



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 1701110

(22) 11.05.2017

(46) Бюл.138, 2018

(71) Маликов М.Х. (ТJ); Каримзаде Г.Дж.(ТJ);
Джононов Дж.Д. (ТJ); Ибрагимов Э.К. (ТJ);
Рахимов Х.С. (ТJ).

(72) Маликов М.Х. (ТJ); Каримзаде Г.Дж.(ТJ);
Джононов Дж.Д. (ТJ); Ибрагимов Э.К. (ТJ);
Каримзаде Б.Дж.(ТJ); Рахимов Х.С. (ТJ); Додариён
Х.С. (ТJ).

(73) Маликов М.Х. (ТJ); Каримзаде Г.Дж.(ТJ);
Джононов Дж.Д. (ТJ); Ибрагимов Э.К. (ТJ);
Рахимов Х.С. (ТJ).

(54) **СПОСОБ УКРЫТИЯ ЗОНЫ ШВА
ЛОКТЕВОГО НЕРВА ВАСКУЛЯРИЗИРОВА
ННОЙ ФАСЦИЕЙ.**

(56) 1. Григорович К.А. Хирургия нервов. СПб.:
Медицина; 1969. Масгутов Р.Ф., Ризванов А.А.,
А.А. Богов (мл.) и др.

2.Современные тенденции лечения повреждений
периферических нервов. Практическая медицина
2013; 2(1-2): 99-103.

3.Lee S.K., Wolfe S.W. Peripheral nerve injury and
repair. J. Am. Acad. Orthop. Surg. 2000; 8(2): 243-52.

4.Millesi H., Meissl G., Berger A. The interfascicular
nerve grafting of the median and ulnar nerves. J. Bone
Joint Surg. 1972; 54-a(4): 727-50.

(57) Изобретение относится к медицине, к разделу
реконструктивной хирургии последствий повреж
дений нервов верхней конечности

По данному способу проводят укрытие зоны
эпинеурального шва локтевого нерва
васкуляризированной фасцией, выкроенной из
верхней трети передней поверхности предплечья.

Изобретение относится к области медицины, а именно к разделу реконструктивной хирургии последствий травм нервов верхней конечности.

Последствия повреждения нервных стволов на проксимальном уровне часто приводят к потере функции верхней конечности. Поздняя диагностика вследствие не выявленного повреждения нерва, ятрогенные факторы повреждения при проведении остеосинтеза, т.е. диагностических и тактических ошибок и в связи с этим позднее обращение пациентов приводят к потере функции мышц, иннервирующихся поврежденным нервом, нарушению чувствительности, результатом чего является высокая частота инвалидности среди этих больных. В частности, при застарелом повреждении локтевого нерва у больных отмечается атрофия межкостных мышц кисти и нарушается чувствительность в зоне иннервации нерва. Кисть приобретает вид когтистой деформации вследствие паралича локтевого сгибателя кисти, выпадает функция приведения и отведения пальцев, особенно большого пальца и мизинца, атрофируются червеобразные мышцы кисти, теряется сила кисти (2,3).

В таких случаях для улучшения функции кисти альтернативным вариантом операции с хорошим функциональным результатом являются сухожильно-мышечные транспозиции. Эти операции позволяют корригировать деформацию пальцев и улучшить функцию кисти. Однако, если сроки травмы нервного ствола не превышают 6 месяцев, т.е. когда еще не развились дистрофически-дегенеративные процессы в мышечной ткани, можно провести реконструктивные операции нервного ствола.(1)

Наиболее близким способом к изобретению является способ восстановления нерва - эпиневрального шва конец в конец с передней транспозицией нерва. При данной операции после обнаружения невротомы и ее иссечения, производится мобилизация проксимального и дистального концов и накладывается эпиневральный шов, после чего восстановленный нерв укладывается на новое ложе, т. е. производится передняя транспозиция (1,4).

Известный способ восстановления нерва при застарелом повреждении локтевого нерва на проксимальном уровне имеет ряд недостатков:

1. При данном способе восстановления и транспозиции нерва риск развития повторного сдавления нерва рубцовыми тканями высокий, что приводит к получению отрицательного результата;

2. При этом результаты повторных операций малоутешительны, зачастую данное обстоятельство требует применения дополнительных корригирующих операций;

3. Многоэтапные операции при неудачном эпиневральном шве приводят к потере времени, они являются многозатратными;

4. Повторное сдавление восстановленного нерва, наряду с вышеприведенными недостатками

зачастую сопровождаются выраженным болевым синдромом, что отрицательно может повлиять на психоэмоциональный статус больного;

4.Использование корригирующих операций также в ряде случаев из-за неудачной реабилитации могут привести к получению неадекватного восстановления функции захвата кисти.

