

Изобретение относится к медицине, а именно к травматологии, и может быть использовано для лечения повреждений передней крестообразной и внутренней боковой связок коленного сустава.

Известен способ лечения повреждений передней крестообразной и внутренней боковой связок коленного сустава, взятый нами в качестве прототипа [1]. Он заключается в том, что до сустава доходят наружным разрезом в виде удочки, прямая часть которого доходит до средней трети бедра. В нижней части разреза определяют границы прикрепления собственной связки надколенника к бугристости большеберцовой кости и отделяют последнюю долотом. Широко вскрывают сустав. Формируют лоскут из широкой фасции бедра длиной 20 - 25 см на ножке в области головки малоберцовой кости и проводят его в каналы в наружном мыщелке бедра и внутреннем мыщелке большеберцовой кости, сформированные с помощью сверла. Свободный конец лоскута натягивают, заворачивают кверху и подшивают к надкостнице внутреннего мыщелка бедра. Сустав активно дренируют и ушивают. Конечность иммобилизируют гипсовой повязкой под углом 160 градусов. Но этот способ имеет следующие недостатки:

операция травматична и сложна в исполнении; использование в качестве трансплантата апоневротического лоскута не исключает возможности растягивания и разрыва вновь сформированных связок и рецидивирования нестабильности коленного сустава; значительно удлиняются сроки реабилитационного лечения больных.

В основу изобретения поставлена задача создания способа лечения повреждений передней крестообразной и внутренней боковой связок коленного сустава, в котором обеспечивается сокращение времени и травматичности операции и снижение процента рецидивирования нестабильности коленного сустава, и за счет этого сокращаются сроки восстановительного лечения. Поставленная задача решается тем, что в способе лечения повреждений передней крестообразной и внутренней боковой связок коленного сустава, включающем вскрытие коленного сустава, формирование каналов в мыщелках большеберцовой кости и бедра и проведение через каналы аутооттрансплантата с последующей его фиксацией на мыщелках, согласно изобретению вскрытие сустава осуществляют с помощью внутреннего парапателлярного S-образного разреза, а в качестве трансплантата используют сухожилие полусухожильной мышцы этой же конечности.

Способ осуществляют следующим образом.

Сустав вскрывают внутренним парапателлярным S-образным разрезом, нижнее колено которого загнута кзади к внутреннему мыщелку большеберцовой кости. В нижней части разреза находят сухожилие полусухожильной мышцы и берут его на марлевую держалку. Из дополнительного разреза длиной 4 см по задней поверхности бедра сухожилие полусухожильной мышцы отсекают у места его перехода в мышечную часть и проводят подкожно в основную рану, потягивая за марлевую держалку. Культю полусухожильной мышцы подшивают несколькими швами к полуперепончатой мышце. Мобилизованное сухожилие армируют с помощью

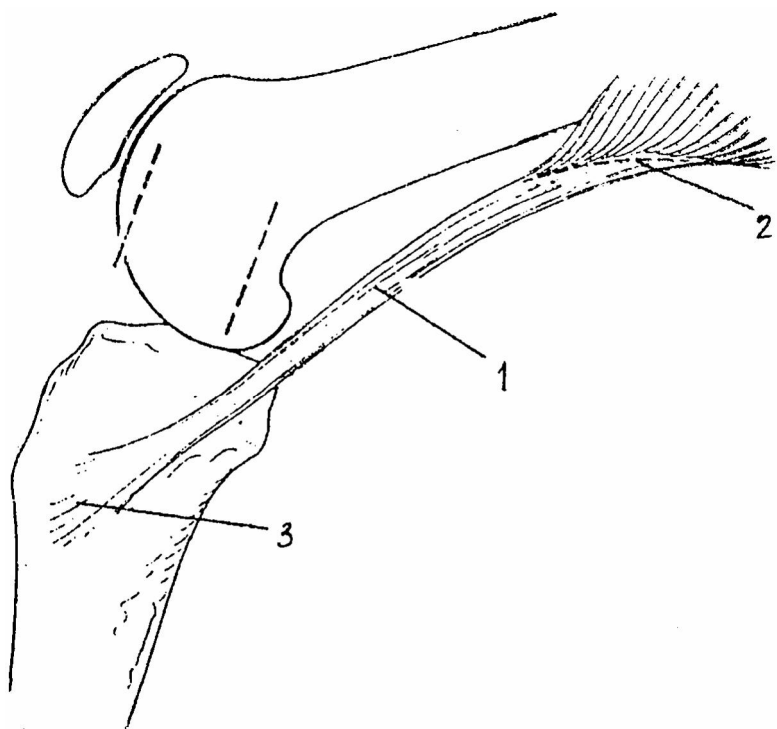
лавсановых нитей. С помощью шила диаметром 5 мм формируют каналы во внутреннем мыщелке большеберцовой кости и наружном мыщелке бедра с внутрисуставными отверстиями в области межмышечкового возвышения и внутренней поверхности наружного мыщелка бедра соответственно. С помощью проводника проводят сухожилие в сформированные каналы и фиксируют его конец на наружном мыщелке бедра с помощью металлической скобы или винтом. Дистальный конец сухожилия отсекают от бугристости большеберцовой кости, заворачивают кверху, натягивают, проводят тупо в толще поврежденной внутренней боковой связки и фиксируют на внутреннем мыщелке бедра с помощью металлической скобы или винтом. Сустав промывают антисептиком, активно дренируют и послойно ушивают. Конечность иммобилизируют гипсовой повязкой под углом 150 градусов на 6 (шесть) недель.

