



УКРАЇНА

(19) UA (11) 60108 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ УЛЬНАРНОЇ ДЕВІАЦІЇ II-V ПАЛЬЦІВ КИСТІ ПРИ ПСОРИАТИЧНОМУ АРТРИТІ

1

2

(21) 2003010801

(22) 30 01 2003

(24) 15 09 2003

(46) 15 09 2003, Бюл. № 9, 2003 р.

(72) Бур'янов Олександр Анатолійович, Кваша Володимир Петрович

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб лікування ульнарної девіації II - V пальців кисті при псоріатичному артриті, що включає позовжнє розсічення сухожилкового розтягнення з променевої сторони, скороченої бокової

зв'язки суглоба, сухожилків міжкісткових та хробакоподібних м'язів - з ліктьової, ушивання розсіченого з променевої сторони сухожилкового розтягнення по типу дублюкатури, який відрізняється тим, що додатково розсікають міжсухожилкову перемичку, фіксацію сухожилка в правильному положенні здійснюють за рахунок формування муфти із сухожилкового розтягнення з променевої сторони та міжсухожилкової перемички, а муфту підсилюють сухожилковим розтягненням з ліктьової сторони

Винахід відноситься до медицини, зокрема до ортопедії, і може бути використаний для оперативного лікування ульнарної девіації II - V пальців кисті при псоріатичному артриті

Псоріатичний артрит - хронічне прогресуюче захворювання апарату руху та опори, яке за даними різних авторів зустрічається від 5% до 60% випадків від усіх хворих на псоріаз і призводить до довготривалої втрати працездатності та інвалідизації пацієнтів [1, 2]. Серед уражень апарату руху та опори патологія п'ястково-фалангових та міжфалангових суглобів кисті займає одне з перших місць і складає до 74,7%. Наслідком патологічних процесів у п'ястково-фалангових суглобах II-V пальців кисті виникає типова деформація - їх ліктьове відхилення (ульнарна девіація, деформація по типу "ласти моржа"). Складовими такої деформації є патологія як самих суглобів, так і їх сумково-зв'язкового апарату та сухожилків розгиначів.

Про ортопедичні способи лікування хворих на псоріатичний артрит, як у вітчизняній так і зарубіжній літературі існують лише поодинокі повідомлення в об'ємі декількох хворих на рівні описання тактики лікування у конкретного пацієнта, а щодо оперативного лікування уражень кисті, то таких повідомлень нами не виявлено. З іншого боку, верхня кінцівка має свої специфічні етапи розвитку анатомічної структури, особливі філогенетичні властивості та виняткові функції. На верхню кінцівку загалом, а особливо на кисть та пальці, відведено чинне місце як в руховому, так і в

соціальному плані. Порушення специфічних анатомо-кінезіологічних властивостей верхньої кінцівки призводить до значних функціональних недоліків, котрі проявляються неспроможністю в побутовому та професійному плані.

В якості прототипу вибраний спосіб лікування ульнарної девіації II-V пальців кисті при ревматоїдному артриті [3], який включає наступні етапи: з боку від сухожилка розгинача по ліктьовій стороні позовжньо розсікають сухожилкове розтягнення, а з ліктьової - розсікають скорочену бокову зв'язку суглобу, сухожилки міжкісткових та хробакоподібних м'язів, після чого сухожилок розгинача розміщують по середині суглобу та ушивають розсічене з променевої сторони сухожилкове розтягнення по типу дублюкатури. Недоліками способу є недостатня фіксація сухожилка розгинача, яка забезпечується лише дублюкатурою сухожилкового розтягнення з променевої сторони, що призводить до рецидиву деформації та порушення функції кисті.

Задача, яка вирішується способом, що заявляється, полягає в надійній фіксації сухожилка розгинача в правильному положенні, відновленні нормальних анатомо-біомеханічних умов та профілактиці ліктьового відхилення II-V пальців за рахунок використання сухожилкового розтягнення з променевої і ліктьової сторони та міжсухожилкових перемичок.

Технічний результат - підвищення ефективності лікування хворих з ураженнями кисті при псоріатичному артриті.

(13) A
(11) 60108
(19) UA

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі лікування ульнарної девіації II-V пальців кисті, що включає поздовжнє розсічення сухожилкового розтягнення з променевої сторони, скороченої бокової зв'язки суглобу, сухожилків міжкісткових та хробакоподібних м'язів - з ліктьової, ушивання розсіченого з променевої сторони сухожилкового розтягнення по типу дублюкатури, згідно винаходу, додатково розсікають міжсухожилкову перемичку, фіксацію сухожилка в правильному положенні здійснюють за рахунок формування муфти із сухожилкового розтягнення з променевої сторони та міжсухожилкової перемички, а муфту підсилюють сухожилковим розтягненням з ліктьової сторони.

