



УКРАЇНА

(19) UA (11) 12989 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61B 17/56

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ АРТРОДЕЗУВАННЯ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА

1

2

(21) u200507414

(22) 25.07.2005

(24) 15.03.2006

(46) 15.03.2006, Бюл. № 3, 2006 р.

(72) Рушай Анатолій Кирилович, Щадько Андрій Олександрович, Бодаченко Костянтин Анатолійович, Крівенко Сергій Миколайович, Чучварьов Роман В'ячеславович, Колосова Тетяна Анатоліївна, Статінова Валерія Вікторівна

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.ГОРЬКОГО

(57) Спосіб артродезування гомілковостопного суглоба, який включає резекцію суглобових поверхонь великогомілкової та таранної кісток та резекцію частинки малогомілкової кістки, який **відрізняється** тим, що резекцію здійснюють одним розрізом.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема ортопедії-травматології та хірургії, і може бути використаний при артродезуванні гомілковостопних суглобів.

Відомий спосіб артродезування гомілковостопного суглоба з вивихненням ступні та утриманням кісток за допомогою гіпсової пов'язки [1].

Сутність його полягає в тому, що розрізом на 6-8см вище зовнішньої кісточки та на 1,5см до задку від малогомілкової кістки, подовженим донизу, дугоподібно огинаючи зовнішню кісточку та закінчують на тилі ступні. Виконують розтин капсули гомілковостопного суглоба. За допомогою скальпелю навколо внутрішньої кісточки розтинають зв'язки, які йдуть від верхівки кісточки до таранної та п'яткової кісток та капсулу суглоба. Далі за допомогою розпатору скелетують суглоб спереду та ззаду. Насильницьким рухом повертають ступню кнури та вивихують таранну кістку. При цьому оголюються та стають доступними для оперативного втручання суглобні поверхні великогомілкової та таранної кістки. Виконують резекцію суглобової поверхні великогомілкової кістки, знімають хрящовий шар та субкортикальну пластинку. Таранну кістку вправляють. Ступню встановлюють під кутом 95-100°. Рану пошарово зашивають. Виконують імобілізацію кінцівки циркулярною гіпсовою пов'язкою до верхньої третини стегна.

Недоліком його є те, що при цьому потрібно зробити 2 розрізи та виконується вивихнення ступні, що приводить до травмування м'яких тканин гомілковостопного суглоба, а гіпсова пов'язка не дає достатньо жорсткої імобілізації.

Інший відомий спосіб артродезування гомілко-

востопного суглоба полягає у тому, що розріз починають на 6-8см вище зовнішньої кісточки та на 1,5см до задку від малогомілкової кістки, подовженим донизу, дугоподібно огинаючи зовнішню кісточку та закінчують на тилі ступні. Виконують розтин капсули гомілковостопного суглоба. За допомогою скальпелю навколо внутрішньої кісточки розтинають зв'язки, які йдуть від верхівки кісточки до таранної та п'яткової кісток та капсулу суглоба. Далі за допомогою розпатору скелетують суглоб спереду та ззаду. Насильницьким рухом повертають ступню кнури та вивихують таранну кістку. При цьому оголюються та стають доступними для оперативного втручання суглобні поверхні великогомілкової та таранної кістки. Виконують резекцію суглобової поверхні великогомілкової кістки, знімають хрящовий шар та субкортикальну пластинку. Таранну кістку вправляють. Ступню встановлюють під кутом 95-100°. Рану пошарово зашивають. Кістки гомілковостопного суглоба фіксують у спице-стержневому апараті поза осередкової фіксації. Такий спосіб імобілізації після артродезування дозволяє досягнути більш жорсткої фіксації та можливість додання компресії у зоні артродезування [2]. Цей спосіб взятий у якості прототипу.

Недоліком цього способу [2] є висока травматичність - виконують 2 розрізи, вивихують ступню та додатково травмують м'які тканини гомілковостопного суглоба, що призводить до збільшення строків та зниження ефективності лікування.

Ці недоліки дали поштовх до застосування запропонованого нами мало травматичного способу артродезування гомілковостопного суглоба з ме-

(19) UA (11) 12989 (13) U

тою покращення результатів лікування.

В основу корисної моделі поставлена задача створення способу артродезування гомілковостопного суглоба, в якому забезпечується зменшення травматизації м'яких тканин гомілковостопного суглоба при обробці кісток, складаючих гомілковостопний суглоб, що зменшує строки та покращує результати лікування. Поставлена задача вирішується тим, що у способі артродезування гомілковостопного суглоба, який включає до себе резекцію суглобових поверхонь великогомілкової та таранної кісток та резекцію частинки малогомілкової кістки. Згідно винаходу резекцію здійснюють з одного розрізу.

Спосіб здійснюється таким чином:

S-подібним розрізом по передній поверхні гомілковостопного суглоба до 8см розтинають шкіру та м'які тканини. Далі проводять розтин капсули гомілковостопного суглоба. Скелетують суглоб за допомогою розпатору. Резецирують суглобові поверхні великогомілкової та таранної кісток, при цьому захищають м'які тканини леваторами. Резекцію малогомілкової кістки проводять з існуючого розрізу. Встановлюють ступню під кутом 95-100°, пошарово вшивають м'які тканини, дрениують та фіксують апаратом поза вогнищевої фіксації. Згідно корисної моделі вивіхування суглоба не здійснюють та резецирують частку малогомілкової кістки без додаткового доступу.

Приклад 1.

Хворий Г. 31 року і.х. № 47186, прибув у клініку з приводу травматичного гнійного артриту правого гомілковостопного суглоба. Первинне хворому була виконана операція - фістулсеквестрнекректомія кісток, формуючих гомілковостопний суглоб, артродезування правого гомілковостопного суглоба, фіксація апаратом поза осередкової фіксації.

Післяопераційний період пройшов без ускладнень. Отримав курс комплексної медикаментозної терапії. Після контрольних рентгенограм через 3,5 місяця відбувся таранно-великогомілковий сіностоз. Апарат поза вогнищевої фіксації був демонтований.

Приклад 2.

Хвора Г. 45 років № і.х. 45257 прибула у клініку з приводу травматичного гнійного артриту правого гомілковостопного суглоба. Первинне хворій була виконана операція - фістулсеквестрнекректомія кісток, формуючих гомілковостопний суглоб, артродезування правого гомілковостопного суглоба, фіксація апаратом поза осередкової фіксації. Післяопераційний період пройшов без ускладнень. Отримала курс комплексної медикаментозної терапії. Після контрольних рентгенограм через 3 місяця 10 днів настав таранно-великогомілковий сіностоз. Апарат поза вогнищевої фіксації був демонтований.

Перевагами запропонованого нами засобу є менша травматичність операції, порівняна легкість її виконання, економічна доцільність, невеликий строк післяопераційної реабілітації,

За названим способом лікувалося 24 хворих. Ефект у всіх хворих, після цієї операції, добрий, строки формування гомілково-таранного сіностозу зменшились на  $15 \pm 3,4$  ( $P < 0.09$ ) днів. Ускладнень не було.

Джерела інформації які були прийняті до уваги:

1. А.В. Каплан, Н.Е. Махсон, В.М. Мельникова. Гнойная травматология костей и суставов. - М. - Медицина. - 1985. - 383с.
2. А.И. Мовшович. Оперативная ортопедия. - М. - Медицина. - 1983.