



УКРАЇНА

(19) UA (11) 36916 (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 ПЕРЕДНЬО-МЕДІАЛЬНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ КОЛІННОГО СУГЛОБА

(21) 2000021084

(22) 24.02.2000

(24) 16.04.2001

(33) UA

(46) 16.04.2001, Бюл. № 3, 2001 р.

(72) Гужевський Ігор Віталійович

(73) Український науково-дослідний інститут травматології та ортопедії

(57) Спосіб лікування передньо-медіальної нестабільності колінного суглоба, який включає мобілізацію дистального відділу m. vastus medialis зі смугою retinaculum patellae medialis та їх переміщен-

ня дистальне, який **відрізняється** тим що сформований м'язово-сухожилковий клапоть відсікають з кістковим фрагментом, проводять його під власною зв'язкою надколінника, після чого завертають на її передню поверхню, усувають патологічне зміщення гомілки та фіксують кістковий фрагмент гвинтом на передньо-медіальній поверхні проксимального метафіза великогомілкової кістки, а краї клаптя підшивають до оточуючих структур медіальної зони капсульно-зв'язкового апарату колінного суглоба і транспонованою за Slocum-Larsen поверхневої "гусячої лапки".

Винахід стосується медицини, а саме, травматології та ортопедії, і може бути використаний для хірургічного лікування передньо-медіальної нестабільності колінного суглоба різного походження.

Передньо-медіальна нестабільність колінного суглоба викликає значні біомеханічні порушення функції нижньої кінцівки, внаслідок чого спостерігається швидкий розвиток дегенеративно-дистрофічних процесів і обмеження рівня фізичної активності хворих. Хірургічне лікування таких хворих є складною і не до кінця вирішеною проблемою. Такі найбільш розповсюджені способи лікування цієї патології, як пластика зв'язок колінного суглоба, далеко від досконалості у зв'язку з відсутністю ідеального пластичного матеріалу і труднощами відтворення внутрішньої структури зв'язок. До того ж, відтворення окремої зв'язки не гарантує відновлення стабільності, оскільки остання залежить від стану капсульно-зв'язкового апарату колінного суглоба в цілому. Тому в більшості випадків хронічної нестабільності колінного суглоба, крім пластики окремої зв'язки, виникає необхідність виконання реконструкції вторинних стабілізаторів-синергістів ушкодженої зв'язки, що підвищує ефективність оперативного втручання.

Відомий спосіб лікування нестабільності колінного суглоба, взятий нами за прототип, шляхом переміщення медіального широкого м'яза стегна дистальне і фіксації його до м'яких тканин на передньо-медіальній поверхні проксимального метафіза великогомілкової кістки [1]. Недоліками прототипу є те, що: а) при виконанні способу не створюються умови для підвищення натягу капсульно-зв'язкових елементів медіальної зони капсульно-

зв'язкового апарату колінного суглоба, недостатність яких є одним з чинників виникнення нестійкості суглоба; б) спосіб не забезпечує надійної фіксації кінця м'язово-сухожилкового клаптя, яка необхідна для швидкого відновлення функції суглоба; в) транспонований клапоть не перешкоджає надмірній зовнішній ротації гомілки, яка є одним з проявів передньо-медіальної нестабільності колінного суглоба.

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу лікування передньо-медіальної нестабільності колінного суглоба, в якому шляхом транспозиції медіального широкого м'яза стегна підвищується стабільність колінного суглоба в трьох площинах, попереджується розвиток рубцевих зрощень між розгинальним апаратом і стеговою кісткою, завдяки надійній фіксації можливий ранній початок рухів в суглобі після операції.

Поставлене завдання досягається тим, що у способі лікування передньо-медіальної нестабільності колінного суглоба шляхом мобілізації дистального відділу m. vastus medialis зі смугою retinaculum patellae medialis та їх дистального переміщення, згідно з винаходом, новим є те, що сформований м'язово-сухожилковий клапоть відсікають з кістковим фрагментом, проводять його під власною зв'язкою надколінника, після чого завертають на її передню поверхню, усувають патологічне зміщення гомілки та фіксують кістковий фрагмент гвинтом на передньо-медіальній поверхні проксимального метафіза великогомілкової кістки, а краї клаптя підшивають до оточуючих структур медіальної зони капсульно-зв'язкового апарату ко-

(19) UA (11) 36916 (13) A

лінного суглоба і транспонованої за Slocum-Larsen поверхневої "гусячої лапки".

Відсічення м'язово-сухожилкового клаптя з кістковим фрагментом зменшує ризик прорізування швами сухожилкової частини клаптя в післяопераційному періоді при ранньому навантаженні суглоба, а закріплення його гвинтом забезпечує надійність фіксації. Проведення клаптя під власну зв'язку надколінника підвищує натяг всіх порцій *m. quadriceps femoris*, перешкоджає надмірній зовнішній ротації гомілки і утворенню рубцевих спайок між розгинальним апаратом колінного суглоба і стегною кісткою. Підшивання країв клаптя до оточуючих структур медіальної зони капсульно-зв'язкового апарату колінного суглоба додатково зміцнює пасивні стабілізатори.

