



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **46419** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЧЕРЕЗКОЛІННОЇ АМПУТАЦІЇ СТЕГНА

1

2

(21) u200905501

(22) 01.06.2009

(24) 25.12.2009

(46) 25.12.2009, Бюл.№ 24, 2009 р.

(72) ЗЮБРИЦЬКИЙ МИКОЛА МИХАЙЛОВИЧ,
СТРИШКА РУСЛАН ЄВГЕНІЙОВИЧ

(73) ЗЮБРИЦЬКИЙ МИКОЛА МИХАЙЛОВИЧ,
СТРИШКА РУСЛАН ЄВГЕНІЙОВИЧ

(57) Спосіб черезколінної ампутації стегна, який полягає у формуванні переднього шкірно-фасціального клаптя на рівні надколінника з вида-

ленням останнього, розкритті колінного суглоба з пересіченням бокових та хрестоподібних зв'язок, пересіканням м'язів на рівні їх сухожилків, поперечним пересіченням заднього шкірно-фасціального клаптя, перепиленні стегнової кістки, перев'язкою судин та пересіченням сідничного нерва, який **відрізняється** тим, що стегнова кістка перепилюється на рівні нижньої третини її діафіза і зберігається частина синовіальної оболонки після плазмової коагуляції її поверхневого шару.

Корисна модель стосується медицини і може бути використана у хірургічному лікуванні гангрен нижніх кінцівок при оклюзійних судинних захворюваннях, а також при поширених та резистентних до лікування гнійно-некротичних процесів гомілки та масивній травмі кінцівки нижче колінного суглобу.

Відомі різноманітні способи ампутації кінцівки на рівні нижньої третини стегна [1,2,3]. Як аналог, наприклад, спосіб ампутації стегна дистальної третини за Д.А.Араповим [4]. Ознаки способу:

1) викроєння переднього шкірно-фасціального клаптя на рівні нижньої третини стегна;

2) викроєння переднього м'язового клаптя;

3) перепилення стегнової кістки;

4) перев'язка судин та пересічення сідничного нерву;

5) поперечне перерізання заднього м'язово-шкірно-фасціального клаптя з наступним формуванням кукси стегна.

З корисною моделлю, який пропонується, співпадає послідовність таких етапів операції: перепилення стегнової кістки, а потім перев'язка судин і пересічення сідничного нерву. Вада цього способу полягає в тому, що пересікається значний масив м'язів, а це є травматичним моментом і загрожує надмірною ретракцією м'язів в післяопераційному періоді з формуванням патологічної кукси стегна.

Прототип корисної моделі - тендофасціопластична ампутація стегна за Календером [1]. Ознаки способу:

1) викроєння переднього шкірно-фасціального клаптя на рівні бугристості великогомілкової кістки;

2) розкриття колінного суглобу з пересіченням бокових та хрестоподібних зв'язок;

3) повне видалення синовіальної оболонки та надколінника із збереженням сухожилка чотирьохголового м'язу;

4) перепилення стегнової кістки над мищелками;

5) перев'язка судин і пересічення сідничного нерву на рівні підколінної ямки;

6) підшивання сухожилка чотирьохголового м'язу до задньої поверхні надкістя стегнової кістки;

7) зшивання переднього і заднього шкірно-фасціальних клаптів.

З корисною моделлю, який пропонується, співпадає друга ознака видалення надколінника та обробка судин і нервів після пересічення стегнової кістки.

Вадою прототипу є видалення синовіальної оболонки, що підвищує травматичність операції, та наявність довгої кукси стегна через низьке перепилення стегнової кістки на надмищелковому (метафізарному) рівні, що робить таку куксу функціонально непридатною для протезування через невідповідність вісі протезного суглобу з здоровою кінцівкою.

Задача, на вирішення якої спрямований Корисна модель, полягає в тому, щоб при ампутації стегна в нижніх відділах зберегти опорну функцію кукси, зменшити вірогідність можливих ускладнень, пов'язаних з пересіченням м'язів, і тим самим

(13) **U**

(11) **46419**

(19) **UA**

підвищити ефективність лікування хворих з незворотними ішемічними та гнійно-некротичними змінами ступні і гомілки.

