



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42424 (13) A

(51) 7 A61B17/56

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЗВИЧНОГО ВИВИХУ ПЛЕЧА

(21) 2001021064

(22) 15 02 2001

(24) 15 10 2001

(33) UA

(46) 15 10 2001, Бюл. № 9, 2001 р.

(72) Фищенко Володимир Олександрович, Галієнко
Борис Іванович, Галієнко Арсен Борисович(73) ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-
ВЕРСИТЕТ ІМ. М. І. ПИРОГОВА, UA(57) Спосіб лікування звичного вивиху плеча, який
включає виконання поперечного каналу у плечовій
кістці та проведення фіксуючих канатиків через

нього, який відрізняється тим, що через товщу капсули суглоба проводять дві пари фіксуючих лавсанових канатиків, кожна пара яких перехрещуючись на різних рівнях передньо-нижньої ділянки поверхні капсули, утворює напівкисет-сітку, причому один кінець канатиків фіксують до окістя, провівши їх через канал у дзьобоподібному відростку, інший у натягнутому стані підшивають до дзьобо-акроміальної зв'язки, до того ж канал у плечовій кістці виконують нижче анатомічної шийки патеральніше великого горбка та міжгорбкової борозни

Винахід відноситься до медицини, зокрема, до хірургії та травматології і може бути використаний для лікування нестабільності плечового суглоба різної етіології.

Внаслідок нестабільності у плечовому суглобі після макро- та мікротравми настає переростання зв'язково-сумкового апарату, збільшення порожнини суглоба. Чим довше та тяжче триває нестабільність, тим значніші її прояви, тим тяжче утримуючому апарату головки плеча фіксувати головку на суглобовій поверхні лопатки, тим з більшими затратами сил знешкоджується люфт головки.

Відомий спосіб лікування звичного вивиху плеча [1] включає проведення розщепленої із зовнішнього боку ксенострички через канал у підгорбковій ділянці плеча, причому цілий її кінець проводиться у фронтальній площині з середини через штучний отвір у сухожилку довгої головки двоголового м'яза у точці виходу сухожилка із порожнини суглоба, створюючи штучну поперечну міжгорбкову зв'язку, зшивання кінців стрічки з капсулою суглоба та сухожилком і подальшу фіксацію їх у каналах акроміального відростка та ості лопатки.

Недоліком відомого способу лікування звичного вивиху плеча є зміцнення верхньої задньої ділянки капсули суглоба, тоді як більш "слабким місцем" при звичних вивихах плеча є передня ділянка. Крім того, він досить травматичний, бо потребує розсікання капсули і сухожилок, що ускладнює техніку оперативного втручання та його тривалість, також травмується довгий сухожилок біцепса.

Відомий спосіб лікування звичного вивиху плеча [2], взятий нами за прототип, який включає проведення смужки широкої фасції стегна через поперечний канал у плечовій кістці, зроблений нижче хірургічної шийки плеча поза суглобом. Далі виконується підвищення головки плеча на цій смужці-фасції, для чого кінці її у підтягнутому стані підшиваються міцними швами до окістя акроміального та дзьобоподібного відростків лопатки. Потім зовнішній і внутрішній краї трансплантату підшиваються до відповідних частин суглобової капсули, що лежать під ним, а краї фасції, що стикаються між собою, зшиваються.

Недоліками цього способу є недостатньо надійна фіксація суглоба, оскільки можливі розтягнення та розрив фасції, недостатнє укріплення передньої ділянки капсули, яка є найбільш вразливою при звичних вивихах плеча, а також наявність надлишку порожнини у суглобі.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу лікування звичного вивиху плеча, в якому шляхом прошивання капсули суглоба фіксуючим матеріалом та його фіксації у певних місцях забезпечуються умови для відновлення функції плечового суглоба, що значно знижує кількість рецидивів та післяопераційних ускладнень, покращуючи результати лікування.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі лікування звичного вивиху плеча, який включає виконання поперечного каналу у плечовій кістці та проведення фіксуючих канатиків через нього, згідно з винаходом, через товщу капсули суглоба проводять дві пари фіксуючих лавсанових канатиків, кожна пара яких перехрещуючись на різних рі-

