



УКРАЇНА

(19) UA (11) 61693 (13) A

(51) 7 A61B17/56

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

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОГО СУХОЖИЛКОВО-КАПСУЛЬНОГО ДЕФЕКТУ СУГЛОБА ПАЛЬЦЯ КИСТІ

1

2

(21) 2003032726

(22) 28 03 2003

(24) 17 11 2003

(46) 17 11 2003, Бюл. № 11, 2003 р.

(72) Борзих Олександр Володимирович, Борзих
Наталія Олександрівна, Труфанов Ігор Митрофа-
нович, Погоріляк Андрій Йосипович, Варін Влади-
слав Валерійович, Кравченко Олександр Володи-
мирович, Штупін Олексій Анатолійович(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-
ВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО(57) Спосіб хірургічного лікування післятравматич-
ного сухожилково-капсульного дефекту суглоба
кисті, що включає закриття дефекту суглоба
м'якими тканинами та сухожилкову транспланта-
цію, який відрізняється тим, що як трансплантат
використовують сухожилок м'яза, що напружує
долоневий апоневроз, разом з паратеноном та
ділянкою фасції з передньої поверхні передпліччя
пошкодженої кінцівки в її нижній третині, а транс-
плантат закривається васкуляризованим ротацій-
ним клаптом

Спосіб відноситься до травматології та орто-
педії, а саме перед реконструктивною хірургі-
єю кисті, та призначений для лікування післятравма-
тичних сухожилково-капсульних дефектів суглобів
пальців кисті.

Відомий спосіб хірургічного лікування після-
травматичного дефекта кисті [1 авт. св.
№1192797, СРСР, МКИ А61 В17/56 „Спосіб фор-
мування першого та п'ятого пальців кисті І.С. Міс-
кусов, Г.Л. Юдкевич опубл. Від 23 11 85, бюл.
№43] шляхом аутоотрансплантації.

Недоліками відомого способу є те, що лікуван-
ня проводиться в багато етапів, функціональні та
косметичні результати його незадовільні.

Найбільш близьким за технічною сутністю до
заявляемого способу є спосіб хірургічного лікуван-
ня післятравматичного дефекта кисті [2 Волкова
А.М. Хирургия кисти - Екатеринбург Сред.-Урал.
Кн. изд-во, 1991 - 304с том первый, стр 148] шля-
хом аутоотендопластики. При цьому завдання ви-
рішується двохетапним хірургічним лікуванням.
Перший етап вміщує в собі закриття дефекту суг-
лобу м'якими тканинами, другим етапом виконують
сухожилкову трансплантацію для заміщення сухо-
жилкового дефекту та відновлення моторної фун-
кції.

Недоліками відомого способу є тривалість лі-
кування, що потребує виконання декількох опера-
тивних втручань, а це в свою чергу не дає змоги
почати ранню функціональну реабілітацію та при-
зводить до формування суглобових контрактур,

що в свою чергу потребує додаткового тривалого
фізіофункціонального лікування.

В основу винаходу поставлено завдання ство-
рення способу хірургічного лікування післятравма-
тичного сухожилково-капсульного дефекту суглобу
кисті шляхом аутоотрансплантації сухожилки м'яза
напружуючого долоневий апоневроз разом з пара-
теноном та ділянкою фасції з передньої поверхні
передпліччя пошкодженої кінцівки в його нижній
третині, що дає змогу відновлення функції суглобу
пальця кисті.

Сутність способу полягає у тому, що після
проведення первинної хірургічної обробки рани
визначають розмір справжнього дефекта, забира-
ється трансплантат сухожилки м'яза, напружуючо-
го долоневий апоневроз (m. palmaris), разом з па-
ратеноном та фасцією розміром відповідним
дефекту з долонєвої поверхні в нижній третині
передпліччя пошкодженої кінцівки. Трансплантат
використовують для проведення тендопластики -
заміщення дефекту сухожилки та заміщення де-
фекту капсули суглобу паратеноном і фасцією.
Після цього проводиться укріплення шкіряного дефе-
кту васкуляризованим ротаційним клаптом.

Новим у названому способі є те, що для ліку-
вання сухожилково-капсульного дефекту суглоба
пальця кисті в якості аутоотрансплантата викорис-
товують сухожилку м'яза напружуючого долоневий
апоневроз разом з паратеноном та ділянкою фас-
ції з передньої поверхні передпліччя пошкодженої
кінцівки в його нижній третині, а трансплантат по-

(13) A

(11) 61693

(19) UA

кривається васкуляризованим ротаційним клаптом, завдяки чому приживлення трансплантату проходить у покращених умовах приживлення за рахунок непрямой васкуляризації. Таким чином зберігається ковзаючий апарат сухожилки, а відновлення усіх пошкоджених структур проводиться в один етап.

Реалізують спосіб наступним образом

1 Проводиться радикальна первинна хірургічна обробка рани, під час якої рана промивається розчинами антисептиків, видаляються нежиттєздатні тканини, обрізаються края рани.

2 Визначається справжній дефект м'яких тканин та капсули суглобу.

3 Забирається сухожилково-фасціальний ауто-трансплантат, для чого проводиться провздожний S-образний розріз шкіри по допоневої поверхні нижньої третини травмованого передпліччя, виділяється сухожилка м'язу напружуючого допоневої апоневроз з паратеноном та ділянкою фасції, покриваючої м'язи, необхідного для укріплення дефекту розміру. Фасцію розрізають провздожно, а потім впоперек разом з сухожилкою. Вільний край сухожилково-фасціального трансплантату захоплюють пінцетом, відділяють від м'язів та відокремлюють. Запилюють на ауто-трансплантаті жирову клітку видаляють. Рану передпліччя зашивають.

