



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **88423** (13) **U**
(51) МПК
A61B 17/56 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2013 13041</p> <p>(22) Дата подання заявки: 11.11.2013</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 11.03.2014</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 11.03.2014, Бюл.№ 5</p>	<p>(72) Винахідник(и): Гарбузняк Ірина Миколаївна (UA), Хмизов Сергій Олександрович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ПАТОЛОГІЇ ХРЕБТА ТА СУГЛОБІВ ІМЕНІ ПРОФЕСОРА М. І. СИТЕНКА НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ", вул. Пушкінська, 80, м. Харків-24, 61024 (UA)</p>
---	---

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ УРОДЖЕНОЇ ЛІКТЬОВОЇ КОСОРУКОСТІ

(57) Реферат:

Спосіб лікування уродженої ліктьової косорукості включає плечо-променевиї синостоз ліктьового суглоба, шляхом надання кінцівці функціонально вигідного положення за допомогою дистракції. Лікування проводять поетапно, на першому етапі здійснюють резекцію фіброзного тяжа ліктьової кістки з подальшою поперечною остеотомією, резекцією плечо-променевого синостозу і встановленням на плечовій та променевиї кістках стержневого апарата зовнішньої фіксації, за допомогою якого низводять проксимальний відділ променевої кістки до рівня дистального відділу рудимента ліктьової кістки, на другому етапі здійснюють транспозицію рудимента ліктьової кістки в діастаз між плечовою та променевою кістками з подальшою фіксацією вказаного рудимента до променевої кістки та подальшого здійснення за допомогою апарата зовнішньої фіксації згинальних рухів в утвореному плечо-ліктьовому зчленуванні шляхом дозованого збільшення кута згинання на 10° протягом кожних трьох днів до досягнення згинальної функції в зчленуванні в межах $80^\circ \pm 10^\circ$, після чого апарат демонтують, а верхню кінцівку на рівні плечо-ліктьового зчленування фіксують шарнірним ортезом і продовжують виконувати згинальні рухи до самостійного виконання хворим згинальної функції в утвореному зчленуванні в межах $80^\circ \pm 10^\circ$.

UA 88423 U

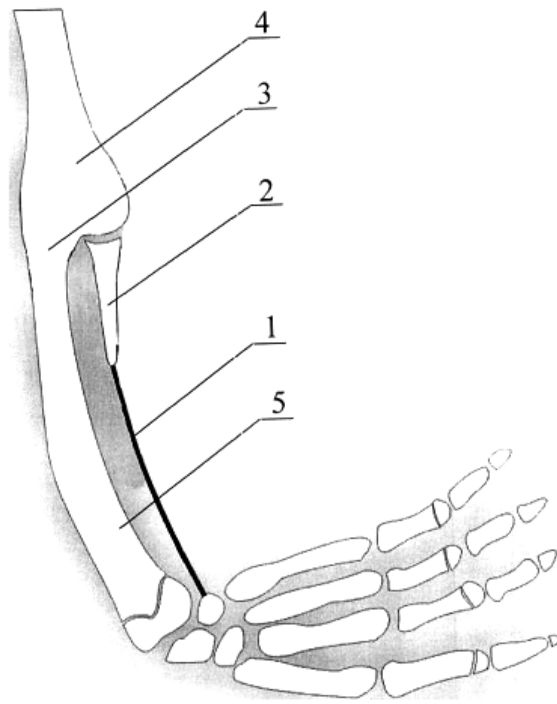


Fig. 1

Корисна модель належить до медицини, а саме до ортопедії та травматології, і може бути використана при лікуванні уродженої ліктьової косорукості, яка супроводжується плечо-променевою синостозом ліктьового суглоба (ліктьова косорукість IV типу).

5 Уроджена ліктьова косорукість IV типу характеризується недорозвитком ліктьової кістки, укороченням і деформацією передпліччя, а також наявністю синостозу між плечовою та променевою кістками. При цьому рухи в ліктьовому суглобі повністю відсутні, а передпліччя знаходиться в афункціональному положенні (як правило, у положенні розгинання та пронації). Відсутність рухів у ліктьовому суглобі призводить до порушення функції верхньої кінцівки, що значно погіршує самообслуговування дитини, а також негативно впливає на її соціальну адаптацію.

10 На сьогодні найбільш розповсюдженим способом лікування уродженої ліктьової косорукості у дітей є мікрохірургічна автотрансплантація комплексів тканин.

