



УКРАЇНА

(19) UA (11) 41019 (13) A

(51) 7 A61B17/56

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДОСТУПУ ДО ДИСТАЛЬНОГО ЗАДНЬОЛАТЕРАЛЬНОГО ВІДДІЛУ КІСТОК ГОМІЛКИ

(21) 2001010095

(22) 03.01.2001

(24) 15.08.2001

(46) 15.08.2001, Бюл. № 7, 2001 р.

(72) Василевський Микола Миколайович, Тяжелов
Олексій Олимович, Єфімов Роман Васильович,
Джехад Махмуд А. Мохамед Мусса(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІН-
СТИТУТ ОРТОПЕДІЇ ТА ТРАВМАТОЛОГІЇ ІМ.
ПРОФ. М.І. СИТЕНКА(57) Спосіб доступу до дистального задньолате-
рального відділу кісток гомілки, який включає роз-
тин шкіри, підшкірної клітковини та фасції гомілки
вздовж задньозовнішнього краю малоюгомілкової

кістки, відокремлення малоюгомілкових м'язів від м'яза довгого розгинача пальців, відтягування ахіллового сухожилка медіально та розведення їх, відокремлення м'яза довгого згинача першого пальця від малоюгомілкових м'язів та розведення їх, який відрізняється тим, що розтин шкіри підшкірної клітковини та фасції гомілки починають на 6 – 7 см вище верхівки бічної кісточки, проходять 1,5 – 2 см перпендикулярно гомілці, плавно закруглюють донизу і ведуть вздовж задньозовнішнього краю малоюгомілкової кістки, в проєкції щілини гомілковостопного суглоба розтин плавно закруглюють назад і закінчують в ділянці бугра п'яркової кістки.

Вінахід відноситься до медицини, конкретно до ортопедії та травматології і може бути використаний при виконанні операцій на дистальному відділі гомілки.

Для виконання хірургічних втручань на дистальному відділі гомілки, коли є потреба втручання на задній поверхні великоюгомілкової кістки і одночасно на малоюгомілковій кістці, виникає необхідність забезпечити малу травматичність доступу і одночасно можливість вільно маніпулювати відламками.

На даний час існує доступ, який здійснюється з двох розтинів шкіри. Один з цих розтинів проходить паралельно п'яркового (ахіллового) сухожилку (для доступу до заднього краю великоюгомілкової кістки), другий - над малоюгомілковою кісткою. При цьому для зручності роботи на задньому краї великоюгомілкової кістки доводиться перетинати ахіллів сухожилок [1].

Таке хірургічне втручання дозволяє широко відкрити задній відділ гомілковостопного суглоба і полегшує виконання репозиції та остеосинтезу відламків. Але воно досить травматичне, тому що при цьому порушується цілісність ахіллового сухожилка, а також є небезпечність пошкодження задніх великоюгомілкових судин та великоюгомілкового нерва, додатковий розтин над малоюгомілковою кісткою збільшує травматичність хірургічного втручання та імовірність нагноєння ран.

Відомий задньолатеральний доступ. Він дозволяє з одного розтину шкіри здійснити підхід до малоюгомілкової кістки і задньої поверхні дистального краю великоюгомілкової кістки. Цей доступ обраний нами за прототип.

Доступ-прототип виконується таким чином. Повздовжній розтин шкіри гомілки по задньому краю малоюгомілкової кістки, який починають на ширину долоні вище гомілковостопного суглоба. Продовжують до бічної кісточки, яку огинають і ведуть вперед. Після розтину підшкірної клітковини та фасції гомілки у рану виступає малоюгомілкова кістка, яку частково прикривають довгий і короткий малоюгомілкові м'язи. Дорсальніше відкривається брюшко м'яза довгого згинача першого пальця.

Для доступу до малоюгомілкової кістки відокремлюють малоюгомілкові м'язи від м'яза довгого розгинача пальців стопи, при цьому малоюгомілкові м'язи відтягують дорсально, а розгинач пальців - вентромедіально. Малоюгомілкова кістка з прикріпленнями до неї зв'язками стає легкодоступною. При відокремленні малоюгомілкових м'язів від м'яза довгого згинача першого пальця та розведенні їх вільно оголюються задня поверхня дистального кінця великоюгомілкової кістки та задня великоюгомілкова зв'язка [2].

Цей доступ більш прийнятний, ніж попередній, але і він має свої недоліки. Розтин шкіри, підшкірної клітковини та фасції гомілки проводять таким чином, що він більш сприяє проникненню до

малогомілкової кістки, а маніпуляції на задньому краї великогомілкової кістки (репозиція відламків, їх свердління і фіксація, які проводяться в сагітальному напрямку) ускладнюються тим, що натягнення шкіри біля ахіллового сухожилка не дає змоги достатньо розкрити рану з медіального боку.

В основу винаходу поставлена задача розробити доступ до дистального задньолатерального відділу кісток гомілки який дозволить малотравматично, з одного розтину шкіри вільно здійснити маніпуляції на дистальному відділі малогомілкової і задньодистальному відділі великогомілкової кістки.

