу

Хворий Н., 39 років, поступив з діагнозом рецидив анкілоза лівого скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС). Анамнез: в 1978 р. після травми нижньої щелепи (уламаний перелом лівого мищелкового відростка) переніс 8 операцій на суглобі і гільці щелепи (в м. Херсоні і м. Одесі), в результаті рот закотився. Об'єктивно: деформація і асиметрія обличчя за рахунок припухлості м'яких тканин в області лівого СНЩС, відкривання роти обмежено - 4 мм. У лівій піднижньощелепній області - післяопераційний рубець. Рентгенологічно: деформація лівої головки нижньої щелепи, суглобова щілина відсутня, є великий кістковий конгломерат в області мищелкового відростка.

16. 05. 1991 р. операція артропластика СНЩС плюсно-фаланговим ауто-суглобом. Під наркозом після остеотомії нижньої щелепи і взяття з правої III плюсневої кістки з півкапсулою суглоба зроблена типова артропластика СНЩС плюсно-

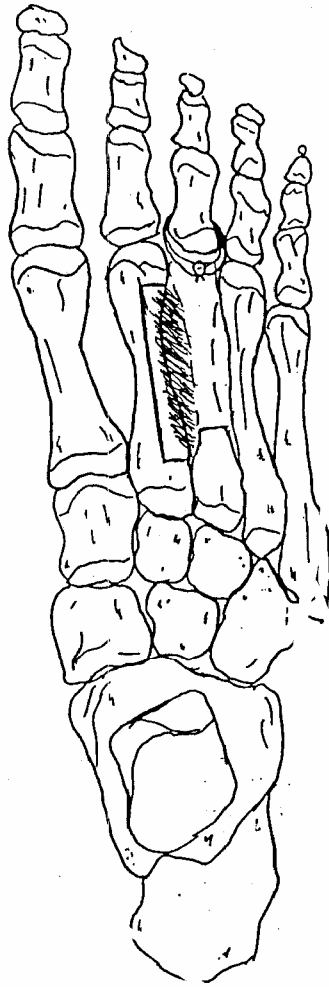
фаланговим суглобом. Потім приступили до пластичного відновлення дефекту донорської кістки: ушиттям півкапсули, що залишилася, відновили донорський суглоб; з сусідньої II метатарзальної кістки викроїли кістковий трансплантат довжиною 30 мм, шириною 4,5 мм шляхом розтину II метатарзальної кістки по середній лінії. Довжина трансплантата рівна довжині створеного кісткового дефекту - 30 мм. Одночасно сформували м'якотканеву м'язову ніжку трансплантата. Кістковий трансплантат перемістили і фіксували в області дефекту за допомогою шва до залишеної частини III плюсневої кістки. Рану ушили. Післяопераційний період без особливостей. Перші 1-3 дні хворий донорську кінцівку не навантажував. Опорність стопи відновилася з 3-4 дня після операції. Кульгавість тривала 2 тижні. Протягом 1 місяця відновилася повна функція стопи. Зовні в донорському місці стопи відмічається післяопераційний рубець довжиною 40-50 мм, укорочення донорського пальця через 1,5 місяці після операції немає. Рентгенографія стопи після операції - трансплантат з II метатарзальної кістки повністю відновлює відсутню III метатарзальну кістку.

Свідчення до застосування способу: необхідність відновлення донорської кістки при взятті кісткового трансплантата для аутопластики.

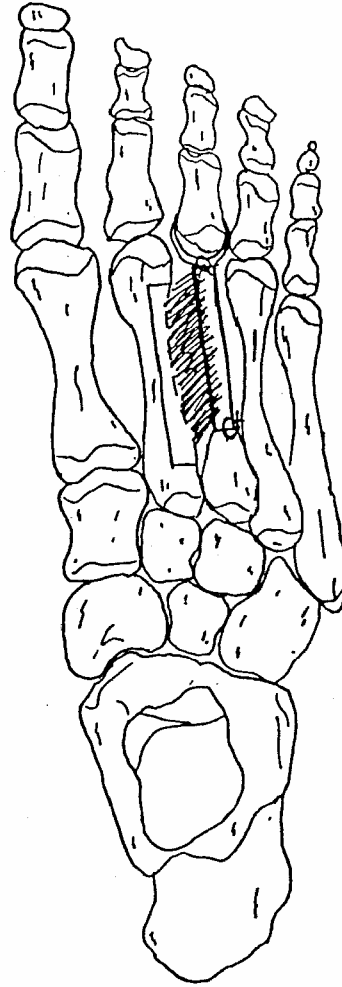
Переваги заявленого способу: спосіб усуває укорочення донорського пальця, яке утворюється внаслідок рубцевого стеження м'яких тканин в області видаленої донорської кістки (II-IV плюсневої кістки); відновлює анатомічну цілісність стопи і її зовнішній вигляд, зберігає повноцінні функції стопи (опорна, балансована, поштовхова, ресорна).

Джерела інформації

1. Плотников Н.А. Костная пластика нижней челюсти. - М., 1979. - С. 34-35.



Фіг. 1



Фіг. 2

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60x84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
