Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **756**
(51)МПК A61B17/00; A61B17/56

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ ВЕДОМСТВО

(12) Описание изобретения

К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 1601011
(22) 17.02.2016
(46) Бюл. 117, 2015
(71) Маликов Мирзобадал Халифаевич (TJ).
(72) Маликов М.Х. (TJ); Каримзаде Г.Дж. (TJ); Ибрагимов Э.К. (TJ); Джононов Дж.Д. (TJ); Каримзаде Б.Дж. (TJ).
(73) Маликов Мирзобадал Халифаевич (TJ).

(54) СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ КОНТРАКТУРЫ ФОЛЬКМАНА

(56) 1. Перасадка комплекса тканей при потере функции мышц верхней конечности /М.х. Маликов [и др.] //Новости хирургии. – 2013.-№5.-с.111-115.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к реконструктивной хирургии верхней конечности и может быть использовано для лечения тяжелой степени контрактуры Фолькмана.

Сущность изобретения заключается в том, что подготовят реципиентной зоны пораженной конечности, выделяют лоскута широчайшей мышцы спины соразмерного дефекту мягких тканей предплечья с последующим пересечением и его переносом на подготовленное реципиентное ложе предплечья, при выделении лоскута широчайшей мышцы спины используют фасцию передней зубчатой мышцы на отдельной сосудистой ножке, которую размещают в области ложа и сверх фасции выполняют шов сухожилий и срединного нерва.

Изобретение относится к медицине, а именно к реконструктивной хирургии верхней конечности и может быть использовано для лечения тяжелой степени контрактуры Фолькмана.

Известен способ способ свободной пересадки лоскута широчайшей мышцы спины (ШМС), (принятий за прототип), включающий выделение лоскута широчайшей мышцы спины соразмерного дефекту мягких тканей предплечья с последующим пересечением и его переносом на подготовленное реципиентное ложе предплечья [1].

Известный способ пересадки лоскута ШМС имеет ряд недостатков: остаются незащищенным зона реконструкции нервного ствола и сухожилий; сила сокращения пересаженной мышцы намного уступает по сравнению предлагаемого способа; плохо кровоснабжаемое реципиентое ложе намного замедляет регенерацию восстанавливаемого нервного ствола; скольжения соединенных сухожилий с мышцей ограничено; риск развития ранних рубцовых сращений сохраняется.

Целью изобретения является устранение перечисленных недостатков.

Заявляемый способ иллюстрируется прилагаемыми изображениями (Фиг. 1-4). На фиг. 1 показан исходный вид верхней конечности при тяжелой степени ИКФ. На Фиг 2. показано выделение комплекса широчайшей мышцы спины вместе с фасцией передней зубчатой мышцы. Окончательный результат восстановления функции кисти после пересадки комплекса тканей приведен на Фиг.3,4.

Сущность изобретения заключается в том, что подготовят реципиентной зоны пораженной конечности, выделяют лоскута широчайшей мышцы спины соразмерного дефекту мягких тканей предплечья с последующим пересечением и его переносом на подготовленное реципиентное ложе предплечья, при выделении лоскута широчайшей мышцы спины используют фасцию передней зубчатой мышцы на отдельной сосудистой ножке, которую размещают в области ложа и сверх фасции выполняют шов сухожилий и срединного нерва.

Предложенный способ пересадки комплекса тканей с целью устранения функционального дефицита конечности достигается путем: 1) подготовка реципиентной зоны предплечья к пересадке; 2) мобилизация и пересечение комплекса тканей лоскута ШМС вместе с фасцией передней зубчатой мышцы под оптическим увеличением; 3) окутывание области реконструкции сухожилий и нерва фасцией передней зубчатой мышцы; 4) фиксация ШМС и формирование сосудистого анастомоза и эпиневрального шва срединного нерва.

Под общим обезболиванием проводится подготовка реципиентной зоны пораженной конечности. При этом производится мобилизация дистальных отделов ранее пересеченных сухожилий сгибателей кисти и пальцев и выделения сосудисто-нервного пучка.

В противоположной боковой поверхности грудной клетки производится выделение сосудисто-нервного пучки ШМС. При этом продолжая разрез по передней поверхности мышцы производится мобилизация фасции передней зубчатой мышцы на отдельной сосудистой ножке. Весь комплекс после мобилизации пересекается и переносится на подготовленное реципиентное ложе предплечья.

При этом первоначально фасция передней зубчатой мышцы размещается в области ложе и сверх фасции производится шов сухожилий и срединного нерва. После чего фасцией окутывают область реконструкции.

В проксимальном отделе предплечья мышца фиксируется к фасции Пирогова и выполняется сосудистый анастомоз и нерв мышцы ушивается к одним из двигательных ветвей срединного нерва.

Изобретение имеет ряд преимуществ: улучшает крвооснабжение реципиентного ложа; обеспечивает адекватное скольжение восстановленных сухожилий при сокращении пересаженной мышцы; защищая область шва срединного нерва от спаечного процесса тем самым улучшает регенерацию нерва и в последующем восстанавливается чувствительность пальцев и кисти; В отдаленном послеоперационном периоде улучшается сила захвата кисти;Не возникает необходимость к повторной реконструкции сухожилий и срединного нерва.

