

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

Артроз - хронічне захворювання суглобів обмінного характеру, яке дуже розповсюджене серед людей середнього та похилого віку. Артроз звичайно супроводжується змінами в поверхнях кісток, що зчленуються.

В основі захворювання лежить порушення живлення суглобних кінців кісток. Внаслідок змін прохідності або пошкодження судин, що живлять кістку, виникають асептичні некрози, що посилюють ураження в суглобі, тобто захворювання має прогресуючий характер. Спочатку захворювання болісні зміни з'являються у внутрішній оболонці суглобної кістки, потім вони захоплюють хрящ, що покриває суглобні поверхні кісток, що зчленуються, хрящ поступово руйнується, оголюючи кістку, кісткова тканина місцями розріджується, а місцями ущільнюється, що визначає її деформацію.

Внаслідок болів обмежується рухливість в суглобі, виникають запалення тканин, що оточують суглоб, функція суглобу терпить через захисне напруження м'язів.

В тяжких випадках показана хірургічна операція.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування артрозу колінного суглобу, який полягає в колосуглобній остеотомії, формуванні каналу в метаепіфізарній зоні кістки, фіксації сегменту черезкістковим апаратом та дистракції трансплантанту з каналу із швидкістю 0,5 мм за добу (патент Російської Федерації " 2029511).

Відомий спосіб призначений для лікування артрозу колінного суглобу у відсутності деформації, виникнення якої вважається типовою для даного захворювання. Для усунення деформації потрібен наступний етап хірургічного лікування, що в цілому ускладнює лікування.

В результаті здійснення відомого способу формується дистракційний регенерат, який може покращити кровообіг у зоні суглобу.

Але суттєвим недоліком способу-прототипу є горизонтальна орієнтація судинної сітки в каналі і обмежений об'єм формування регенерату, що є причиною недостатньої ефективності лікування.

Задачею цього винаходу є вдосконалення способу хірургічного лікування артрозу колінного суглобу шляхом такої сукупності хірургічних прийомів і дій, яка дозволяє значно підвищити ефективність лікування.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування артрозу колінного суглобу, який полягає в колосуглобній остеотомії, дистракції уламків кісток, згідно з винаходом, остеотомію проводять по всьому перетину кістки, після чого здійснюють дифракцію уламків, що утворилися.

Сукупність заходів та дій способу, що заявляється, дозволяє створити дистракційний кістковий регенерат по всьому перетину кістки, що в більшому ступені забезпечить покращення кровообігу зони колінного суглобу. Процес дистракції, що супроводжується більшим об'ємом регенерату, викликає утворення внутрикосткової судинної сітки, при цьому орієнтація судин є поперечною відносно вісі кістки та її основної судинної системи. Підсилення кровообігу в зоні колінного суглобу активно сприяє процесу відновлення деформованих тканин і підвищує ефективність лікування.

Перевагою способу, що заявляється, є те, що дистракцією, що виконують в передбаченому способі напрямі, можливо дозовано усувати наявну деформацію, при цьому фіксацію уламків продовжують до повного дозрівання кісткового регенерату.

Спосіб, що заявляється, здійснюють наступним чином.

Найбільш зручним хірургічним приступом оголюють проксимальний відділ великогомілкової кістки, а в разі необхідності і малогомілкової, великогомілкову кістку перетинають в під виростковій області, у разі необхідності перетинають і малогомілкову. Уламки фіксують черезкістковим апаратом без усування деформації і кінцівки. Операційні рани зашивають. 35-7 доби після втручання за допомогою через кісткового апарату починають дозоване усування деформації шляхом коригуючої дистракції зовнішніх опор апарату.

Дистракцію припиняють по досягненні достатньої корекції деформації. У разі необхідності додатково подовжують сегмент. При дозованій дистракції формують дистракційний регенерат, який з часом дозріває до стану повноцінної кістки, спроможній витримати фізіологічні навантаження. На цьому етапі фіксацію уламків припиняють, а апарат демонтують.

Винахід пояснюється прикладом конкретного виконання. ПРИКЛАД

Хворий Грозен А.А., 36 років, госпіталізований у відділення, карта стаціонарного хворого № 2578. Діагноз: посттравматичний правосторонній гонартроз II ст., варусна деформація правого колінного суглоба; функціональне скорочення кінцівки 2 см. Скарги типові. Мав місце внутрисуглобовий перелом внутрішнього виростка правої великогомілкової кістки, лікувався неодноразово - санаторно-курортне лікування. Варусна деформація коліна $\approx 170^\circ$. Згинання 50° , розгинання - 175° . Помірна фронтальна нестабільність колінного суглобу. На рентгенограмах - зниження височини внутрішнього виростка великогомілкової кістки з ознаками зрощення, субхондральний склероз цієї області, зниження височини суглобової щілини, варусна деформація кінцівки на рівні колінного суглоба.

Була виконана операція згідно зі способом, що заявляється: коригуючи-подовжувальна підвиросткова остеотомія кісток правої гомілки.

Корекція деформації на операційному столі не виконувалась. З 6-го дня після операції почато коригуюче дозоване подовження гомілки шляхом розведення зовнішніх опор апарату Єлізарова по двох внутрішніх стрижнях в темпі 1,5 мм на добу. Коригуючи подовження проводилось протягом 4 тижнів до певної гіперкорекції деформації.

Фіксація в апараті Ілізарова після закінчення дистракції менше 2-х місяців з фітолікуванням, потім апарат демонтували без додаткової фіксації, загальний термін фіксації 3 місяці.

Оцінка передопераційного статусу по схемі, запропонованій проф. Поповим В.А. - 2,5 бали. Термін спостереження - 3 роки. При останньому огляді скарг не висказує, вісь кінцівки правильна з незначною вальгізацією, рух в повному об'ємі, стійкість повна.

На рентгенограмах - дистракційний регенерат представляє собою повноцінну кісну тканину, вальгус колінного суглобу трохи більше за норму, висота суглобної щілини нормальна, субхондральний склероз відсутній.

Ортопедичний статус оцінено в 4 бали, таким чином лікувальний ефект склав 1,5 бали. Пацієнт наслідками лікування задоволений.

Таким чином спосіб, що заявляється, проявляє достатньо високу ефективність лікування і може бути рекомендований як при наявності деформації, так і без неї.