



УКРАЇНА

ДЕРЖАВНЕ  
ПАТЕНТНЕ  
ВІДОМСТВО(19) UA (11) 9736 (13) A  
(51)5 A 61 B 17/00ОПИС ДО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДбез проведення експертизи по суті  
на підставі Постанови Верховної Ради України  
№ 3769-XII від 23.XII. 1993 р.Публікується  
в редакції заявника

(54) СПОСІБ СУХОЖИЛЬНОЇ ПЛАСТИКИ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

1

(21) 95041886

(22) 25.04.95

(46) 30.09.96. Бюл. № 3

(56) 1. Белоусов А. Е., Губочкин Н. Г. Микрохирургическая техника в хирургии сухожилий. - В кн.: Актуальные вопросы восстановительной ортопедии. Кишинев, 1984. с. 74-75.

2. Белоусов А. Е., Мезенцев М. А., Володин В. И. Ошибки и осложнения при микрохирургической аутотрансплантации. - Вестник хирургии им. Грекова - 1987, т. 139, № 8, с. 61-65.

(71) Інститут клінічної та експериментальної хірургії АМН України

2

(72) Галич Сергій Петрович, Лісайчук Юрій Сергійович, Резніков Олександр Вікторович  
(73) Інститут клінічної та експериментальної хірургії АМН України (UA)

(57) Способ сухожильной пластики верхней конечности, включающий пересадку кожного-фасциального лоскута, о т л и ч а ю щ и й с я тем, что мобилизируют кожного-фасциальный лоскут и в его ткани формируют каналы, в которых устанавливают искусственные сухожильные имплантаты и фиксируют лоскут в донорской зоне, а через 3 недели производят его свободную пересадку в реципиентную зону с заменой искусственных имплантатов на сегменты аутосухожилий.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии и может быть использовано у больных при необходимости аутопластики сухожилий пальцев в зоне рубцового перерождения или дефекта покровных тканей.

Известны способы аутотендопластики заключающиеся в выделении концов поврежденных сухожилий с последующим замещением их дефекта с помощью сегментов других аутосухожилий, в функциональном отношении менее значимых /1/.

Недостатком способа являются высокая частота рецидива спаечного процесса при пластике в зоне рубцового процесса, и он не всегда выполняется при наличии дефекта покровных тканей.

Наиболее близким по технической сущности к заявляемому и принятым за прототип, является способ сухожильной пластики, основанный на микрохирургической пересадке кожного-фасциального тыльного лоскута стопы в комплексе с сухожилиями разгибателей пальцев стопы. /2/.

Недостатками способа является:

1. Травматичность операции, обусловленная тем, что лоскут забирается вместе с сухожилиями разгибателей пальцев стопы.

2. Послеоперационные осложнения, связанные с функциональными нарушениями, обусловленные рубцеванием в донорской зоне.

(19) UA (11)

9736

(13)

A

Задачей изобретения является создание способа сухожильной пластики на верхней конечности, который за счет изменения приемов пересадки обеспечивал бы снижение травматичности операции и число послеоперационных осложнений.

Поставленная задача решается тем, что в способе сухожильной пластики включающем пересадку кожно-фасциального лоскута, согласно изобретению, после мобилизации лоскута в его тканях формируют каналы, в которые устанавливают искусственные сухожильные имплантаты и фиксируют лоскут в донорской зоне, а через 3 недели производят его свободную пересадку в реципиентную зону с заменой искусственных имплантатов на сегменты ауто сухожилий.

Мобилизация кожно-фасциального лоскута на первом этапе и установка в его тканях искусственных сухожильных имплантатов обеспечивает использование практически любого лоскута для аутопластики вместо тыльного лоскута стопы в комплексе с сухожилиями разгибателей пальцев, что снижает травматичность операции. Пересадка подготовленного лоскута в реципиентную зону с заменой искусственных имплантатов на сегменты ауто сухожилий обеспечивает снижение числа послеоперационных осложнений т.к. в подготовленном лоскуте имеются сформированные сухожильные влагалища, что препятствует спаечному процессу и нет нарушений в донорской зоне.

