



УКРАЇНА

(19) UA (11) 37810 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) ДВОХКЛАПОТНИЙ СПОСІБ АМПУТАЦІЇ СТЕГНА

(21) 2000042214

(22) 18.04.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Мустяц Олександр Павлович, Запорожець Валерій Кузьмич, Брежнев Володимир Петрович, Буханець Сергій Анатолійович, Орехов Олексій Анатолійович

(73) Мустяц Олександр Павлович, Запорожець Валерій Кузьмич, Брежнев Володимир Петрович, Буханець Сергій Анатолійович, Орехов Олексій Анатолійович

(57) 1. Двохклапотний спосіб ампутації стегна, включаючий перетинення шкіри і м'язів, судинно-нервових утворень, кістки і формування кукси, **відрізняється** тим, що формується більший шкіряно-фасціальний клапоть із латеральної поверхні стегна у сагітальній площині, а менший шкіряно-фасціальний клапоть - із медіальної поверхні стегна з послідовними шкіряними швами на внутрішньому боці кукси.

2. Двохклапотний спосіб ампутації стегна по п. 1? **відрізняється** тим, що на опорній частині кукси стегна розміщується непошкоджена ділянка шкіри.

Винахід відноситься до медицини, зокрема - до хірургії.

В хірургії відомі одномоментні, двомоментні та тримоментні засоби ампутації нижніх кінцівок, серед яких аналогом, найбільш близьким за сукупністю ознак до винаходу, є двомоментний засіб ампутації нижніх кінцівок (див.: Оперативная хирургия и топографическая анатомия / Ред. К.И. Кульчицкий. - К.: Вища шк., 1989. - С. 438, 452). При цьому на першому етапі перетинається шкіра та підшкіряна клітковина до фасції, потім шкіра зміщується вгору і по краю її перетинаються усі м'язи до кістки, а наприкінці перепилоється і кістка. Шкіряний клапоть при цьому відсепаровується у передньо-задньому напрямку (див.: Годунов С.Ф. Способы и техника ампутаций. - Л.: Медицина, 1967. - С. 18-19).

Серед двомоментних засобів найбільш близьким до пропонованого є ампутація стегна двохлаптевим шкіряно-фасціальним засобом, при якому також виконується відсепарування шкіри разом з фасцією, клапті формуються у співвідношенні 1/3:2/3 (див.: Островерхов Т.И. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. - М. Медицина, 1972. - С. 286). Усі етапи операції (перетинання шкіри, підшкіряної клітковини, фасції, м'язів та кістки) збігаються з аналогічними етапами винаходу.

Суттєвим недоліком згаданих засобів є те, що ампутаційна кукса частіше піддається атрофії, м'язи потоншуються, шви та рубці знаходяться на одній частині кукси. Враховуючи те, що звичайно виконується циркулярна ампутація на рівні стегна, утворений післяопераційний рубець піддається

травматизації кістковим опилом, що призводить до трофічних порушень, а це веде до утворення конічної кукси. В результаті погіршуються умови для протезування і кукса стає малофункціональною.

В основу винаходу було покладено завдання удосконалення техніки виконання операції ампутації нижньої кінцівки шляхом оригінального викроювання шкіряного клаптя, завдяки чому створюються оптимальні умови до загоювання рани і формування кукси з подальшим успішним протезуванням.

Суть винаходу полягає в тому, що операція ампутації стегна виконується в три етапи (перетинається шкіра та підшкіряна клітковина до фасції, потім шкіра зміщується вгору і по краю її перетинаються усі м'язи до кістки, а наприкінці перепилоється і кістка, більший клапоть - передній - формується по відношенню до меншого - заднього - як 1/3:2/3). Але викроювання шкіряно-фасціальних клаптів при цьому, на відміну від прототипу, виконується у сагітальній площині на бокових поверхнях стегна (при двомоментному засобі ампутації шкіряно-фасціальні клапті викроюються у фронтальній площині). Тепер уже латеральний клапоть становить 2/3, а медіальний 1/3 від діаметра стегна на рівні ампутації. В результаті проведеної операції під опилом стегнової кістки знаходиться не рубець, а непошкоджена шкіра. Пошук, проведений по джерелах науково-технічної та патентної інформації, показав, що сукупність ознак рішення за винаходом невідома. Отже, пропоноване рішення відповідає вимозі новизни.

Ампутація по даному засобу виконується таким чином. В сагітальній площині викроюються латеральний та медіальний клапті, довжина яких співвідноситься як 2/3 до 1/3. Одночасно з викроюванням шкіряного клаптя з латеральної сторони підхвачується широка фасція стегна з *tr. iliotibialis* (*fascia lata* з латеральної сторони має апоневрозичне побудування і посилена *tr. iliotibialis*, який є сухожилком *m. tensor fasciae lata*), що служить додатковим каркасом при формуванні ампутаційної кукси. М'язи перетинають в циркулярному напрямку, далі перетинають судинно-нервовий пучок, виконують алкохолізацію сідничного нерва.

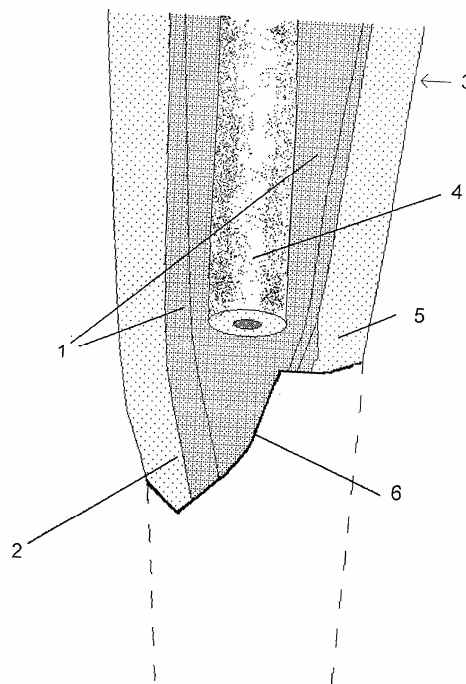
Кістка перепилюється, потім з'єднуються передні та задні групи м'язів, медіальна група з'єднується з латерально розташованим *tr. iliotibialis* і латеральною групою м'язів.

