



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **81194** (13) **U**
(51) МПК
A61B 17/56 (2006.01)

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

| | |
|--|---|
| (21) Номер заявки: u 2012 14602 | (72) Винахідник(и): Страфун Сергій Семенович (UA), Гайович Василь Васильович (UA), Уровський Олександр Олександрович (UA) |
| (22) Дата подання заявки: 20.12.2012 | |
| (24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.06.2013 | (73) Власник(и): ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОПЕДІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ", вул. Воровського, 27, м. Київ, 01601 (UA) |
| (46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.06.2013, Бюл.№ 12 | |

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КОНТРАКТУРИ ДЮПЮІТРЕНА

(57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування контрактури Дюпюїтрена включає повздовжній розріз паралельно апоневротичному тяжу, відсепаровування шкіри з підшкірною жировою клітковиною, виділення та висічення рубцево зміненої ділянки долонного апоневрозу, виконання тенолізу сухожилів власних м'язів кисті.

Ділянка мобілізації сухожилок і м'язів



Fig. 1

UA 81194 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема травматології та ортопедії, і може бути використана при виконанні субтотальної і парціальної апоневректомії у хворих з контрактурою Дюпюїтрена пальців кисті.

При розвитку контрактури Дюпюїтрена процес фіброзування долонного апоневрозу спричиняє згинальні контрактури суглобів пальців кисті, найчастіше четвертого та п'ятого. Відомі способи лікування передбачають видалення зміненої ділянки апоневрозу разом з оточуючими, клінічно здоровими, ділянками апоневрозу або ж лише змінених (патологічних) його ділянок. Більшість відомих способів видалення долонного апоневрозу не передбачають додаткової мобілізації суглобів пальців.

Відомий спосіб хірургічного лікування контрактури Дюпюїтрена - субтотальної апоневректомії (1), який передбачає дугоподібний розріз від кистьового суглоба паралельно проксимальній долонній складці з продовженням його вздовж бічної поверхні найбільш контрагованого пальця та відсепаровування шкіри з підшкірною жировою клітковиною від долонного апоневрозу. Місце переходу апоневрозу в сухожилок довгого долонного м'яза виділяють. Під апоневроз підводять жолобуватий зонд, відсікають його від сухожильної частини на рівні зап'ясткового каналу. Відсічену ділянку апоневрозу фіксують затискачем Кохера і пошарово висікають всю пластинку долонного апоневрозу, повздовжні і поперечні промені, які йдуть до всіх пальців, а також волокна, спрямовані в міжп'ястні проміжки. Недоліком відомого способу є те, що він не передбачає додаткової мобілізації суглобів пальців кисті, а це з часом призводить до рецидиву контрактури.

Відомий спосіб хірургічного лікування контрактури Дюпюїтрена - парціальної апоневректомії (1), вибраний як найближчий аналог, який передбачає поздовжній розріз паралельно апоневротичному тяжу, відсепаровування шкіри з підшкірною жировою клітковиною, виділення рубцево зміненої ділянки долонного апоневрозу та його висічення. Недоліком цього способу є відсутність додаткової мобілізації власних м'язів кисті та їх сухожилків і у подальшому рецидив контрактури.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу хірургічного лікування контрактури Дюпюїтрена, який передбачає додаткову мобілізацію власних м'язів кисті та їх сухожилків, що дозволяє усунути контрактуру у п'ястково-фаланговому суглобі та запобігти рецидиву захворювання.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі хірургічного лікування контрактури Дюпюїтрена, який передбачає повздовжній розріз паралельно апоневротичному тяжу, відсепаровування шкіри з підшкірною жировою клітковиною, виділення та висічення рубцево зміненої ділянки долонного апоневрозу, згідно з корисною моделлю, додатково виконують теноліз сухожиль власних м'язів кисті.

Спосіб додатково передбачає тенотомію сухожилків власних м'язів кисті при їх ретракціях.

Застосування тенолізу і міолізу, а при необхідності тенотомії власних м'язів кисті дозволяє усунути контрактуру та відновити рухи у п'ястково-фалангових і міжфалангових суглобах уражених пальців, а мобілізація власних м'язів кисті і їх сухожилків попередити рецидив захворювання.

Спосіб пояснюється кресленням. На фіг. 1 представлена схема зон блокування сухожилків і механізму розвитку контрактури п'ястково-фалангових і міжфалангових суглобів пальців. На фіг. 2 - етап виділення власного м'яза кисті і його сухожилка. На фіг. 3 та 4 - мобілізація власних м'язів за допомогою скальпеля і ножиць. На фіг. 5 - результат після виконаного етапу мобілізації власних м'язів кисті - тіло і сухожилок хробакоподібного м'яза.