15 Відомий спосіб лікування уродженої ліктьової косорукості, у якому здійснюють резекцію плечо-променевого синостозу, в отриманий дефект переносять перший плесно-фаланговий суглоб стони, з'єднують проксимальну фалангу та плеснову кістку трансплантата з плечовою та променевою кістками, з використанням мікрохірургічної техніки [1]. Спосіб дозволяє створити функціональний ліктьовий суглоб і покращує косметичний вигляд кінцівки. Але суттєві недоліки способу полягають у травматичності, технічній складності у виконанні, можливості виникнення післяопераційних ускладнень. Крім цього відсутність ранніх рухів у створеному ліктьовому суглобі може призвести до виникнення в ньому кісткового анкілозу.

20 Найближчим аналогом є спосіб лікування уродженої ліктьової косорукості, що супроводжується анкілозом ліктьового суглоба, за допомогою дистракції, при якому за три етапи лікування ліквідують ліктьову косорукість. Спочатку на першому етапі подовжують рудимент ліктьової кістки, ліквідують косорукість та всі деформації верхньої кінцівки. На другому етапі максимально подовжують рудимент ліктьової кістки з одночасним подовженням променевої кістки, дистракцію проводять в асиметричному режимі. На третьому етапі на дистальному рівні виконують асиметричну дистракцію, при цьому відновлюють внутрішньосегментарні та міжсегментарні пропорції передпліччя [2].

30 Спосіб дозволяє подовжити рудимент ліктьової кістки та променевою кістку, а також здійснити корекцію внутрішньосегментарних та міжсегментарних деформацій верхньої кінцівки.

Однак недоліком найближчого аналога є відсутність в ліктьовому суглобі згинальної функції, що не дозволяє забезпечувати соціальну адаптацію пацієнта.

35 В основу корисної моделі поставлено задачу розробки способу лікування уродженої ліктьової косорукості, яка супроводжується плечо-променевою синостозом, у якому за рахунок формування плечо-ліктьового зчленування та розробки його шляхом дозованого збільшення кута згинання на 10° протягом кожних трьох днів за допомогою апарата зовнішньої фіксації забезпечується поява згинальної функції в отриманому зчленуванні в межах $80^\circ \pm 10^\circ$, що покращує самообслуговування пацієнта та його соціальну адаптацію.

40 Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі лікування уродженої ліктьової косорукості шляхом надання кінцівці функціонально вигідного положення за допомогою дистракції, згідно з корисною моделлю, на першому етапі здійснюють резекцію фіброзного тяжя ліктьової кістки з подальшою поперечною остеотомією, резекцією плечо-променевого синостозу та встановленням на плечовій та променевої кістках стержневого апарата зовнішньої фіксації, за допомогою якого низводять проксимальний відділ променевої кістки до рівня дистального відділу рудимента ліктьової кістки, на другому етапі здійснюють транспозицію рудимента ліктьової кістки в діастаз між плечовою та променевою кістками з подальшою фіксацією вказаного рудимента до променевої кістки та подальшим здійсненням за допомогою апарата зовнішньої фіксації згинальних рухів в утвореному плечо-ліктьовому зчленуванні шляхом дозованою збільшення кута згинання на 10° протягом кожних трьох днів до досягнення згинальної функції в зчленуванні в межах $80^\circ \pm 10^\circ$, після чого апарат демонтують, а верхню кінцівку на рівні плечо-ліктьового зчленування фіксують шарнірним ортезом і продовжують виконувати згинальні рухи до самостійного виконання хворим згинальної функції в отриманому зчленуванні в межах $80^\circ \pm 10^\circ$.

50 На фіг. 1 - наведено верхню кінцівку хворого з плечо-променевою синостозом до лікування, а також показано схему остеотомії та резекції рудимента ліктьової кістки та плечо-променевого синостозу.

