



(12) **Описание изобретения**
К ПАТЕНТУ

1

(21) 010000727

(22) 19.10.2001

(46) Бюл.№2 (30), 2003

(71) Республиканский клинический центр сердечно-сосудистой хирургии

(72) Курбанов Убайдулло Абдуллаевич (TJ), Давлатов Абдумалик Абдулхакович (TJ), Ибрагимов Эркинджон Каримджонович (TJ)

(73) Курбанов Убайдулло Абдуллаевич (TJ)

(56) 1. Кузьменко В.В., Лечение рубцовых сгибательных контрактур пальцев кисти. Хирургия, 1991, №12, с.54-58.

2. RU 2170549 C1 (Российская медицинская академия последипломного образования), 20.07.2001

3. Реферат автоматизированной базы данных Medline: Bertelli J. et al. Treatment of recurrent digital scar contracture in paediatric patients by proximal phalangeal island flap. Ann. Chir. Memb. Super. 1997; 16(4): 310-5.

(54) СПОСОБ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СГИ-

2

БАТЕЛЬНЫХ КОНТРАКТУРАХ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

(57) Изобретение относится к области медицины, а именно к разделу реконструктивной хирургии послеожоговых рубцовых контрактур пальцев кисти.

Хирургическое лечение рубцовых сгибательных контрактур пальцев кисти направлено на удлинение расстояния между двумя точками в начале и конце линейного рубца по сгибательной поверхности. Существующие традиционные способы (Z-пластика, четырех-, пяти-, шести- и семилооскутная пластика) дают от 25% до 200% удлинения, что недостаточно для ликвидации рубцовых контрактур тяжелой степени. Потребность на удлинение при тяжелых рубцовых контрактурах пальцев кисти иногда достигает от 500% до 800%. При этом альтернативным способом является иссечение рубца и замещение дефекта полнослойным кожным трансплантатом, дистантными или свободными микрохирургическими лоскутами.

Изобретение относится к области медицины, а именно к разделу реконструктивной хирургии послеожоговых рубцовых контрактур пальцев кисти.

Послеожоговые рубцовые сгибательные контрактуры пальцев кисти являются одной из сложных проблем реконструктивно-пластической хирургии. Несмотря на большие достижения реконструктивно-пластической хирургии и микрохирургии, вопрос хирургической реабилитации больных с этой патологией остается актуальным и не до конца решенным по сегодняшний день [3]. Все существующие традиционные способы хирургического лечения направлены на удлинение дистанции между двумя точками в начале и конце линейного рубца по сгибательной поверхности пальцев кисти [6,7]. К ним относятся одиночные и серийные Z-пластики, четырех-, пяти-, шести- и семи лоскутная пластика (фиг.1) [5,7,8]. Известно, что одиночная Z-пластика с углом лоскутов 30° дает 25% удлинения, 45° - 50 % и 60° до 75% и 90° до 125% удлинения. Другие способы Z-пластики, такие как четырех-, пяти-, шестилоскутная пластика и способ квадратной пластики, удлиняют линию рубца лишь до 180%. Последним достижением дальнейшего развития Z- пластики считается способ семилоскутной пластики, описанный Karacaoglan N. at all. является высоко эффективным для устранения рубцовых контрактур крупных суставов. Этот способ также применим при рубцовых контрактурах пальцев кисти, однако его применение также ограничивается удлинением рубца только на 200% [8]. Однако при рубцовых сгибательных контрактурах тяжелой степени потребность в удлинении рубца превышает 200% и иногда достигает до 800%. В подобных ситуациях выше перечисленными способами устранить контрактуру не представляется возможным. Альтернативным способом в подобных случаях является, из традиционных способов, полное иссечение рубца, выпрямление пальца и замещение дефекта полнослойным кожным трансплантатом, а из современных способов возможны для применения дистантные лоскуты или свободная микрохирургическая пересадка лоскутов [4]. Из-за высокой частоты рецидивов контрактуры и неэстетичности полнослойная кожная пластика хирургами применяется крайне редко. Более лучшим способом решения проблемы является использование дистантных лоскутов на сосудистой ножке или свободная микрохирургическая пересадка кожных лоскутов. Однако эти способы технически сложны в выполнении, трудоемки и часто многоэтапны, а эстетический результат не всегда удовлетворяет пациента и хирурга.

Нами разработан новый, относительно простой в выполнении, способ местной пластики при тяжелых послеожоговых рубцовых сгибательных контрактурах пальцев кисти путем выкраивания встречно-перемещаемых прямоугольных лоскутов, чем полностью устраняется контрактура. Способ разработан на основе дальнейшего развития традиционной техники местнопластических операций.

