



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 2301793

(22) 03.02.2023

(46) Бюл. 205, 2024

(71)(72)(73) Маликов М.Х. (ТJ); Карим-заде Г.Дж. (ТJ); Джононов Дж.Д. (ТJ); Давлатов А.А. (ТJ); Саидов М.С. (ТJ); Махмадкулова Н.А. (ТJ)

(54) СПОСОБ РЕИННЕРВАЦИИ ПЕРЕСАЖЕННОГО ПАХОВОГО ЛОСКУТА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ДЕФЕКТЕ КИСТИ

(56) 1. Воробьев В.В., Питенин Ю.И., Овчинников Д.В. Восстановление глубоких дефектов покровных тканей кисти в дневном хирургическом стационаре //Военно-медицинский журнал .-2016.-№5.-С. 22-28.

2. Ходжамурадов Г.М., Исмоилов М.М. Устранение глубоких обширных дефектов покровных тканей верхней конечности. Анналы пластической и реконструктивной хирургии. 2013. №2. - С. 58-66.

2

3. Benanti E., Santis G., Acciaro A.L., Golzani G, Baccarani A., Starnoni M. Soft tissue coverage of the upper limb: A flap reconstruction overview. Annals of Medicine and Surgery. 2020, V. 60.-P.338-343

4. Naala R., Chauhan Sh, Dave A, Singhal M. Reconstruction of post-traumatic upper extremity soft tissue defects with pedicled flaps. An algorithmic approach to clinical decision making. Chinese Journal of Traumatology. 2018, 21:338-351.

(57) Изобретение относится к медицине, к разделу реконструктивно-восстановительной хирургии кисти.

Данный способ заключается в том, что выполняется имплантационная реиннервация пересаженного пахового лоскута на травматические дефекты пальцев и кисти перемещением поверхностной ветви лучевого нерва с одномоментной разъединением ранее укрытых культей пальцев.

Изобретение относится к области медицины, а именно к разделу реконструктивной и пластической микрохирургии верхней конечности.

Проблема хирургического лечения дефектов кисти при травмах различного генеза остается одной из сложных и актуальных проблем реконструктивной хирургии верхней конечности. Рост частоты травм верхней конечности связан с увеличением травм на производстве и дорожно-транспортных происшествий [1,3]. Наиболее тяжелыми считаются сочетанные травмы, полученные в результате воздействия вращающимися частями высокоскоростных электрических станков, огнестрельных и минно-взрывных ранений, когда происходит повреждение на нескольких уровнях с обширными протяженными дефектами покровных тканей [2,3]. Травматические ампутации пальцев и кисти раздавлено-размозженного характера часто требуют укрытия полнослойными кожными трансплантатами или васкуляризированными комплексами тканей. Многие пациенты поступали в состоянии шока и первичную помощь им оказывали в неспециализированных учреждениях, где провести реконструкцию поврежденных структур не представлялась возможной из-за тяжести состояния пострадавшего, тяжести травмы и отсутствия оснащения. При оказании квалифицированной помощи в условиях специализированного центра во многих случаях удается достичь удовлетворительных и хороших результатов с улучшением качества жизни [4].

Таким образом, хирургическое лечение пострадавших с сочетанной тяжелой травмой кисти является актуальной проблемой в современной хирургии кисти, и требует дифференцированного тактического подхода.

Известен способ укрытия обширного травматического дефекта с обнаженными костными культями пальцев несвободным паховым лоскутом без реиннервации и разъединения культей (фалангизация) [2]. Известный способ укрытия дефекта пальцев и кисти тяжелой степени имеет ряд недостатков:

1. Неиннервированный паховый лоскут подвержен трофическим изменениям и развитию трофических язв.

2. Трансплантат в функциональном отношении не пригоден для кисти и не способствует выполнению каких-либо действия для самообслуживания пострадавшего.

3. Объемные лоскуты в эстетическом отношении не удовлетворяют оперированных больных.

ЦЕЛЮЮ ИЗОБРЕТЕНИЯ является способ улучшения сенсорной и двигательной функции пересаженного на травматический дефект пальцев и кисти пахового лоскута путем имплантационной реиннервации с одномоментной фалангизацией.

СУЩНОСТЬ ИЗОБРЕТЕНИЯ. Предложенный способ реиннервации пересаженного пахового лоскута при травматических дефектах пальцев и кисти достигается путем: 1) выполнение некрэктомии ампутированных сегментов пальцев; 2) укрытие дефектов костных культей пальцев несвободным паховым лоскутом; 3) отсечение ножки пахового лоскута; 4) проведение имплантационной реиннервации пе-

ремещенного пахового лоскута путем выделения и отсечения поверхностной ветви лучевого нерва с последующим его размещением в подкожную клетчатку пахового лоскута с одновременным выполнением фалангизации.