Способ выполняется следующим образом. После оценки размеров необходимого лоскута проводят маркировку в донорской зоне.

Выделяют сосудистую ножку лоскута, и мобилизируют ее на необходимую длину. После этого полностью выделяют и мобилизируют лоскут в донорской зоне, но без пересечения питающей ножки. Убедившись в том, что лоскут жизнеспособен, в его толще формируют несколько каналов /по количеству предполагаемых к восстановлению сухожилий/ и проводят в них сухожильные имплантаты. Далее лоскут фиксируют на прежнее место, а концы сухожильных имплантатов помещают под отсепарированные края тканей окружающих лоскут. Через 3 недели после формирования сухожильных влагалищ в тканях лоскута выполняют II этап операции. Рубцовый дефект в донорской зоне иссекают, выделяют подготовленный ранее лоскут на питающих сосудах и переносят его в реципиентную зону с последующим включением в кровоток. Сухожильные имплантаты удаляют, а в

сформированные на месте каналов сухожильные влагалища проводят ауто трансплантаты сухожилий необходимой длины и выполняют аутопластику. Дефект тканей закрывают с помощью тканей лоскута, который фиксируют швами.

Пример конкретного выполнения. Больной Н. 1939 г.р. и.б. № 639 поступил в отделение с жалобами на ограничение активных сгибательных движений II-V пальцев правой кисти. Из анамнеза известно, что 8 месяцев назад получил травму стеклом в области правого лучезапястного сустава с повреждением сухожилий сгибателей II-V пальцев и срединного нерва. В районной больнице первично выполнена операция - шов сухожилий сгибателей, эпиневральный шов срединного нерва. В послеоперационном периоде нагноение раны, с последующим образованием грубого деформирующего рубца. Активное сгибание II-V пальцев значительно ограничено.

В отделении больному выполнена операция по предлагаемому способу. На первом этапе осуществили подъем латерального лоскута плеча /9x5 см/ и с помощью зажимов сформировали в его толще четыре сквозных канала, куда установили четыре временных сухожильных имплантата длиной 12 см каждый. Лоскут фиксировали на прежнее место с сохранением сосудистой ножки.

Через 3 недели выполнен второй этап операции. Подготовленный лоскут выделен в донорской зоне и перенесен в область правого лучезапястного сустава. Иссечены рубцовые ткани и выделены лучевая артерия и комитантные вены. Сосуды лоскута сшиты с реципиентными сосудами /артерия по типу "конец в бок", а вена "конец в конец"/. После включения лоскута в кровоток удалены сухожильные имплантаты, а в сформированных сухожильных влагалищах проведены в качестве трансплантатов сегменты ауто сухожилий /напрягателя ладонного апоневроза с обеих сторон и поверхностные сгибатели IV-V пальцев/. Затем выполнена аутопластика сухожилий глубоких сгибателей II-V пальцев правой кисти. С одномоментным невролизом срединного нерва. Послеоперационный период гладкий. Больной выписан на амбулаторное лечение на 12 сутки.

Контрольные осмотры через месяц, 3 и 6 месяцев показали отсутствие послеоперационных осложнений. Восстановились активные движения II-V пальцев кисти, щипковый, цилиндрический и шаровидный хват.

Предложенным способом оперировано 8 больных с полным восстановлением объе-

ма движений, осложнений со стороны донорской зоны не отмечали.

У 8 больных, оперированных по способу прототипа, отмечено ограничение объема движений пальцев стопы, неудобства в выборе обуви, затруднения при ходьбе. При этом у одного из них в донорской зоне образовалась длительность незаживающая язва,

еще у двух образовались выраженные рубцовые деформации.

5 Таким образом, сравнение с прототипом показывает, что применение предлагаемого способа лечения предупреждает возникновение осложнений в послеоперационном периоде и позволяет снизить травматичность операции.

Упорядник

Техред М.Моргентал

Коректор М. Куль

Замовлення 4550

Тираж

Підписне

Державне патентне відомство України,  
254655, ГСП, Київ-53, Львівська пл., 8

Відкрите акціонерне товариство "Патент", м. Ужгород, вул.Гагаріна, 101