Аналогом может служить S -пластика, которая используется при лечении рубцовых контрактур передней поверхности шеи (фиг.5). Способ заключается в выкраивании два “языкообразных лоскутов” по сторонам от стягивающего рубца, перемещением которых ликвидируется образовавшийся дефект [9].

Традиционный способ хирургического лечения тяжелых рубцовых сгибательных контрактур пальцев кисти заключается в иссечении стягивающих рубцов и выпрямлении пальца. Ликвидация образовавшегося дефекта производится несколькими способами: полнослойным кожным трансплантатом, перемещенными или свободными лоскутами [1]. Недостатком использования полнослойного кожного трансплантата заключается в большой частоте рецидивов контрактур, худшем функциональным результатом из-за уплотнения пересаженного трансплантата [2]. Укрытие дефекта перемещенным или свободным лоскутами является сложным оперативным вмешательством и, как правило, производится в нескольких этапах, а функциональные и эстетические результаты не всегда устраивают хирургов и пациентов [4].

Предложить новый способ хирургического лечения тяжелых рубцовых сгибательных контрактур пальцев кисти, заключающийся в выкраивании встречно-перемещаемых прямоугольных лоскутов по боковым поверхностям вовлеченного в рубец пальца. После выпрямления пальца выкраенными лоскутами укрывается образовавшийся дефект велярной поверхности.

Поставленная цель достигается путем: 1) выкраивания встречно-перемещаемых прямоугольных лоскутов по боковым поверхностям вовлеченного в рубец пальца, 2) ликвидации контрактуры рассечением рубцовых тяжей и выпрямлением пальца, 3) укрытием, образовавшегося после выпрямления пальца, дефекта перемещением выкраенных лоскутов.

Операция начинается с выкраивания, по предварительно начертанной схеме, встречно-перемещаемых прямоугольных лоскутов, основания которых обращены к основной (с одной стороны) и средней (с другой стороны) фаланг (фиг.2а, 2б). После полного выпрямления пальца проводится инъекционная игла по задней поверхности подково для временной фиксации пальцев в выпрямленном положении. Выкраенные лоскуты перемещаются на ладонную поверхность основного и средней фаланги, фиксируются кожными швами (фиг.2с). По завершению операции кисть иммобилизуют гипсовой лонгетой в выпрямленном положении пальцев. Способ пластики встречно- перемещаемыми прямоугольными лоскутами применен у 7 больных (10 пальцев) с тяжелыми послеожоговыми рубцовыми сгибательными контрактурами пальцев кисти. В том числе у 3 больных описанным способом произведено устранение контрактуры двух пальцев. Во всех случаях получены хорошие результаты, без развития каких либо осложнений. В

отдаленном послеоперационном периоде функциональные результаты были отличными и хорошими, контрактуры у всех больных ликвидированы.

Предлагаемый нами способ применяется там, где ранее существующие способы местнопластических операций исчерпывают свои возможности, и появляется необходимость к применению сложных реконструктивно-пластических операций, как перемещение дистантных лоскутов на сосудистой ножке или микрохирургической пересадке свободных лоскутов.

Предложенный нами способ позволяет избежать сложные и порой многоэтапные операции, основываясь на использовании традиционной техники, является новым, перспективным, высокорезультативным, несложным в техническом выполнении, а следовательно и экономически выгодным.

Клинические наблюдения

Случай 1

Больная Х., девочка 13 лет, в годовалом возрасте получила ожог левой кисти горячим маслом.

При осмотре отмечается послеожоговая рубцовая сгибательная контрактура II-III-IV-V пальцев левой кисти (фиг.3а). 17.05.2001г. произведена операция - контрактуру II и V пальцев удалось ликвидировать тройной Z-пластикой (удлинение на 70%). Для ликвидации сгибательной контрактуры III-IV пальцев (где потребность в удлинении рубца более 200%) применен способ встречно-перемещаемых прямоугольных лоскутов (удлинение на 500%) (фиг.3б).