Ход операции: Под общим обезболиванием выполняется первым этапом некрэктомия ампутированных пальцев и сегментов кисти до относительно здоровых тканей; вторым этапом оценивается оставшийся дефект кисти и соответственно наносится схема выкраивания пахового лоскута и выполняется укрытие поверхности кисти несвободным паховым лоскутом; отсечение ножки пахового лоскута проводится через 2 недели. Имплантационная реиннервация пересаженного пахового лоскута за счет *g.superficialis n.radialis*. Выделяется поверхностная ветвь лучевого нерва до уровня «анатомической табакерки», дистальный конец нерва расщепляется на группы пучков и имплантируется в различные участки подкожной клетчатки лоскута. Таким образом, проводится имплантационная чувствительная реиннервация пересаженного пахового лоскута.

Изобретение имеет ряд преимуществ:

1. Использование данного способа в ближайшие сроки дает возможность пациенту осуществить тонкие и грубые виды захвата.

2. Реиннервация лоскута предотвращает развитие трофических расстройств и одновременно способствует появлению чувствительности в разобщенных культях.

3. Выбранная тактика и коррекция лоскута намного улучшает эстетический вид кисти и позитивно влияет на психо-эмоциональную сферу оперированного.

Заявляемый способ поясняется прилагаемыми графическими изображениями (фиг.1-6). На фиг. 1 показано исходное состояние кисти после получения травмы. На фиг. 2 показано состояние кисти после некрэктомии. На фиг. 3 показано укрытие травматического дефекта паховым лоскутом. На фиг. 4 показано этап отсечения ножки пахового лоскута. На фиг. 5 показано выделение поверхностной ветви лучевого нерва с его перемещением в подкожно-жировую клетчатку пересаженного лоскута и на фиг. 6 показано вид кисти после фалангизации.

Все вышеизложенное находит подтверждение в следующем клиническом примере.

Больной Гаилов К., 25 лет, ИБ № 4459 поступил 23.11.2021 с диагнозом: Тяжелая травма кисти. Обширный дефект покровных тканей ладони и тыла кисти с декомпенсацией кровообращения II-V пальцев.

Из анамнеза стало известно, что за 11 дней до поступления получил травму аппаратом для резки стали за пределами республики Таджикистан, где в областной больнице была выполнена ПХО. При местном осмотре правой кисти отмечается нарушение кровообращения во II-V пальцах с развитием сухой гангрены во II, IV и V пальцах и влажной – в III пальце. Также отмечается дефект тыльной поверхности кисти 12 x 6 см с начальной эпителизацией по краям дефекта.

После стабилизации состояния больного 25.11.2021 больному выполнена операция в плановом порядке: Некрэктомия и санация раны. В ходе операции произведена некрэктомия II-III пальцев на уровне проксимальных фаланг с циркулярным дефектом измененной кости и ампутация IV-V пальцев на уровне основных фаланг. Мягкотканый дефект после некрэктомии составил 18 x 6 см. Больному 1.12.2021г. выполнена операция под ЭТН: Укрытие дефекта правой кисти несвободным паховым лоскутом. В ходе выполнения операции была произведена повторная ревизия и иссечение некротизированных участков раны кисти и после был выкроен соразмерный паховый лоскут размерами 19 x 8 см, которым был укрыт дефект кисти. Отсечение ножки пахового лоскута было выполнено 23.12.2021г под БПС с укрытием остаточного дефекта ульнарной стороны культи полнослойным кожным трансплантатом. Следующим этапом 10.03.2022 г больному под общим обезболиванием была выполнена операция: Создание межпальцевого промежутка II-III пальцев путем Z-пластики. Имплантационная реиннервация пересаженного пахового лоскута за счет *r.superficialis n.radialis*.

В ходе данной операции с целью реиннервации лоскута и обеспечения тактильной чувствительности отдельным разрезом была выделена поверхностная ветвь лучевого нерва до уровня «анатомической табакерки», дистальный конец нерва был расщеплен на группы пучков, которые были имплантированы в различные участки подкожной клетчатки лоскута. Таким образом, была проведена имплантационная чувствительная реиннервация пересаженного пахового лоскута.

Для создания межпальцевого промежутка II-III пальцев нанесена схема Z-пластики с ладонной и тыльной сторон предполагаемого промежутка с треугольными насечками у основания пальца для создания межпальцевого углубления. После выкраивания и перемещения треугольных лоскутов и незначительного истончения треугольных лоскутов удалось создать межпальцевой промежуток. Сформированный второй палец в состоянии незначительной локтевой девиации был выпрямлен и фиксирован спицей Киршнера.

Данный метод иннервации был выполнен 5 пациентам.

Формула изобретения

Способ реиннервации пересаженного пахового лоскута при травматическом дефекте кисти, отличающийся тем, что выполняют имплантационную реиннервацию пересаженного лоскута перемещени-

ем поверхностной ветви лучевого нерва с одномоментной разъединением ранее укрытых культей пальцев.



Фиг. 1



Фиг.2



Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5



Фиг. 6

Компьютерный набор: Ризоева С.Р.

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