4 Трансплантат поміщують на дефект капсули суглоба та підшивають по краю фасцію ниткою 5/0 - 6/0. Кінці сухожилкової частини трансплантата підшивають до дистального та проксимального кінців пошкодженої сухожилки по типу вставочної тендо-пластики.

5 Згідно розміру дефекта шкіри типово забирається острівцевий клапоть, яким укривається трансплантат та замищується дефект шкіри.

Таким чином під час одного оперативного втручання вирішуються декілька завдань: реконструюється капсула суглобу пальця та відновлюється пошкоджена сухожилка, замищується дефект шкіри васкуляризованим острівцевим клаптом, що сприяє первинному загоєнню рани, непрямой васкуляризації сухожилково-фасціального трансплантату. Реконструкція проводиться одноетапно, що дозволяє рано почати функціональну реабілітацію та відновити функцію суглобу. Використання ауто-трансплантату підвищує надійність операції, завдяки кращому приживленню ніж аллотрансплантату.

Приклад 1

Хворий Н. 48 років, поступив з приводу виробничої травми - 2 палець правої кисті попав в строгальну верстат. Діагноз: травматичний дефект м'яких тканин та сухожилка згинача допоневої поверхні проксимального міжфалангового суглобу 2 пальця правої кисті. Хворому була виконана первинна хірургічна обробка рани - рана промита розчинами антисептиків, видалені нежиттєздатні тканини. Справжній дефект сухожилки склав близько 5см, дефект капсули суглобу - 1,5см на 1см, дефект шкіри - 6 см на 2см. В нижній третині передпліччя проведено S-образний розріз до 10см завдовжки. Виділено сухожилковий трансплантат завдовжки 6см разом з паратеноном та ділянкою фасції, покриваючої м'язи, з сухожилки м'язу, напружуючого допоневої апоневроз. Видалені за-

лишки жирової клітки з трансплантату. Рана на передпліччі зашита вузловими швами, та дренована плоским гумовим випускником. Трансплантат промито водним розчином хлоргексидину та поміщено в позицію дефекту на 2 пальці. Фасціальна частина трансплантату підшита по краю до дефекту капсули проксимального міжфалангового суглобу ниткою "Пролон" 6/0. Сухожилкова частина підшита одним кінцем до дистальної кінці сухожилки глибокого згинача 2 пальця, другим кінцем - до проксимальної. При цьому 2 палець виведено в позицію фізіологічного згинання. За розміром дефекта шкіри розмічено та типово піднято острівцевий нейроваскулярний клапоть з променевої поверхні 4 пальця правої кисті. Клапоть проведено в підшкірному тунелі до дефекта та підшито по краю його. Дефект донорської зони укріплено повношаровим шкіряним трансплантатом, типово взятим в с/3 правого передпліччя. Накладено іммобілізацію ватно-марлевою купею та тильною гіпсовою лонгетою. Післяопераційний перебіг гладкий. Рани загоїлися первинним натягом. На 14 добу знято шви. Іммобілізація продовжувалась на протязі 3 тижнів. Після зняття іммобілізації призначено ЛФК без навантаження, електрофорез з лідазою на рубці - 10 процедур, теплі парафінові апплікації, теплі соляно-хвойні ручні ванни. Через 3 тижні від початку фізіофункціональної терапії відновлено майже повний обсяг рухів 2 пальцем.

Приклад 2

Хворий С. 21 року, поступив з приводу побутової травми - ліва кисть попала в циркулярну пилку. Встановлено діагноз: Ушиблено-рвана рана допоневої поверхні 1 пальця лівої кисті з пошкодженням сухожилку довгого згинача 1 пальця та краєвим внутрисуглобовим переломом голівки основної фаланги 1 пальця. Після проведення первинної хірургічної обробки встановлено, що дефект сухожилку довгого згинача 1 пальця склав 5см, дефект капсули міжфалангового суглобу - 1,5см на 1см, дефект шкіри допоневої поверхні 1 пальця - 4см на 2см. Хворому виконана операція заявлюваним способом. Післяопераційний період протікав без ускладнень.

Трансплантати прижилися. Дефекти всіх анатомо-функціональних структур повністю відновлені. Через 1,5 місяці після травми функція 1 пальця відновлена.

Приклад 3

Хворий К. 40 років поступив з приводу виробничої травми - права кисть попала в строгальну верстат. Встановлено діагноз: Травматичний дефект м'яких тканин та сухожилку розгинача міжфалангового суглобу 1 пальця правої кисті. Після первинної хірургічної обробки дефект шкіри склав 3 см на 5см, дефект сухожилку довгого розгинача 1 пальця - 4см, дефект капсули міжфалангового суглобу - 1см на 0,8см. Хворому виконана операція заявлюваним способом. Дефект шкіри восполнений острівцевим клаптом з тильної поверхні 2 міжпальцевого проміжку. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Клапти шкіри прижилися. Функція 1 пальця відновлена в термін 2 місяці.

Джерела інформації які були прийняті до уваги

1 Авторське свідоцтво №1192797, СРСР,

5

61693

6

МКИ А61 В17/56 „Спосіб формування першого та
п'ятого пальців кисти І Є Мікусев, Г Л Юдкевич
Опубліковано 23 11 85 , бюл №43

2 Волкова А М Хирургия кисти - Екате-
рин-бург Сред -Урал Кн изд-во, 1991 Том первый -
304с

Комп'ютерна верстка О В Кураєв

Підписне

Тираж 39 прим

Міністерство освіти і науки України

Державний департамент інтелектуальної власності, Львівська площа, 8, м Київ, МСП, 04655, Україна

ДП “Український інститут промислової власності”, вул. Сим'ї Хохлових, 15, м Київ, 04119