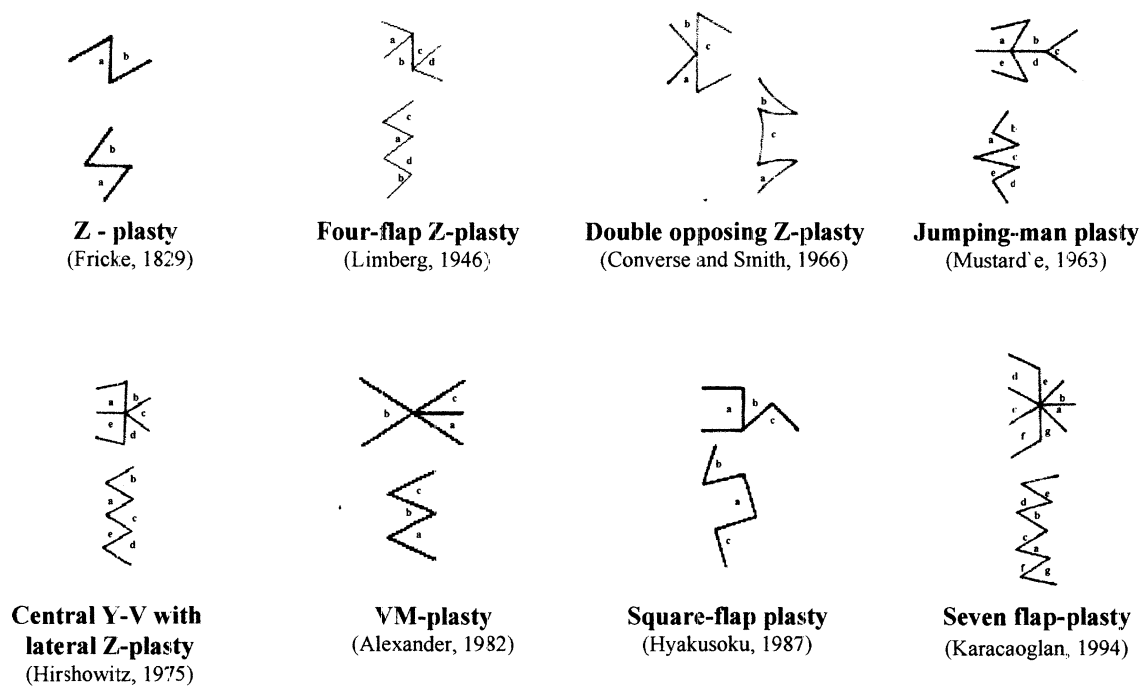
Случай 2

Больная М., девочка 10 лет, в годовалом возрасте получила ожог правой кисти кипящим маслом. При осмотре отмечается послеожоговая рубцовая сгибательная контрактура II-III пальцев правой кисти (фиг.4а,б,с). 20.05.2000г. произведена операция - устранение контрактуры II пальца по способу семилоскутной пластики (удлинение на 150%) и ликвидация контрактуры III пальца способом перемещенных прямоугольных лоскутов (удлинение на 650%) (фиг.4д).

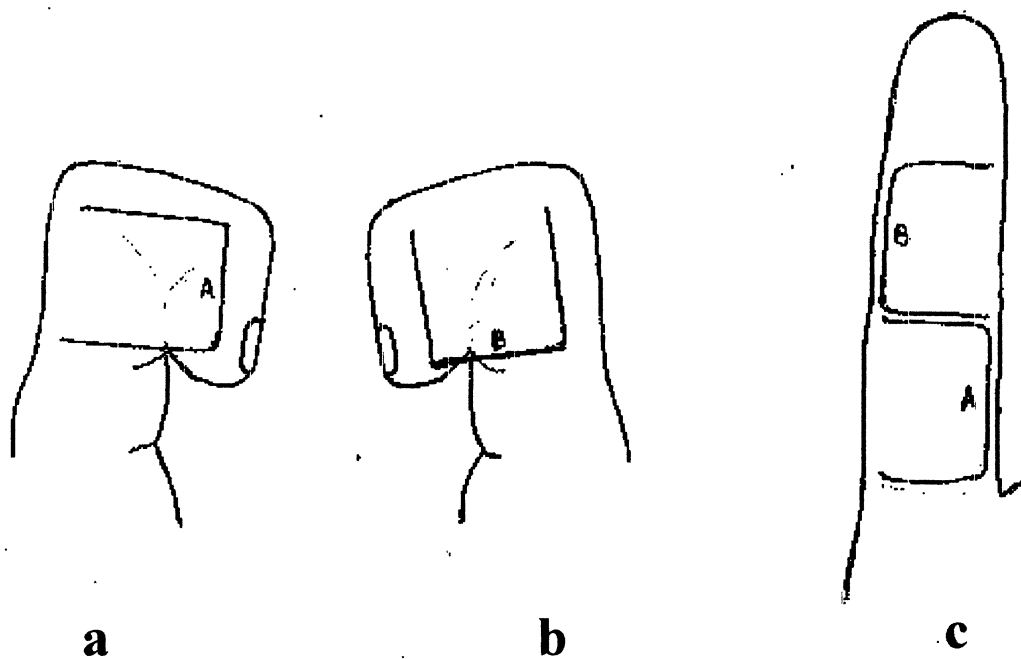
ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ хирургического лечения тяжелых послеожоговых рубцовых контрактур пальцев кисти, основанный на традиционной технике местнопластических операций, *отличающийся* тем, что выкраивают два встречно-перемещаемых прямо-