(19) UA (11) 42424 (13) A

внях передньо-нижньої ділянки поверхні капсули, утворює напівкисет-сітку, причому один кінець канатиків фіксують до окістя, провівши їх через канал у дзьобоподібному відростку, інший у натягнутому стані підшивають до дзьобо-акроміальної зв'язки, до того ж канал у плечовій кістці виконують нижче анатомічної шийки патеральніше великого горбка та міжгорбкової борозни

Прошивання чотирма фіксуючими лавсановими канатиками товщі капсули та їх перехрест на передньо-нижній поверхні, утворює напівкисет-сітку, що дозволяє створити оптимальні умови для стабілізації зв'язково-сумкового апарату плечового суглоба в цілому і зокрема, у передньо-нижній його ділянці, що є "слабким" місцем при цій патології. До того ж виконання поперечного каналу у плечовій кістці нижче анатомічної шийки і патеральніше великого горбка і міжгорбкової борозни ліквідує наявність люфту між головою та капсулою, зменшує травматичність оперативного втручання, оскільки не потребує розтину капсули суглоба. Попарна фіксація лавсанових канатиків до окістя дзьобоподібного та акроміального відростків, сприяє притисненню головки плеча до суглобової поверхні лопатки та профілактиці рецидиву, покращує результати лікування

Спосіб пояснюється ілюстративно. На фіг представлена схема проведення фіксуючих лавсанових канатиків у товщі капсули суглоба та місця їх фіксації

Спосіб реалізують таким чином. Виконують розріз від зовнішнього краю акроміального відростка лопатки, потім у бік дзьобоподібного відростка, який далі збігається з дельто-пекторальною борозною. Оголяють дзьобоподібний відросток та капсулу плечового суглоба. Електросвердлом діаметром 3,5 мм роблять кістковий канал у дзьобоподібному відростку та поперечний канал в плечовій кістці нижче анатомічної шийки патеральніше великого горбка та міжгорбкової борозни. Один кінець лавсанових канатиків проводять через канал дзьобоподібного відростка і фіксують до окістя, потім прошивають товщу капсули суглоба так, що кожен канатик утворює напівкисет до і після проведення їх через канал плечової кістки. Роблять розріз шкіри над дзьобо-акроміальною зв'язкою, куди виводять кожний канатик окремо на зовнішню поверхню дзьобо-акроміальної зв'язки, підтягують канатики так, щоб капсула щільно обхвачувала головку плеча, після чого їх попарно фіксують до дзьобо-акроміальної зв'язки

Наводимо приклади практичного застосування запропонованого способу

Приклад 1. Хворий Ю., 1980 р.н., іх № 6140, д-з Звичний вивих правого плеча. Вважає себе хворим близько 2 років після падіння. Перший рецидив стався через 5 місяців після вправлення первинного вивиху плеча. Далі рецидиви вивиху почастишали (останнім часом 1-2 на тиждень) і всі наступні вивихи вправляв самостійно. 08.06

2000 р. виконана операція за даною методикою. Функцію суглоба повністю відновлено. Рецидивів вивиху після виконання операції немає

Приклад 2. Хвора Я., 1980 р.н., іх № 5306/254, д-з Звичний вивих лівого плеча. Вивих стався при відведенні кінцівки від тулуба до горизонтального рівня. Вивихи виникали спонтанно, хвора самостійно їх вправляла. Вважає себе хворою близько 4 місяців. Захворювання прогресувало, останнім часом хвора стала зовсім неприцездатною через часте повторення вивихів

01.08.98 року виконана операція підвищення головки лівого плеча 4 лавсановими канатиками до дзьобоподібного відростка та дзьобо-акроміальної зв'язки з напівкисетними швами капсули суглоба. Іммобілізація гіпсовою шиною з упором на здорове надпліччя на 1,5 місяця. Рецидивів вивиху після виконання операції не спостерігалось