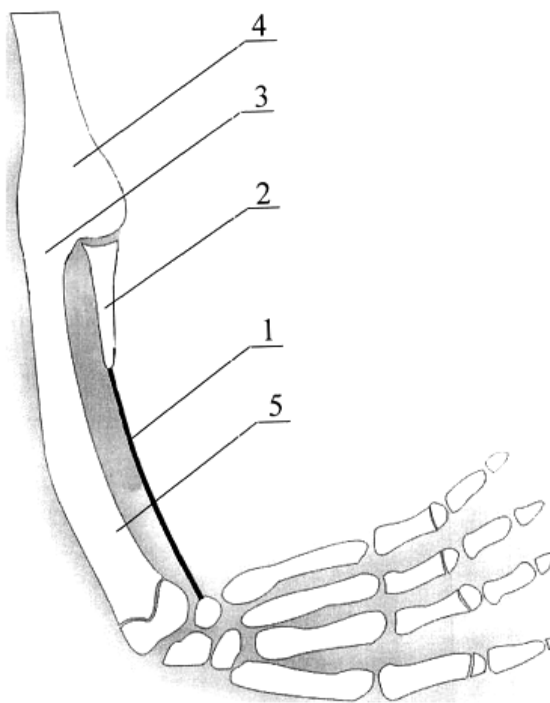
На фіг. 2 - наведено етап переміщення рудимента ліктьової кістки в діастаз між променевою та плечовою кістками та встановлення стержневого апарата зовнішньої фіксації.

На фіг. 3а та 3б - наведено фотовідбитки рентгенограм пацієнтки В. до лікування.

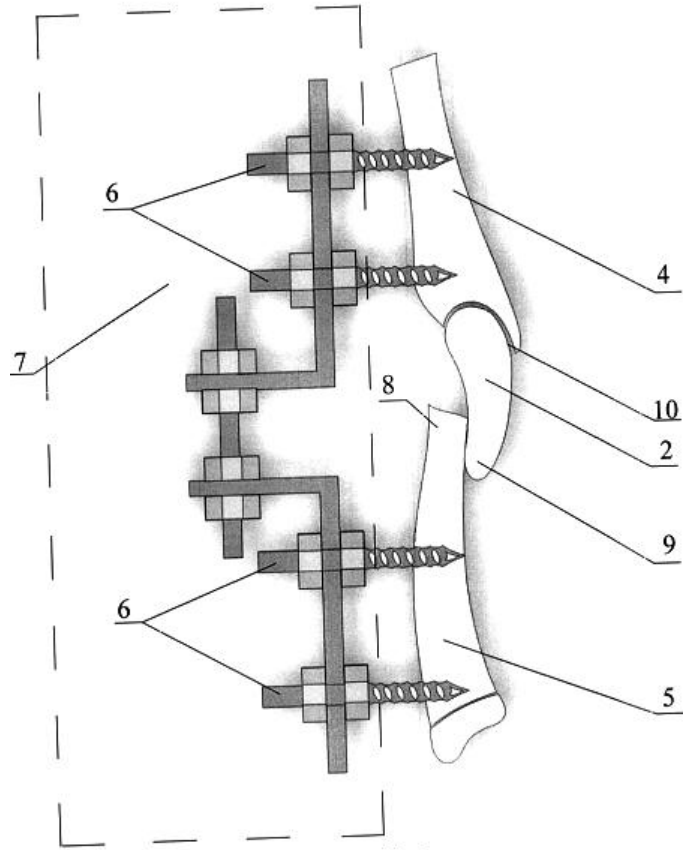
60 На фіг. 4а та 4б - наведено фотовідбитки рентгенограм пацієнтки В. після лікування.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- Спосіб лікування уродженої ліктьової косорукості, яка супроводжується плечо-променевим синостозом ліктьового суглоба, шляхом надання кінцівці функціонально вигідного положення за допомогою дистракції, який **відрізняється** тим, що лікування проводять поетапно, на першому етапі здійснюють резекцію фіброзного тяжа ліктьової кістки з подальшою поперечною остеотомією, резекцією плечо-променевого синостозу і встановленням на плечовій та променевій кістках стержневого апарата зовнішньої фіксації, за допомогою якого низводять проксимальний відділ променевої кістки до рівня дистального відділу рудимента ліктьової кістки, на другому етапі здійснюють транспозицію рудимента ліктьової кістки в діастаз між плечовою та променевою кістками з подальшою фіксацією вказаного рудимента до променевої кістки та подальшого здійснення за допомогою апарата зовнішньої фіксації згинальних рухів в утвореному плечо-ліктьовому зчленуванні шляхом дозованого збільшення кута згинання на 10° протягом кожних трьох днів до досягнення згинальної функції в зчленуванні в межах $80^\circ \pm 10^\circ$, після чого апарат демонтують, а верхню кінцівку на рівні плечо-ліктьового зчленування фіксують шарнірним ортезом і продовжують виконувати згинальні рухи до самостійного виконання хворим згинальної функції в утвореному зчленуванні в межах $80^\circ \pm 10^\circ$.



Фіг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3a



Fig. 3b



Fig. 4a



Фиг. 4б

Комп'ютерна верстка І. Мироненко

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