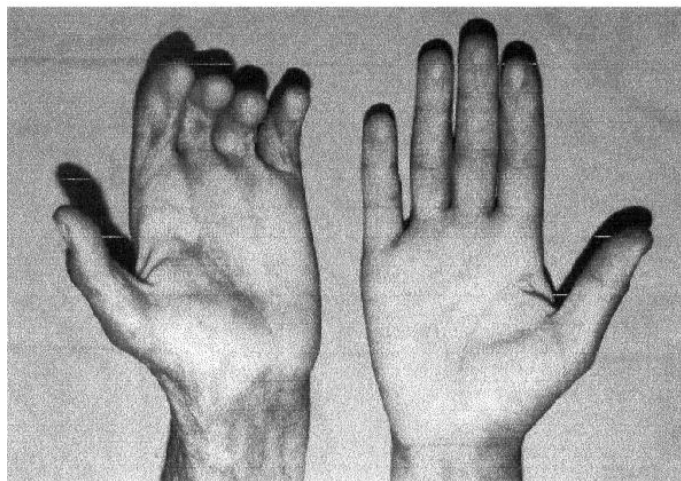
угольных лоскутков по боковым поверхностям пальца, основание которых с одной стороны обращено к основной и с другой стороны к средней фаланге.



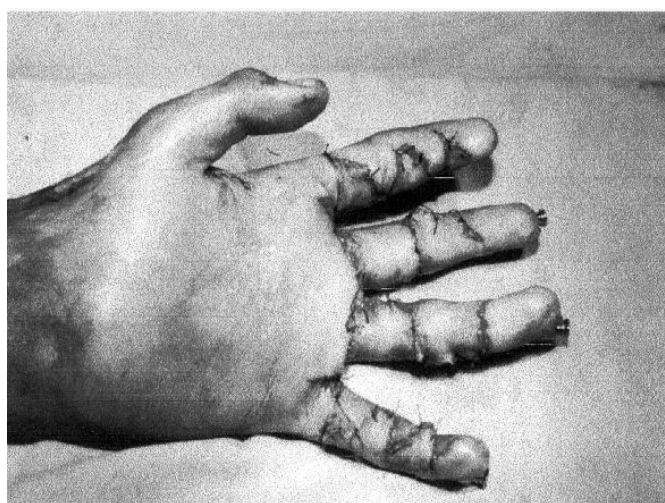
Фиг. 1 Схема различных способов Z-пластики, применяемые для удлинения расстояния между двумя точками в начале и конце рубца.



Фиг. 2 Схема пластики встречно-перемещенными прямоугольными лоскутами при тяжелой рубцовой сгибательной контрактурой пальцев а и б схема лоскутов до перемещения, с - после перемещения.

