

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме ортопедії, і може бути використаний у хірургічній практиці при лікуванні артрозу колінного суглобу.

Артроз - хронічне захворювання обмінного характеру, що супроводжується змінами в поверхнях костей, що зчленуються. Артроз може виникнути в результаті інтоксикацій, інфекційних захворювань (наприклад, тиф, сифіліс та ін.), травми суглобів (перелом суглобних кінців костей, пошкодження суглобного хряща), а також при значному функціональному перевантаженні суглоба (наприклад, у акторів балету, вантажників та ін.). В основі захворювання лежить порушення харчування суглобних (епіфізарних) кінців костей. Внаслідок зміни прохідності або пошкодження судин, що живлять кість, виникають асептичні некрози, що поглиблюють ураження в суглобі. Таким чином захворювання має прогресуючий характер. Спочатку болісні зміни з'являються у внутрішній оболонці суглобної сумки, потім вони захоплюють хрящ, що покриває суглобні поверхні костей, що зчленуються; хрящ поступово руйнується, оголюючи кість; кісна тканина місцями розріджується, місцями ущільнюється, утворюючи кісні шилоподібні вирости - розвивається картина артрозу, що деформується.

Захворювання проявляється болями, які виникають періодично, загострюються після різких фізичних навантажень або навпаки, після тривалого стану покою. Внаслідок болів обмежується рухомість в суглобі. Виникають запалення тканин, що оточують суглоб, та нервових стволів, функція суглобу страждає і внаслідок захисного напруження м'язів. В тяжких випадках показана хірургічна операція.

Найбільш близьким по технічній суті до об'єкту, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування колінного суглобу (Мовшович Й.А. „Оперативная ортопедия“, М., Медицина, 1983, с. 242-243), що полягає у високій остеотомії гомілки, корекції деформації кінцівки шляхом розвороту дистального уламка з метою точного зіставлення уламків і нормалізації вісі кінцівки. Після згаданих вище хірургічних заходів настає фіксація уламків, яку здійснюють підходящими для даної ситуації заходом (скобки, пластины, піпсова пов'язка, апарат Ілізарова та ін.).

І хоча сукупність вказаних вище дій передбачає перенесення основного навантаження на найменш уражені дистрофічним процесом виростки, контакт між гомілкою та стегном залишається і при цьому має місце їх взаємодія. В результаті відомий спосіб не забезпечує в необхідній мірі утворення додаткового судинного русла, що в свою чергу є причиною поганої регенерації тканин, крім того, збереження больового синдрому ускладнює стан хворого. Відмічені недоліки не дозволяють вважати спосіб-прототип достатньо ефективним.

Задачею цього винаходу є вдосконалення способу хірургічного лікування артрозу колінного суглобу шляхом використання такого поєднання хірургічних заходів та дій, які в максимальному ступені сприяють збільшенню ефективності лікування, яке полягає в більш повноцінній та швидкій регенерації пошкоджених тканин і у відновленні рухомості в суглобах.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування артрозу колінного суглобу, що містить в собі високу остеотомію костей гомілки, корекцію деформації кінцівки, що має місце, фіксацію уламків, згідно з винаходом, після корекції згаданої деформації кінцівки проводять зміщення дистального кінця уламка в бік найбільш ураженого відділу колінного суглобу, а потім після фіксації накладають систему регульованого керування розвантаження колінного суглобу.

Сукупність вказаних вище особливостей способу, що заявляється, як показано автором винаходу, визначає досягаємих результат, а саме підвищення його ефективності.

В зоні зрушення уламків утворюється кісткова мозоль, яка містить додаткові кровоносні судини, що відповідно покращує кровообіг цього відділу та сприяє повноцінній регенерації пошкоджених тканин і як наслідок - відновленню рухомості суглобу. При накладанні системи регульованого керування розвантаження колінного суглобу знімається контакт між гомілкою та стегно, зв'язка стає регульованою. Покращання після застосування хірургічного втручання згідно зі способом, що заявляється, оцінюється в 1,54 бали (за 4-х бальною системою), в той час як при застосуванні способу-прототипу така оцінка дорівнює тільки 1,1 бали.

Спосіб, що заявляється, здійснюють таким чином.

Найбільш зручним хірургічним доступом оголюють проксимальний відділ великогомілкової кістки, а у разі необхідності і малоомілкової. Кістку або кістки поперекове, дугоподібно або клиновидно перетинають в підвиростковій ділянці. Потім проводять корекцію існуючої деформації кінцівки поворотом уламків, а після цього зрушують кінець дистального уламка по ширині в бік ураженого виростка гомілкової кістки. Потім проводять фіксацію уламків у коригованому положенні. А розтягнення проводять за допомогою системи регульованого керування розвантаження, що складається, наприклад, з двох шпиль, що перехрещуються та проведені через нижню третину стегнової кістки і фіксовані в зовнішній опорі. При цьому одна зі шпиль з'єднана з верхнім кільцем апарату на гомілці.

Винахід пояснюється прикладом конкретного виконання.

ПРИКЛАД

Хвора Голуб Н.М., 1937 року народження, була госпіталізована в міську клінічну лікарню № 9 м. Запоріжжя з діагнозом “післятравматичний лівосторонній гонартроз II ступеню, варусна деформація колінного суглобу”.

Скарги на деформацію кінцівки, майже постійний біль, тісно пов'язаний з навантаженням, обмеження рухів у колінному суглобі до 70-170.

Виконане оперативне втручання - коригуючи медіалізуюча підвиросткова остеотомія великогомілкової кістки та остеотомія верхньої третини малоомілкової кістки, фіксація апаратом Ілізарова. Після корекції кінцівки було проведено зміщення кінця дистального уламка колінного в бік найбільш ураженого відділу колінного суглобу та розтягнення за допомогою описаного вище заходу. У післяопераційному періоді виконувались перев'язки, хвора отримувала ЛФК та фізіотерапевтичне лікування.

Результат лікування добрий, помірний біль з'являється тільки після значного навантаження, обсяг рухів у колінному суглобі у межах 60 - 180, вісь кінцівки рівна, результатами лікування пацієнтка задоволена. За даними реовозог-рафії та капіляроскопії - покращання кровообігу, хоча за 3 роки до нашого втручання хворій виконувалась флебектомія на цій же кінцівці з приводу ВРВ.

Таким чином спосіб, що заявляється, підтверджений прикладом конкретного виконання є достатньо ефективним, оскільки хірургічні дії та заходи дозволили покращати кровообіг і тим самим забезпечити найбільш повну регенерацію тканин колінного суглобу та покращати його рухомість.