Все вышеизложенное находит подтверждение в следующем клиническом примере.

Больная О., 1989 г.р. Клинический диагноз: ишемическая контрактура Фолькмана левой верхней конечности, тяжёлой степени. Посттравматический обширный мягкотканый дефект передней поверхности предплечья.

Из анамнеза: упала с высоты и получила закрытый перелом костей предплечья. Народным знахарем произведена “иммобилизация” конечности подручными средствами. На 2 сутки после получения травмы появились интенсивные боли в конечности, нарастала отёчность предплечья и кисти. Подручные средства были сняты на 3 сутки врачом травматологом. Область появившихся пузырьков кожи нагноилась, и в последующем развился обширный дефект передней поверхности предплечья. Через 2 года обратилась в отделение реконструктивной микрохирургии.

При поступлении отмечается сгибательная контрактура пальцев левой кисти, гипотрофия мышц предплечья и кисти. По передней поверхности предплечья имеется дефект покровных тканей, рубцы стягивающие. Грубые и тонкие виды захвата невозможны, снижена чувствительность пальцев кисти. При УЗДГ сосудов верхней конечности кровообращение коллатеральное. При СКТ с 3D моделирование верхней конечности было выявлено сдавление локтевой артерии на уровне врехней трети предплечья Больной была произведена первый этап операции: пересечение сухожилий сгибателей кисти и пальцев, невролиз срединного и локтевого нервов, артериолиз лучевой и локтевой артерий

При повторном обращении послеоперационный рубец гладкий, пальцы выпрямились, пульсация на лучевой артерии отчётливая, на локтевой артерии пульс не определялся.

Больной была выполнена свободная микрохирургическая пересадка комплекса лоскута ШМС с фасцией зубчатой мышцы в позицию мышц сгибателей предплечья. Размеры выкроенного лоскута составили 22х4 см. Фасция передней зубчатой мышцы размещена на реципиентное ложе, затем воссановлены сухожилий и срединный нерв и далее фасция окутана зона реконструкции сухожилий и нерва. Нерв мышцы ушит с передним межкостным нервом предплечья, наложен венозный анастомоз между веной лоскута и веной сопровождающей лучевую артерию. Артерия лоскута ушита в бок лучевой артерии. Осложнения при выполнении операции в послеоперационном периоде не были отмечены, лоскут прижился

Первые произвольные сокращения пересаженного мышечного трансплантата зафиксированы спустя 4 мес. после операции. При повторном обращении спустя год пересаженная мышца сокращается удовлетворительно, пальцы кисти сжимаются в кулак. Осложнения в донорской области не наблюдаются, объём движений в правом плечевом суставе не ограничен, рубец линейный, слегка гипертрофированный (р

Спустя 2 г после операции мышечный трансплантат сокращается удовлетворительно, сжатие кисти в кулак неполное, осуществляется противопоставление большого пальца с другими пальцами, возможны тонкие виды движений пальцев кисти

Данный способ успешно применен у 18 больных.

Формула изобретения

Способ хирургического лечения тяжелой степени контрактуры Фолькмана, включающий подготовкой реципиентной зоны пораженной конечности выделение лоскута широчайшей мышцы спины соразмерного дефекту мягких тканей предплечья с последующим пересечением и его переносом на подготовленное реципиентное ложе предплечья, **отличающийся тем, что** при выделении лоскута широчайшей мышцы спины используют фасцию передней зубчатой мышцы на отдельной сосудистой ножке, которую размещают в области ложа и сверх фасции выполняют шов сухожилий и срединного нерва.

Компьютерный набор: Фатхуллаева М.С.

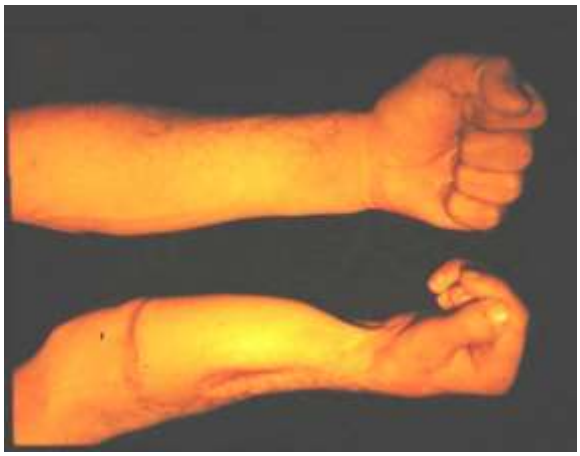
Заказ Тираж Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а

СПОСОБ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА ЛОСКУТА ШИРОЧАЙЩЕЙ МЫШЦЫ СПИНЫ И ФАСЦИИ ПЕРЕДНЕЙ ЗУБЧАТОЙ МЫШЦЫ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ КОНТРАКТУРЫ ФОЛЬКМАНА

Фиг.1

Фиг 2.



Фиг 3.

Фиг. 4.