Суттєві ознаки корисної моделі:

1) розріз м'яких тканин на рівні колінного суглоба в зоні з найменш розвинутою підшкірною клітковиною та судинними розгалуженнями;

2) розкриття колінного суглоба з пересіченням бокових та

3) хрестоподібних зв'язок, що забезпечує оптимальний доступ до стегнової кістки;

4) видалення надколінника та збереження верхнього звороту синовіальної оболонки капсули колінного суглоба;

5) пересічення м'язів стегна на рівні їх сухожиль, що попереджує їх надлишкову ретракцію і не потребує гемостазу;

6) попереднє перепилення стегнової кістки в нижній третині з метою полегшення послідувочої перев'язки судин і пересічення сідничного нерва;

7) плазмове коагуляція поверхневого шару збереженої синовіальної оболонки.

Відмінні ознаки корисної моделі: 1) черезколінне перепилення стегнової кістки в нижній третині її діяфіза; 2) часткове збереження синовіальної оболонки верхнього завороту капсули колінного суглобу з послідувочим знищенням її поверхневого шару плазмовою коагуляцією. Завдяки цим ознакам створюються оптимальні функціональні умови для протезування кукси стегна, зменшується травматичність операції та підвищується опорність такої кукси.

Техніка виконання черезколінної ампутації стегна полягає у наступному: (Фіг.1), (Фіг.2).

1) напівовальне розсікання шкіри та фасції на рівні надколінника з формуванням переднього клаптя кукси стегна;

2) видалення надколінника і збереження його ложа;

3) розкриття колінного суглобу з пересіченням бокових та хрестоподібних зв'язок;

4) поперечне пересічення заднього шкірно-фасціального клаптя;

5) пересікання задньої групи м'язів на рівні їх сухожиль;

6) перепилення стегнової кістки на рівні нижньої третини її діяфіза;

7) перев'язка магістральних судин і пересічення сідничного нерва;

8) формування кукси стегна, шляхом зшивання переднього та заднього шкірно-фасціальних клаптів.

Цей спосіб використано у 5 хворих. Із них атеросклеротична гангрена стопи була в 4 пацієнтів, тромбоемболія підколінної артерії з розвитком незворотніх ішемічних змін ступні та гомілки - в одного хворого. Ускладнень зі сторони операційної рани (нагноєння, гематома, крайовий некроз шкіри) не було. Середній термін перебування в стаціонарі склав 14 ± 2 дні. При огляді хворих через місяць - паталогічних змін зі сторони кукси стегна не виявлено.

Наведемо клінічний приклад. Хворий Л., 82 р. Поступив у відділення з ознаками ішемічної гангрені лівої ступні, викликаній облітеруючим атеросклерозом судин нижніх кінцівок. Пульсація на артеріях ступні та підколінній артерії відсутня, на стегновій - знижена. При реовазографії встановлено відсутність кровотоку на рівні ступні, зменшення його до 20% на рівні гомілки та до 45% - на рівні стегна.

Під спинно-мозковою анестезією виконано черезколінну ампутацію лівого стегна. Післяопераційний період проходив без особливих ускладнень. Рана зажила первинним натягом. Шви зняті на 12 добу. Пацієнт виписаний додому в задовільному стані.

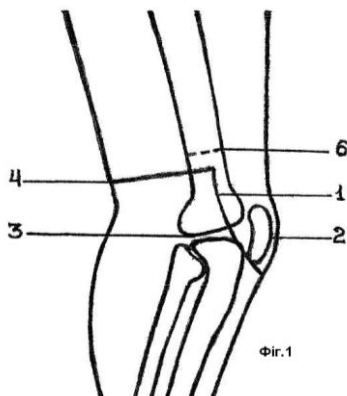
Література

1. Годунов С.Ф. Способы и техника ампутаций. /С.Ф.Годунов. - Л.: Медицина - 1967г. - 204с.

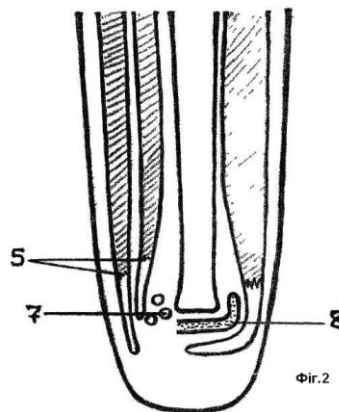
2. Чаклин В.Д. Основы оперативной ортопедии и травматологии. /В.Д.Чаклин. - М.: Медицина. - 1964 г.-737с.

3. Шапошников Ю.Г. Ампутация конечностей в военно-полевых условиях./Ю.Г.Шапошников, Н.Н.Кукин, А.В.Низовой. - М.: Медицина. - 1980г. - 150с.

4. Арапов Д.А. Анаэробная газовая инфекция. /Д.А.Арапов. - М.: Медицина. - 1972г.- 216с.



Фиг.1



Фиг.2