Целью изобретения является защита области шва нервного ствола при передней транспозиции путем применения васкуляризированной фасции Пирогова.

Заявляемый способ поясняется прилагаемыми графическими изображениями (Fig. 1-7). На Fig. 1 показана клиника дефицита функции локтевого нерва до операции. На Fig 2. Показано наличие невротомы нервного ствола. На Fig. 3. Показана резекция невротомы и диастаз после резекции. Фиг. 4. Наложением эпиневрального шва и передняя транспозиция нерва. На Fig 5 показано выкраивание васкуляризированного лоскута из фасции Пирогова на передней поверхности верхней трети предплечья. На Fig 6 и Fig.7 показано окутывание зоны эпиневрального шва выкроенной фасцией и ее фиксация.

Сущность изобретения. Предложенный способ защиты области шва локтевого нерва достигается путем: 1) выделение нервного ствола на уровне локтевого сгиба и мобилизация области его повреждения, 2) резекция области повреждения либо невротомы с мобилизацией обоих концов нерва с учетом нервного дефекта; 3) эпиневральное восстановление с передней транспозицией нерва под оптическим увеличением, 4) выкраивание васкуляризированной фасции из верхней трети передней поверхности предплечья, 5) окутывание области шва выкроенной фасцией.

Под регионарным обезболиванием обеспечивается доступ к восстанавливаемым структурам зетобразным доступом по передней поверхности верхней трети предплечья с переходом на плечо послойно мобилизуется Область повреждения локтевого нерва. Ниже и выше области повреждения производится широкая мобилизация нерва с учетом отходящих двигательных веточек. После резекции области повреждения либо невротомы измеряется диастаз между концами. Диастаз, образующийся после резекции, устраняется путем передней транспозиции нерва до минимума. После чего восстановление достигается наложением эпиневрального шва под оптическим увеличением. В области верхней трети предплечья из фасции Пирогова выкраивается васкуляризированная фасция на широкой ножке. После поворачивания фасции область шва целиком окутывается этой же фасцией, которая фиксируется несколькими швами. Послойные швы на рану. Иммобилизация конечности.

Изобретение имеет ряд преимуществ:

1. Одноэтапная реконструкция и применение фасции предупреждает развитие невротомии и сращения области восстановленного нервного ствола; Мобилизация васкуляризированной фасции не занимает большого времени;
2. Применение фасции формирует хорошее благоприятное кровоснабжаемое ложе, что ускоряет процесс регенерации нервного ствола;
3. Используемая фасция наряду с созданием благоприятных условий предупреждает развитие болевого синдрома;
4. Риск развития рубцового сращения области шва сводится к минимуму;
5. Сроки регенерации и реабилитации намного сокращаются при использовании этой методики;
6. Необходимость проведения корректирующих операций на самой кисти не возникает, что намного улучшает функциональность кисти;
7. Применение одноэтапной операции является малозатратным и при этом процент инвалидизации пострадавших резко снижается.

Все вышеизложенное находит подтверждение в следующем клиническом примере.

Б-ная Суфиева Бибиона, 2010 г.р., ИБ № 202, адрес: г. Душанбе, ул. Гипрозем, поступила 18.01.2017г в Отделение пластической и реконструктивной микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии с диагнозом: Посттравматический перерыв локтевого нерва на уровне средней трети левого предплечья.

Больная поступила через год после получения травмы предплечья при падении, в результате чего получила перелом костей предплечья. В районной больнице по месту жительства (р-н Айни) была выполнена операция - остеосинтез костей предплечья. В последующем отмечалась невозможность сгибания IV-V пальцев отсутствие чувствительности IV-V пальцев, похудание кисти.

При осмотре левой верхней конечности по внутренне-медиальной поверхности средней трети предплечья имеется послеоперационный рубец размерами 0,4 x 0,5 см без признаков воспаления. При осмотре кисти отмечается гипотрофия межпальцевых промежутков, тенара и гипотенара. Сгибание в IV-V пальцах ограничено. Приведение и отведение IV-V пальцев невозможно. Чувствительность в IV-V пальцах отсутствует. Чувствительность в I-III пальцах не нарушена. Пульс на лучевой и локтевой артериях отчетливый. 19.01.2017 г. больной в плановом порядке выполнена операция – Эпинеуральный шов с передней транспозицией локтевого нерва на уровне верхней трети лево

го предплечья. Укрытие зоны шва васкуляризированным фасциальным трансплантатом.