Поставлена задача вирішується тим, що в доступі до дистального задньолатерального відділу кісток гомілки, який включає розтин шкіри, підшкірної клітковини та фасції гомілки вздовж задньозовнішнього краю малогомілкової кістки, відокремлення малогомілкових м'язів від м'яза довгого розгинача пальців та розведення їх, відтягування ахіллового сухожилка медіально, відокремлення м'яза довгого згинача першого пальця від малогомілкових м'язів та розведення їх, згідно винаходу, розтин шкіри, підшкірної клітковини та фасції гомілки починають на 6-7 см вище верхівки бічної кісточки, проходять 1,5-2 см перпендикулярно гомілці, плавно закруглюють донизу і ведуть вздовж задньозовнішнього краю малогомілкової кістки, в проекції щілини гомілковостопного суглоба розтин плавно закруглюють назад і закінчують в ділянці бугра п'яtkової кістки.

Виконання розтину шкіри, підшкірної клітковини та фасції гомілки запропонованим чином зменшує натягнення шкіри, що дозволяє більш широко відкрити операційне поле, особливо задній край великогомілкової кістки. Це значно полегшує роботу хірурга на відламках (зіставлення і фіксування в різних напрямках), а також запобігає виникненню крайового некрозу рани з подальшим розвитком її нагноєння.

Здійснюючи цей доступ, треба пам'ятати про такі важливі анатомічні структури як *n. peroneus superficialis*, *n. suralis* et *v. saphena parva*, котрі необхідно ретельно оберегати від пошкодження. *N. peroneus superficialis* в нижній третині гомілки виходить під шкіру між коротким малогомілковим м'язом і довгим розгиначем пальців стопи. Цей нерв може бути пошкоджений при відсуванні малогомілкових м'язів. *N. suralis* et *v. saphena parva* проходять під шкірою між ахілловим сухожилком і бічною кісточкою. Згадані анатомічні структури можуть бути пошкоджені під час розтину шкіри в цій ділянці.

Клінічний приклад:

Хворий К., 37 років, історія хвороби № 60327, поступив до Харківського науково-дослідно-

го інституту ортопедії та травматології ім. проф. М.І.Ситенка через два тижні після травми і незадовільної двократною закритою репозицією з діагнозом: закритий перелом лівої малогомілкової кістки в нижній третині та заднього краю великогомілкової кістки зі зміщенням відламків. Крім того, у хворого було виявлено перелом присередньої кісточки тієї ж кінцівки також зі зміщенням відламків.

Операція проведена за допомогою запропонованого доступу: розтин шкіри, підшкірної клітковини та фасції гомілки починали на 6 см вище верхівки бічної кісточки перпендикулярно гомілці, через 2 см розтин плавно закруглили і вели донизу вздовж задньозовнішнього краю малогомілкової кістки. В проекції щілини гомілковостопного суглоба розтин плавно закруглили назад і закінчили в ділянці бугра п'яtkової кістки

Після розтину шкіри, підшкірної клітковини та фасції гомілки для доступу до малогомілкової кістки відокремили малогомілкові м'язи від м'яза довгого розгинача пальців та розвели їх, провели евакуацію гематоми, усунули інтерпозицію тканин між відламками малогомілкової кістки. Останні анатомічно зіставили та зафіксували двома серкляжними дротяними швами. Відтягненням ахіллового сухожилка медіально, відокремленням довгого згинача першого пальця від малогомілкових м'язів та розведенням їх здійснили підхід до відламку заднього краю великогомілкової кістки, зіставили і зафіксували кісткові фрагменти гвинтом.

Для лікування перелому присередньої кісточки був застосований відомий спосіб, який включав виконання дугоподібного розтину шкіри, підшкірної клітковини та фасції гомілки навколо бічної кісточки, зіставлення і фіксування відламків гвинтом.

В післяопераційному періоді нижню кінцівку додатково фіксували задньою гіпсовою шиною. Через 2 тижні після операції шина і шви з операційної рани були зняті. Через 2,5 місяці після операції хворому дозволено навантаження на кінцівку, а через 3 місяці після операції хворий повернувся до роботи. Через рік після операції скарг немає, пацієнт ходить з повним навантаженням на оперовану ногу. Післяопераційні рубці і шкірні покрови навколо них без будь-яких патологічних проявів. На рентгенограмі - повне зрощення відламків.

За допомогою доступу, який пропонується, прооперовано 7 хворих. Віддалені результати добрі.

Джерело інформації

1. Bruckner H., Hinze M. Zugangswege in der Traumatologie: Ein Operationsatlas.- Leipzig: J.A.Barth, 1986.-S. 178-179.

2. Bruckner H., Hinze M. Zugangswege in der Traumatologie: Ein Operationsatlas.- Leipzig: J.A.Barth, 1986.-S. 176-177.

Тираж 50 екз.

Відкрите акціонерне товариство «Патент»

Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101

(03122) 3 – 72 – 89 (03122) 2 – 57 – 03

41019