Відмінною особливістю способу, що заявляється є відсічення міжсухожилкової перемички, фіксація сухожилка за рахунок муфти, які утворені сухожилковим розтягненням променевої сторони та міжсухожилкової перемичкою, що підсилюється сухожилковим розтягненням відсіченим з ліктьової сторони.

Запропонований спосіб пояснюється графічно.

На фіг 1 представлено загальний вигляд кисті та типові порушення анатомічних структур при ульнарній девіації кисті, де 1 - сухожилки розгиначів II-V пальців, 2 - міжсухожилкові перемички, 3 - сухожилкове розтягнення з ліктьової сторони, 4 - сухожилкове розтягнення з променевої сторони.

На фіг 2, 3, 4, 5 представлена послідовність виконання оперативного втручання, де 1 - сухожилки розгиначів II-V пальців, 2 - міжсухожилкові перемички, 3 - сухожилкове розтягнення з ліктьової сторони, 4 - сухожилкове розтягнення з променевої сторони.

Спосіб здійснюється наступним чином. Після розсічення шкіри та підшкірної клітковини (фіг 2) в залежності від потреби проводять капсулосиновектомію, артропластику і т.п., а також відсікають сухожилкове розтягнення 4 та міжсухожилкову перемичку 2 з променевої сторони поблизу сухожилка 1. Сухожилкове розтягнення з ліктьової сторони 3 відсікають на відстані від сухожилка розгинача 1. Потім (фіг 3) виводять сухожилок розгинача 1 в правильне положення та підводять під нього клапоть сухожилкового розтягнення 4. Наступним етапом (фіг 4) ушивають відсічений кінець сухожилкового розтягнення 4 до його основи над сухожилком розгинача 1. На заключному етапі (фіг 5) під сухожилок розгинача 1 підводять відсічену міжсухожилкову перемичку 2 та ушивають її в вигляді муфти. Мобілізоване сухожилкове розтягнення з ульнарної сторони 3 ушивають над сухожилком 1.

Гемостаз по ходу операції. Ушивання рани. Зовнішня іммобілізація протягом 2 тижнів з проведенням реабілітаційних заходів згідно періоду.

Конкретні приклади застосування.

Хвора М. (історія хвороби № 3670) знаходилась на стаціонарному лікуванні з діагнозом псоріатичний артрит, розповсюджена форма з пере-

важним ураженням суглобів обох кистей, функціональна недостатність суглобів II ступені. Псоріаз розповсюджений, бляшкова форма. Діагноз підтверджений достовірними анамнестичними даними, результатами фізикального та лабораторно-інструментального обстеження, а також відповідним обстеженням лікарем дерматологом.

Після відповідної передопераційної підготовки хворій одночасно виконана капсулосиновектомія чотирьох п'ястково-фалангових суглобів та фіксація сухожилка розгинача за запропонованою методикою.

Хвора Ю. (історія хвороби № 3415) госпіталізована з діагнозом псоріатичний артрит, розповсюджена форма з переважним ураженням суглобів обох кистей, функціональна недостатність суглобів III ступеню. Інвалідність I групи. Після відповідного обстеження хворій проведено (поетапно) оперативні втручання на п'ястково-фалангових суглобах обох кистей запропонованим способом з призначенням реабілітаційного лікування. На стаціонарному лікуванні знаходилась протягом 23 днів. При контрольному огляді через 11 місяців після стаціонарного лікування констатована I ступінь функціональної недостатності кистей, що дозволяє хворій повністю себе обслуговувати, виконувати практично всі побутові види робіт, самостійно користуватися власним автотранспортом.

За період з 1998 по 2002 рік на клінічних базах кафедри (дорожня клінічна лікарня № 1 ст. Київ, м. Київ, вул. М. Коцюбинського 8-А, НДІ травматології та ортопедії АМН України, м. Київ, вул. Вороб'ячого 27) було проліковано способом, що заявляється, 16 хворих на псоріатичний артрит з різним ступенем важкості ураження кистей, яким виконано оперативне втручання на 59 суглобах.

Клінічна практика показала високу ефективність способу, що проявлялось значним покращенням функціональних властивостей суглобів кистей та загального стану пацієнтів, розширенням їх побутової та соціальної активності.