Под эндотрахеальным наркозом продольным разрезом 8 см в верхней трети предплечья с переходом на плечо произведен разрез кожи. Во время ревизии раны установлено, что имеется полный перерыв локтевого нерва, при этом дистальный конец нерва атрофирован, проксимальный конец в виде невротомии размерами 1 x 0,5 см. Под оптическим увеличением произведена резекция невротомии локтевого нерва до здоровых фасцикул. Диастаз после иссечения невротомии составил 4 см. После мобилизации проксимального и дистального концов нервов и передней транспозиции нерва диастаз составил 1 см, что позволило наложить эпинеуральный шов конец в конец атравматической нитью Nylon 8/0. После чего из фасции верхней трети предплечья был выкроен прямоугольный васкуляризированный трансплантат, которым была укутана зона эпинеурального шва с фиксацией узловыми швами нейлон 7/0. Гемостаз во время операции.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ укрытия зоны шва локтевого нерва васкуляризированной фасцией, включающий эпинеуральное восстановление нерва с передней транспозицией, **отличающийся тем**, что после

восстановления нерва выкраивают васкуляризованную фасцию из верхней трети передней поверхности предплечья и окутывают зону шва нерва выкроенной фасцией.

Компьютерный набор: Фатхуллова М.С.

Заказ

Тираж

Подписное

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

СПОСОБ УКРЫТИЯ ЗОНЫ ШВА ЛОКТЕВОГО НЕРВА ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОЙ ФАСЦИЕЙ

Fig 1. Клиника дефицита функции локтевого нерва до операции.

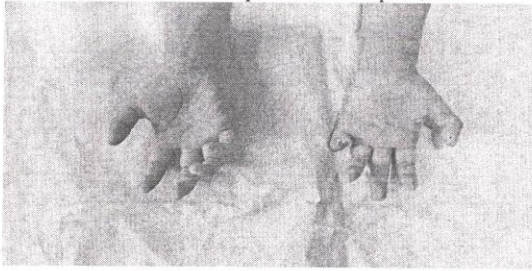


Fig 2. Наличие невримы нервного ствола.

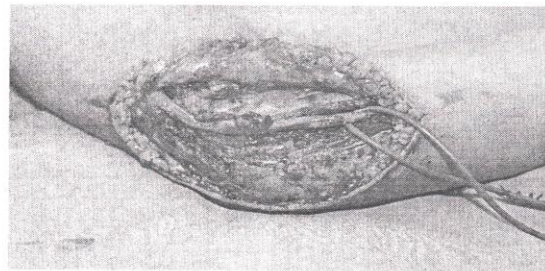


Fig 3. Резекция невримы и диастаз после резекции.

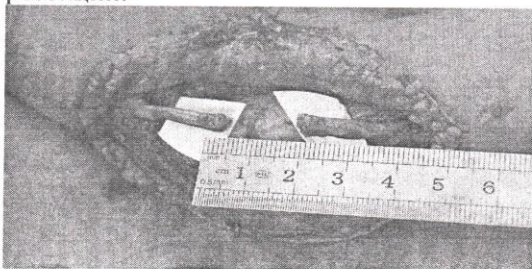


Fig 4. Наложением эпиневрального шва и передняя транспозиция нерва.

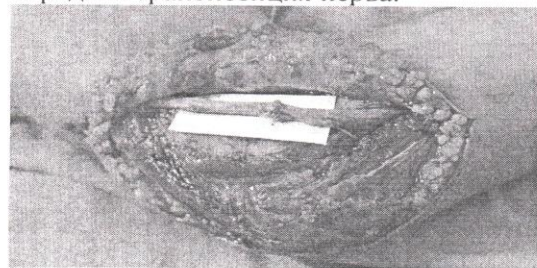


Fig 5. Выкраивание васкуляризированного лоскута из фасции Пирогова на передней поверхности верхней трети предплечья.

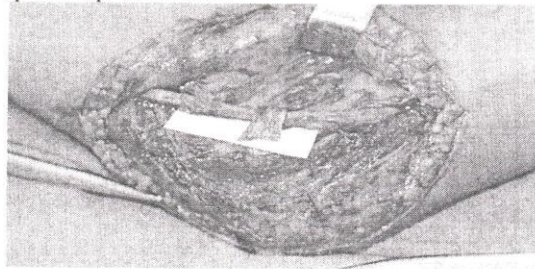


Fig 6-7. Окутывание зоны эпиневрального шва выкраенной фасцией и ее фиксация.