Сущность заявляемого способа лечения повреждений передней крестообразной и внутренней боковой связок коленного сустава поясняется следующими иллюстрациями. Фиг.1 - место отсечения сухожилия полусухожильной мышцы 1 у места перехода в мышечную часть 2 и от бугристости большеберцовой кости 3. Фиг.2 - проведение сухожилия полусухожильной мышцы 1 в каналы во внутреннем мыщелке большеберцовой кости 4 и наружном мыщелке бедра 5 и фиксация концов сухожилия на наружном 6 и внутреннем 7 мыщелках бедра.

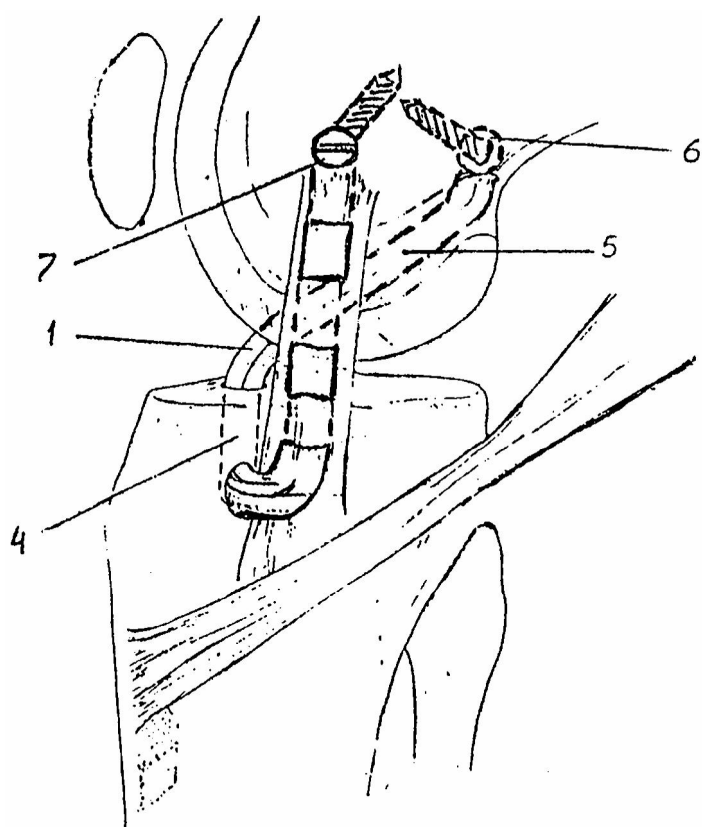
Приводим конкретный пример осуществления способа. Больной Ш., 50 лет, история болезни №2603 поступил в клинику 29.01.1996г. спустя 2 (два) месяца после дорожно-транспортного происшествия с жалобами на боли, чувство неустойчивости в коленном суставе. При физикальном обследовании обнаружено повреждение передней крестообразной и внутренней боковой связок коленного сустава. Больному была произведена операция по предлагаемому способу. Рана зажила первичным натяжением. После окончания срока иммобилизации больной приступил к восстановительному лечению, получал магнитотерапию, парафиновые аппликации, электростимуляцию мышц бедра, массаж, ЛФК. Полная функциональная активность конечности восстановилась через пять месяцев. Рецидива нестабильности не выявлено.

Преимущества способа:

- 1) прост в исполнении и малотравматичен;
- 2) значительно сокращается время операции;
- 3) сокращаются сроки восстановительного лечения;
- 4) достигается хорошая стабилизация коленного сустава;
- 5) вновь сформированные связки прочны, малорастяжимы;
- 6) снижается процент рецидивирования нестабильности коленного сустава.



Фиг. 1



Фиг. 2