

Изобретение относится к медицине, а именно к травматологии, и может быть использовано для сшивания сухожилий при резаных ранах кисти.

Известен способ соединения концов сухожилий путем фиксации их нитями шовного материала, проведенными зигзагообразно навстречу друг другу, с осуществлением вкола и выкола иглы на каждой стороне через одни и те же отверстия [Авт. св. (Sfc 839506. кл. А 61 В 17/00. 1981)].

Однако известный способ травматичен, перекрест нитей резко нарушает кровообращение сухожилия и неблагоприятно влияет на процесс регенерации, вызывает воспалительную реакцию окружающих тканей.

В основу изобретения поставлена задача создать малотравматичный прочный сухожильный шов, позволяющий раннюю разработку кисти. Это достигается тем, что концы сухожилий соединяют одной нитью, которую вводят через торец проксимального конца сухожилия параллельно продольной оси сухожилия, отступив на 1,5-2,0 мм от края сухожилия, выводят через 3,0-3,5 см и вновь вводят в толщу сухожилия в месте выкола и выводят с противоположной стороны, захватив сухожильные волокна проводят иглу под тупым углом в противоположную сторону, прошив так 3 раза. Нить выводят через торец, отступив от противоположного края на 1,5-2,0 мм и эту же нить вводят в дистальный конец сухожилия и выполнив те же этапы шва, нить вводят параллельно продольной оси сухожилия, натягивают до легкого соприкосновения концов сухожилия, чтобы не образовывалось уплотнения, лигатуру располагают в поперечном по отношению к продольной оси сухожилия направлении для предотвращения разволокнения его концов нитью.

На фиг. 1 изображены первые этапы операции: проведение иглы через торец центрального конца сухожилия параллельно продольной его оси, затем выход на поверхность сухожилия через то же место выкола и вновь проведение иглы в толщу сухожилия, но захватывая сухожильные волокна более проксимально и проведение иглы под тупым углом в противоположную сторону, затем повторение вышеупомянутых этапов той же нитью в дистальном конце сухожилия и сближение его концов; на фиг. 2 - конечный этап: концы сухожилия едва соприкасаются, не образуя утолщения, а лигатура располагается в поперечном к продольной оси сухожилия направлении.

Способ осуществляется следующим образом.

Отступив от края сухожилия на 1,5-2,0 мм через торец центрального конца сухожилия проводят иглу параллельно продольной оси сухожилия на 3,0-3,5 см. Выйдя на поверхность сухожилия через то же место выкола иглу вновь вводят в толщу сухожилия и выходят с противоположной стороны. Через то же самое отверстие, но захватывая сухожильные волокна, более проксимально проводят иглу под тупым углом в противоположную сторону, повторяя это движение 3 раза, нить выводят через торец, отступив от противоположного края сухожилия на 1,5-2,0 мм. Этой же нитью повторяют вышеупомянутые этапы в дистальном конце сухожилия. Хирургический узел затягивают таким образом, чтобы концы сухожилия едва соприкасались и не образовывали утолщения, а лигатуру располагают в поперечном по отношению к продольной оси сухожилия направлении, что предотвращает образование разветвления его концов нитью.

Путем перемещения лигатур сухожилие ротирует вокруг его продольной оси и накладывают обвивной сопоставляющий микрошов, начиная с задней поверхности с

использованием супраимидной, монофильной нити толщиной 6,0-8,0 в зависимости от толщины сухожилия.

Пример. Больной Ковтун В.И., 38 лет, поступил в Винницкую клиническую больницу в травматологическое отделение с диагнозом: резаная рана нижней трети правого предплечья с повреждением сухожилий длинного сгибателя I пальца, поверхностных и глубоких сгибателей II, III и IV пальцев, лучевого сгибателя кисти, длинного ладонного сгибателя, срединного нерва, лучевой артерии. Проведена операция: под местной анестезией произведена тщательная первичная хирургическая обработка и ревизия раны. Найдены проксимальные и дистальные концы поврежденных артерии, нерва, сухожилий длинного сгибателя I пальца, глубоких сгибателей II, III, IV пальцев, лучевого сгибателя кисти, длинного ладонного сгибателя. Лучевая артерия ушита узловыми швами. На срединный нерв наложен эпинеуральный шов. Сухожилия ушиты по предложенной нами методике. Рана ушита послойно. В ране оставлены резиновые дренажи. На рану наложена асептическая повязка от 1/3 предплечья до кончиков пальцев.

С 3-го дня во время перевязок производили пассивные разработки пальцев и кисти. На 12-й день сняты кожные швы. Больной получал медикаментозные препараты и физ. процедуры. С 13-го дня после тепловых процедур активные разработки. На 30-й день после травмы движения в пальцах и кисти по системе Уайта - отлично.

Таким образом, способ соединения концов сухожилий, предложенный нами, мало травматичен. На поверхности сухожилий нет шовного материала, что сохраняет гладкую скользящую поверхность и не вызывает воспалительную реакцию окружающих тканей. Нет перекреста нитей, что в меньшей степени нарушает микроциркуляцию сухожилия, сохраняется физиологическое напряжение мышцы и достигается достаточное сопоставление сухожильных концов, которое дает возможность в послеоперационном периоде начинать раннюю разработку.