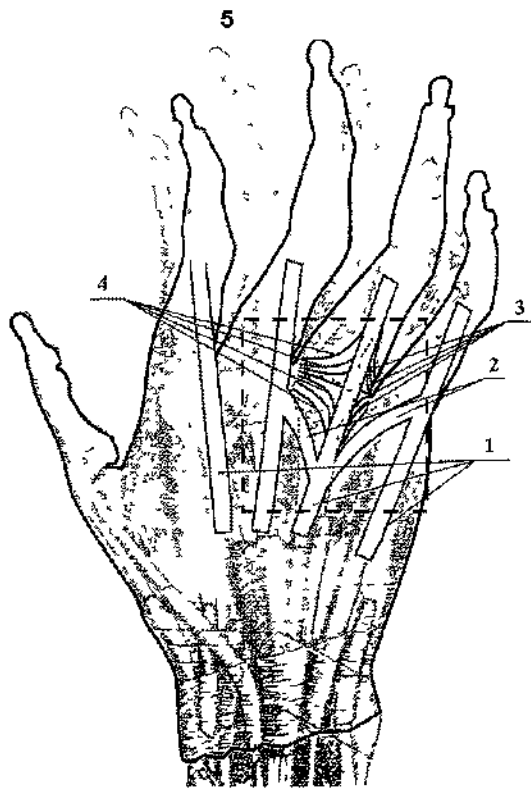
Таким чином, спосіб лікування ульнарної девіації II-V пальців кисті при псоріатичному артриті, що заявляється забезпечує значне покращення функціональних властивостей суглобів кистей та загального стану пацієнтів, розширює їх побутову та соціальну активність.

Література

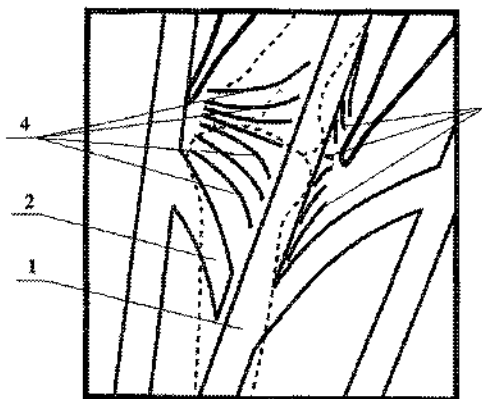
1 Милевская С. Г., Суколин Г. И., Куклин В. Т., Торбина О. В. Псоріатический артрит (патогенез, клиника, диагностика, лечение) - Казань, 1997 - 83с.

2 Biondi Oriente C., Scarpa R., Oriente P. Prevalence and clinical features of juvenile psoriatic arthritis in 425 psoriatic patients // Acta Derm Venereol Suppl (Stockh) - 1994 - № 186 - P 109-110.

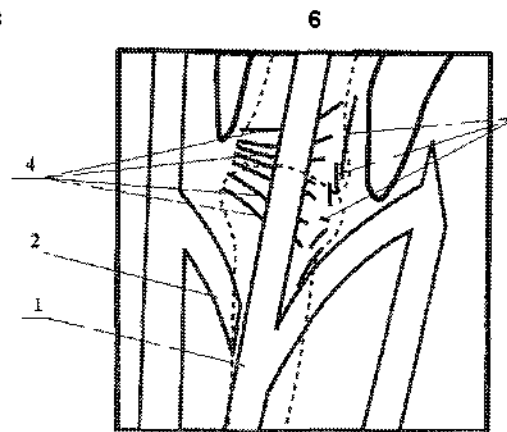
3 Пашков Б. Т. Ортопедическое лечение больных ревматоидным артритом с поражением верхней конечности. Дис. док. мед. наук. Киев, 1993 - 275 с.



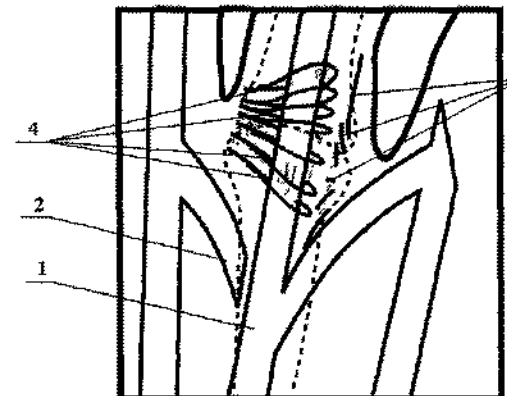
Фиг. 1
Загальний вигляд кисті та порушення
анатомічних структур при ульнарній
девіації пальців



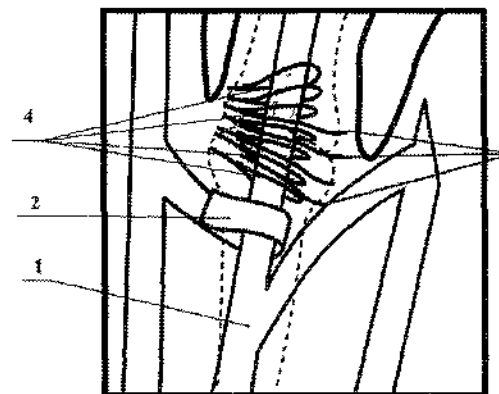
Фиг. 2
Перший етап оперативного втручання



Фиг. 3
Другий етап оперативного втручання



Фиг. 4
Третій етап оперативного втручання



Фиг. 5
Четвертий етап оперативного втручання