Приклад 3. Хворий Ж., 1975 р.н., іх № 7892/5517, д-з звичний вивих правого плеча. Хворіє 1,5 року. Рецидив вивиху з'явився після первинного вивиху через 3 місяці. За останні півроку було 10 рецидивів. Це змусило хворого звернутися у травматологічне відділення 2-ї клінічної лікарні м. Вінниця, де йому 28.11.96 р. виконано операцію підвищення головки правого плеча 4 лавсановими канатиками до дзьобоподібного відростка та дзьобо-акроміальної зв'язки з напівкисетними швами капсули суглоба. Функцію суглоба повністю відновлено. Рецидивів вивиху після виконання операції немає

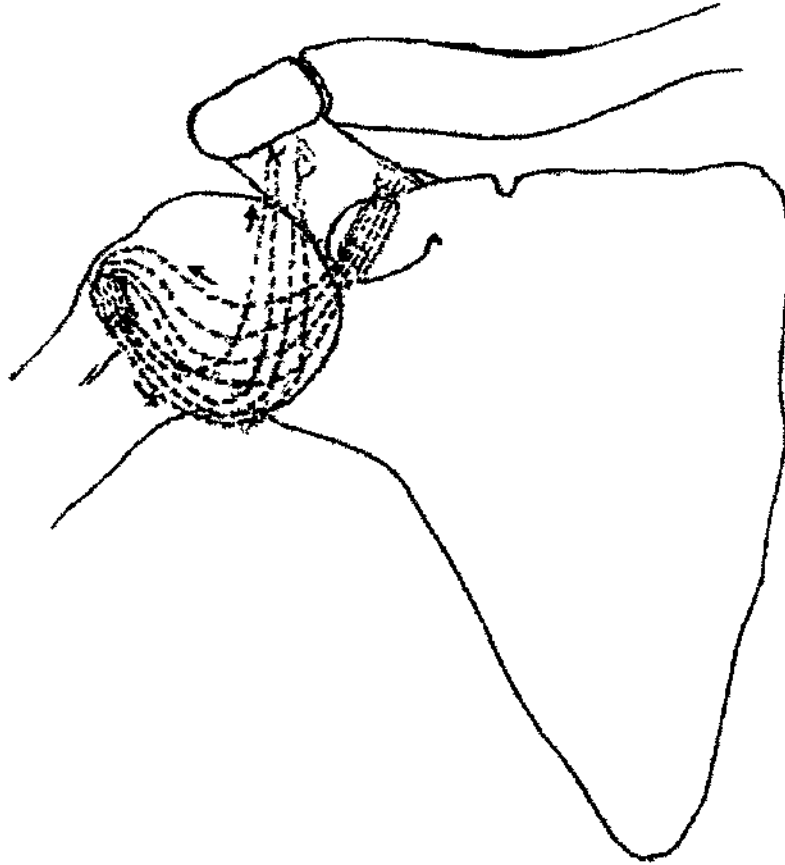
Застосування даного способу дозволяє значно знизити кількість рецидиву вивиху, створивши умови для нормального функціонування утримуючого апарату головки плеча. Техніка підвищення головки плеча до дзьобо-акроміальної зв'язки значно простіша у виконанні, ніж до акроміального відростка, що дає можливість скоротити час оперативного втручання на 20-30 хвилин. Лавсанові канатики складають єдине ціле з капсулою суглоба, проходячи в її товщі, зменшують порожнину суглобу, не обмежують рухи, стабілізують положення головки, що сприяє швидкому поновленню рухів після іммобілізації

З позитивним результатом спосіб лікування звичного вивиху плеча був використаний у лікуванні 12 хворих. Віддалені результати простежено протягом 5 років. Рецидивів вивиху не спостерігалося

Джерела інформації

1. Патент № 23304А Україна МПК⁶ А61В17/56 Спосіб лікування звичного вивиху плеча / В.О. Бабоша, Ю.В. Сухін / Донецький мед. університет № 97041828 Заявл. 17.04.97 Опубл. 31.08.98, Бюл. № 4 - 5 с.

2. В.Ю. Голяховский. К хирургическому лечению привычного вывиха плеча // Ортопедия, травматология и протезирование - 1959 - № 7 - С. 18 - прототип



Фіг.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, б-льв Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2002 р Формат 60x84 1/8
Обсяг _____ обл -вид арк Тираж 50 прим Зам _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул Горького, 180
(044) 268-25-22