Спосіб хірургічного лікування контрактури Дюпюїтрена передбачає повздовжній розріз паралельно апоневротичному тяжу, відсепаровування шкіри з підшкірною жировою клітковиною, виділення та висічення рубцево зміненої ділянки долонного апоневрозу, виконання тенолізу сухожиль власних м'язів кисті. При ретракціях власних м'язів додатково виконують тенотомію їх сухожилків.

Реалізацію способу, що заявляється, здійснюють наступним чином.

Після обробки операційного поля на знекровлену кінцівку накладають джгут на середній третині плеча. Розріз шкіри виконують над рубцево зміненим апоневрозом, мобілізуючи його від шкіри та оточуючих тканин з нижнього краю карпальної зв'язки до рівня дистальної долонної складки. На рівні дистальної долонної складки мобілізацію апоневрозу доповнюють тенолізом сухожиль хробаковидних та міжкісткових м'язів. У випадку, коли рубцевий блок власних м'язів на рівні п'ястково-фалангових суглобів призвів до контракції м'язів і їх мобілізація не дає вільного розгинання пальця, виконують тенотомію цих сухожиль. Закінчують операцію ретельним гемостазом після зняття джгута. Рану дренують та зашивають з попередженням

лінійних поздовжніх рубців шляхом пластики за Лімбергом. Гіпсова іммобілізація до загоєння рани з подальшим ЛФК.

Приклад практичного використання запропонованого способу.

Хворий Ш. 1961 р. н., іст. хв. № 484162. Госпіталізований з діагнозом: рецидив контрактури Дюпюїтрена лівої кисті 2 ступеня. Зі слів пацієнта хворіє на контрактуру Дюпюїтрена приблизно з 1996 року. Вперше прооперований з приводу цього захворювання в 1998 в Росії, дані про перше оперативне втручання відсутні. У 2009 році стався рецидив захворювання, оперований в Білій Церкві. Виконано типову парціальну апоневректомію. Наступний рецидив захворювання відбувся у 2010 році, хворий звернувся в ДУ "ІТО НАМНУ" для хірургічного лікування. 10.03.2010 виконано операцію - прямим доступом через старий післяопераційний рубець в проекції рубцевої деформації долонного апоневрозу виконано субтотальне видалення останнього та пластика шкіри з формуванням зустрічних клаптів. При ревізії спостерігається рубцева трансформація долонного апоневрозу у проекції 4-го променя. Рубцевий тяж розповсюджується від дистальної частини карпального каналу до рівня проксимального міжфалангового суглоба. Рубцеві зміни розповсюджуються на власні м'язи кисті та канали згиначів. Виконана мобілізація рубцевого тяжа та його видалення у межах здорових тканин. Мобілізовані сухожилки та черевця власних м'язів. Усунені згинальні контрактури у п'ястково-фаланговому та проксимальному міжфаланговому суглобах 4-го пальця. Після зняття кровоспинного джгута на долонній поверхні шкіри не спостерігаються ділянки декомпенсації кровопостачання. Післяопераційна рана загоїлась первинним натягом. Рецидиву захворювання не було.

Хворий П., 1947 р. н., іст. хв. № 484536. Вважає себе хворим протягом останніх 3-х років, коли вперше помітив ущільнення на лівій долоні. Не лікувався. Звернувся на консультацію до ДУ "ІТО НАМНУ". Госпіталізований з діагнозом: контрактура Дюпюїтрена лівої кисті 1 ступеня. При огляді спостерігається вузол на долонній поверхні лівої кисті в області 4-го променя. При пальпації відмічається вузол на долоні щільно-еластичної консистенції, спаяний з оточуючими тканинами, безболісний. 24.03.2010 виконано оперативне втручання - парціальна апоневректомія лівої кисті: при ревізії спостерігається рубцева трансформація долонного апоневрозу у проекції 4-го променя. Рубцевий тяж розповсюджується від дистальної частини карпального каналу до рівня п'ястково-фалангових суглобів. Рубцеві зміни розповсюджуються на власні м'язи кисті та канали згиначів. Виконана мобілізація рубцевого тяжа та його видалення у межах здорових тканин. Мобілізовані сухожилки та черевця власних м'язів. Після зняття кровоспинного джгута на долонній поверхні шкіри не спостерігаються ділянки декомпенсації кровопостачання. Післяопераційна рана загоїлась первинним натягом. Рецидив захворювання не спостерігався.