Дренування здійснюється двома отвірними поліхлорвініловими трубками: однією - до опилу стегнової кістки, іншою - під шкіряно-фасціальний клапоть з подальшою активною аспірацією. Рідкі шви на шкіру. Підшкіряна клітковина дренується гумовими випускниками.

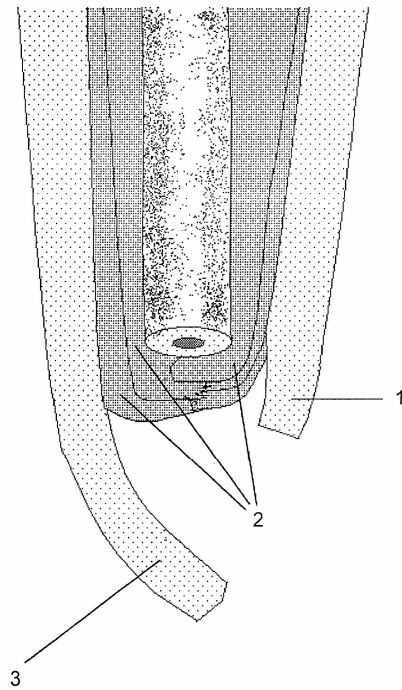
Етапи операції ілюстровані малюнками. Так, на фіг. 1 показано схему викроювання шкіряно-фасціальних клаптів: 1 - м'язи, 2 - латеральний клапоть, 3 - медіальна поверхня стегна, 4 - *os femoris*, 5 - медіальний клапоть, 6 - проекція шкіряного розтину (співвідношення латерального клаптя до медіального становить як 2/3 до 1/3). Фіг. 2 ілюструє схему зшивання м'язів над опилом стегнової кістки та зовнішній вигляд шкіряно-фасціальних клаптів у передньо-задній проекції: 1 - медіальний клапоть, 2 - м'язи, 3 - латеральний клапоть. Фіг. 3 ілюструє схему сформованої кукси з системою дренажів у тій же проекції: 1 - дренажна трубка, 2 - лінія зіставлення підшкіряної клітковини, 3 - шви на шкірі, 4 - лінія зіставлення шкіри, 5 - гумові випускники, 6 - напрямок до відсосу.

Викладений засіб ампутації був використаний при проведенні операції у 11 хворих, які знаходились на лікуванні у хірургічному відділенні 2-ї міської лікарні м. Луганська з приводу термінальних стадій облітеруючих захворювань судин кінцівок з наявністю гангрен. Наводимо короткий опис одного випадку.

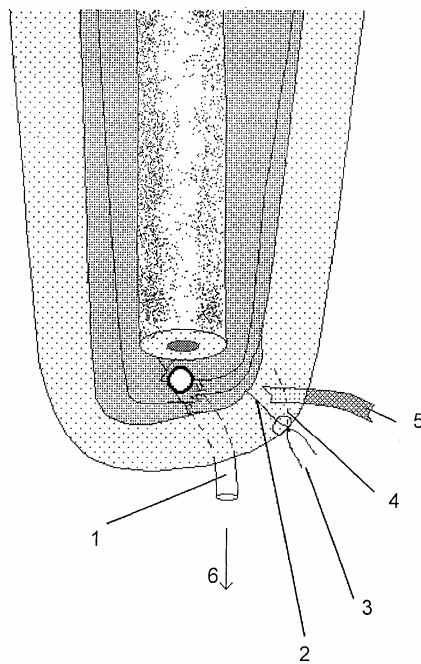
Хворий С., 81 року, історія хвороби № 1339, знаходився у хірургічному відділенні 2-ї міської лікарні м. Луганська з 17.02.1998 по 14.03.1998 з діагнозом: облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок, оклюзія стегново-підколінного сегмента III-IV ст. зліва. Гангрена лівої стопи. 27.02.1998 виконана операція ампутації лівої, нижньої кінцівки на рівні середньої третини стегна. Шкіряно-фасціальні клапті викреслені в сагітальній площині, співвідношення латерального та медіального клаптя становить 2/3:1/3. Перетинання всіх інших тканин - згідно шкіряно-фасціальному засобу (м'язи перетинались у циркулярному напрямку в два етапи, потім після обробки надкісття та судинно-нервового пучка перепилювалась пилюкою Джілли стегнова кістка). Обробка опилу стегнової кістки. М'язи-антагоністи зшивались спершу в передньо-задньому, потім - у боковому напрямку. З латеральної сторони в шов був захоплений *tr. iliotibialis*. Дренування виконувалось двома отвірними поліхлорвініловими трубками: однією - до опилу стегнової кістки, іншою - під шкіряно-фасціальний клапоть з подальшою активною аспірацією. Рідкі шви на шкіру. Підшкіряна клітковина дренувалась гумовими випускниками. Рана загоїлась первинним натягом. Шви зняті на 9 добу. У задовільному стані хворий на 12 добу після операції був виписаний для амбулаторного лікування по місту житла. Через 1,5 міс. здійснено протезування. При огляді через 2 роки хворий відчуває себе задовільно, кукса сформована добре. Хворий вільно користується протезом.



Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3

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