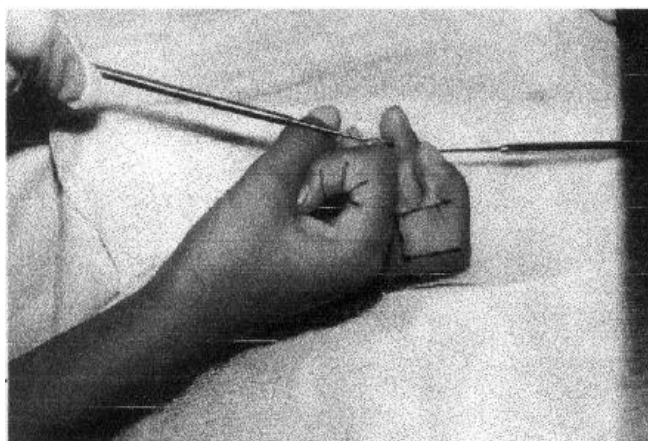


a

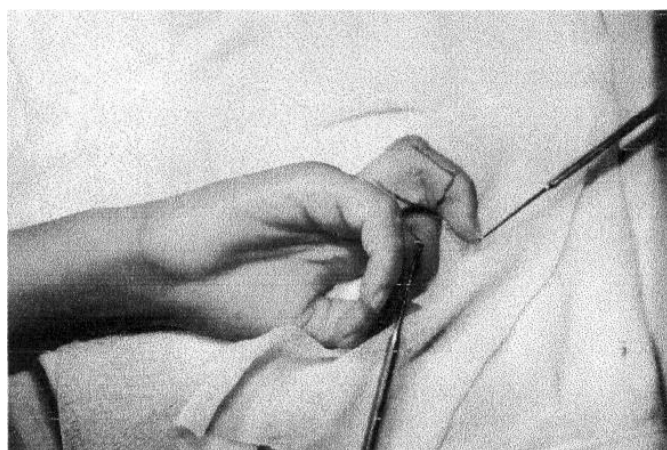


b

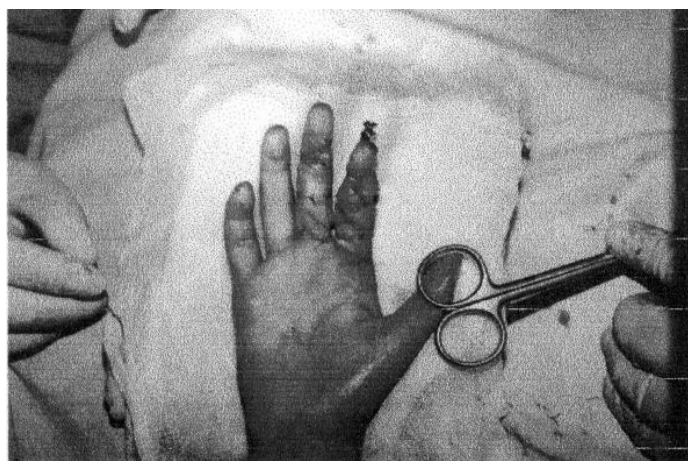
Фиг. 3. Рубцовая сгибательная контрактура II и V пальцев левой кисти.
a - до операции, b - после операции.



a

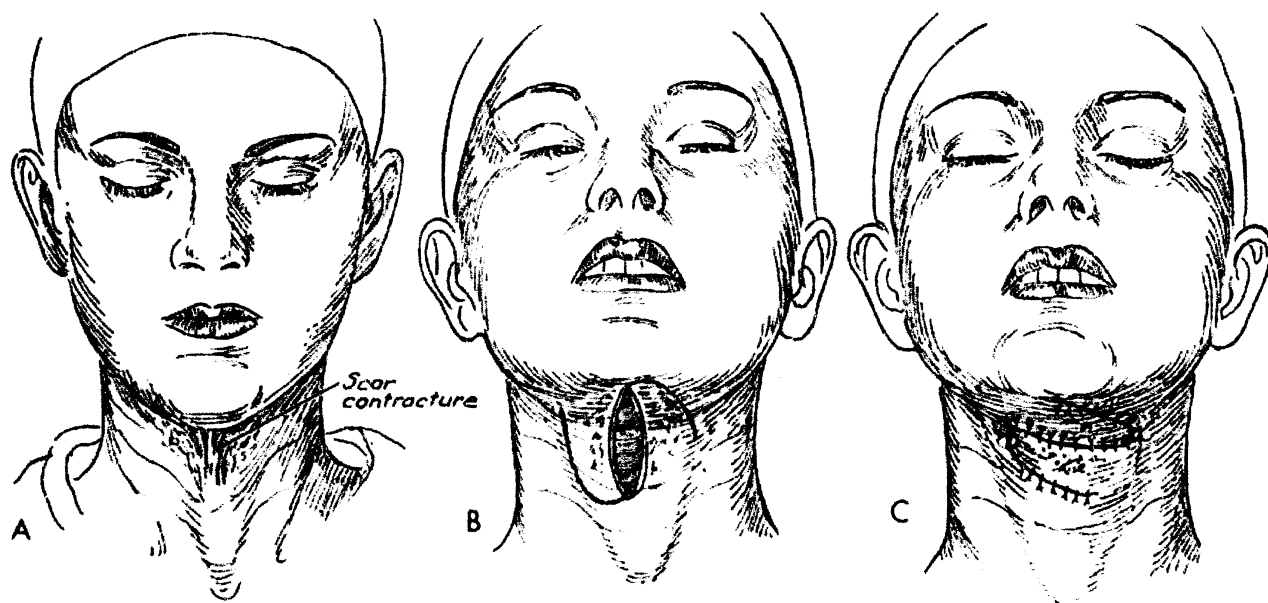


b



c

Фиг. 4. Рубцовая сгибательная контрактура II-III пальцев правой кисти. а и b - схема лоскутов до операции, с - после операции. На II пальце применен способ семилоскутной пластики, на III - встречно-перемещенные прямоугольные лоскуты.



Фиг. 5. Схема S-пластики при рубцовой контрактуре шеи (McGregor Ian A. Fundamental Techniques of Plastic Surgery & Their Surgical Applications, 1989)