Хвора Г. 1938 р.н, іст. хв. № 484627. Госпіталізована з діагнозом - контрактура Дюпюїтрена правої кисті 4-го ступеня. Вперше помітила формування рубця 5 років тому. Лікувалася консервативно за місцем проживання ін'єкціями фуразолідону. Лікування ефекту не дало. Звернулася в ДУ "ІТО НАМНУ" для хірургічного лікування. 29.03.2010 виконано операцію - субтотальна апоневректомія правої кисті. Виконано розріз по вершині рубця від карпальної зв'язки до основних фаланг 3 та 4 пальців. При ревізії рани - долонний апоневроз рубцево змінений, щільно зрощений з фасцією міжкісткових м'язів, спричиняє згинання 4 і 5 пальців у п'ястно-фалангових суглобах. Було відділено змінений апоневроз від шкіри, відсічено від фасції, міжкісткових м'язів. Мобілізовано сухожилки згиначів 4 та 5 пальців і черевця міжкісткових м'язів. Досягнуто повного розгинання 4 та 5 пальців у п'ястково-фалангових суглобах. Рана загоїлась первинним натягом. Рецидив захворювання не спостерігався.

Запропонований спосіб був використаний у 55 хворих з контрактурою Дюпюїтрена у період з 2008 по 2011 рр. Середня тривалість лікування та реабілітації становила 18-25 діб. У одного хворого спостерігалися ускладнення інфекційного характеру. Кількість рецидивів захворювання зменшилась на 7 %, а при субтотальній апоневректомії і виконанні мобілізації власних м'язів кисті рецидиви не спостерігались. У всіх хворих досягнуто повне розгинання контрагованих пальців. Запропонований спосіб дозволяє значно зменшити ризик виникнення рецидиву захворювання і збільшує ефективність типових оперативних втручань.

Джерела інформації:

1. Волкова А.М. Хирургия кисти. - Свердловск, 1993. - Т. 2. - С. 10-58.

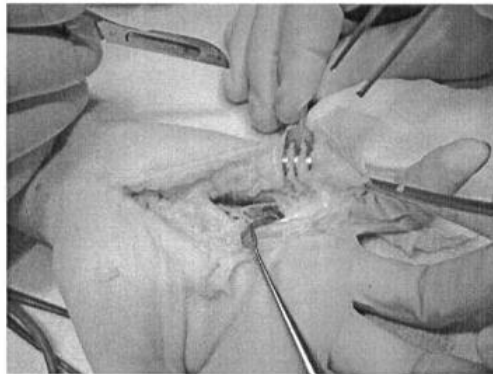
ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

1. Спосіб хірургічного лікування контрактури Дюпюїтрена, який передбачає поздовжній розріз паралельно апоневротичному тяжу, відсепаровування шкіри з підшкірною жиромовою клітковиною,

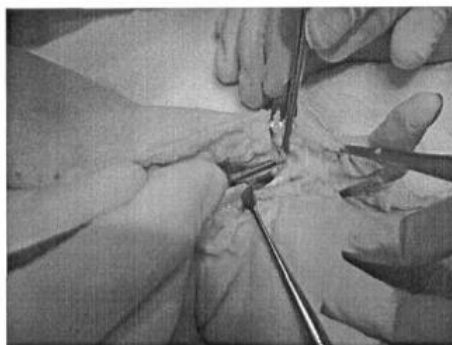
виділення та висічення рубцево зміненої ділянки долонного апоневрозу, який **відрізняється** тим, що додатково виконують теноліз сухожилів власних м'язів кисті.
 2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що додатково при ретракціях власних м'язів виконують тенотомію їх сухожилків.



Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3

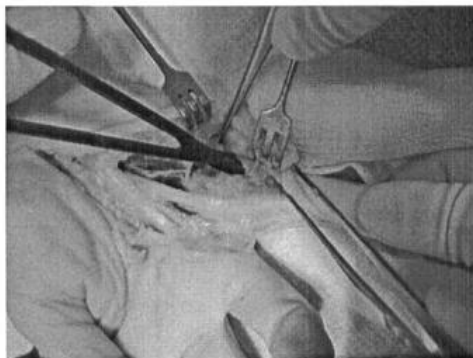


Fig. 4

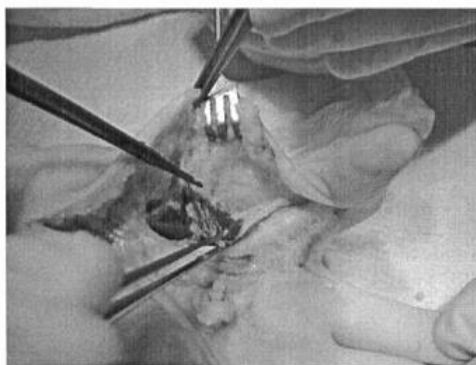


Fig. 5

Комп'ютерна верстка Л. Бурлак

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601