Спосіб пояснюється ілюстративно.

На фіг. 1 представлена схема викроювання м'язово-сухожилкового клаптя з кістковим фрагментом.

На фіг. 2 представлена схема колінного суглоба після транспозиції м'язово-сухожилкового клаптя з кістковим фрагментом.

Спосіб лікування нестабільності колінного суглоба включає мобілізацію медіального широкого м'яза стегна 1 разом зі смугою медіальної частини сухожилкового розтягнення надколінника 2 шириною 15-20 мм, дистальний кінець якої відсікають від метафіза великогомілкової кістки разом з кістковим фрагментом 3 розміром близько 10x10 мм. Між власною зв'язкою надколінника 4 і жировим тілом тупо формують канал з медіальної сторони до латеральної і зверху до низу, через який у вказаному напрямку проводять сформований клапоть. Сухожилкову частину клаптя разом з кістковим фрагментом 3 повертають на передню поверхню власної зв'язки надколінника і здійснюють натяг клаптя в положенні згинання гомілки під прямим кутом до усунення патологічного зміщення гомілки в сагітальній площині та її надмірної зовнішньої ротації. Кістковий фрагмент фіксують гвинтом з шайбою на передній поверхні медіального виростка великогомілкової кістки після формування заглиблення, необхідного для занурення фрагмента до рівня кортикального шару. До медіального краю клаптя підтягують та фіксують швами, що розсмоктуються, суміжний відділ медіальної зони капсульно-зв'язкового апарату колінного суглоба та транспоновану за Slocum-Larsen поверхневу "гусячу лапку" 5. Ефективність транспозиції та надійність фіксації контролюють шляхом перевірки симптому "передньої висувної шухляди" і зовнішньої

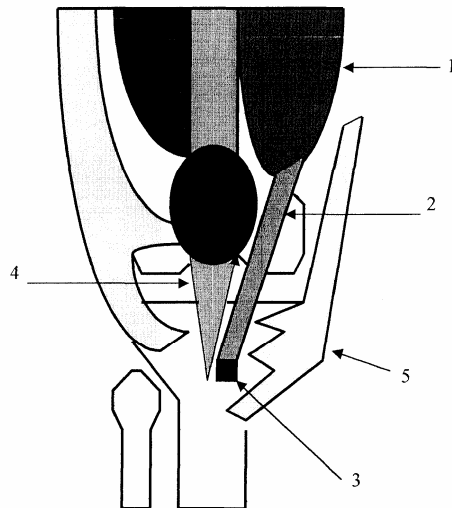
ротації гомілки при її згинанні під прямим кутом порівняно з симетричним суглобом. У суглобовій порожнині залишають поліхлорвінілову трубку для наступного активного дренирування. Накладають пошарові шви. Кінцівку іммобілізують гонітною гіпсовою пов'язкою в положенні згинання гомілки під кутом близько 20°. Пасивні рухи в суглобі розпочинають на 3-5 добу після операції.

Наводимо приклад практичного застосування запропонованого способу. Пацієнтка Р., 1957 р. н., і. х. № 388996, знаходилась на лікуванні в клініці захворювань суглобів у дорослих УкрНДІТО з діагнозом - ревматоїдний поліартрит. Поступила в клініку для проведення оперативного втручання на лівому колінному суглобі, стан якого відповідав 2 стадії 1 фази ревматоїдного ураження (за класифікацією Є.Т. Скляренка, В.І. Стецули, 1965 р.) з обсягом рухів 0-15-100. На час обстеження, крім типових для ревматоїдного артриту скарг, при пересуванні турбували відчуття "незручності" та "непевненності" в суглобі, спостерігався симптом вальгусного відхилення гомілки при повному розгинанні "++", симптом "передньої висувної шухляди" складав "++", що відповідає стану передньо-медіальної нестабільності 2 ступеня. В клініці виконана операція синовіокапсулектомії з додаванням міотендокапсулопластики передньо-медіальної зони капсульно-зв'язкового апарату колінного суглоба за запропонованою методикою. Післяопераційний період проходив без ускладнень, активно-пасивні рухи в напрямку згинання в суглобі розпочаті на 6 добу після операції. Через 4 тижні після операції хвора була виписана на амбулаторне лікування з обсягом рухів в суглобі 0-90 градусів. При обстеженні через 2 роки після операції: рецидиву синовііту немає, рухи в обсязі 0-100 градусів, скарги на нестійкість суглоба відсутні, спостерігається симптом "передньої висувної шухляди" до "+".

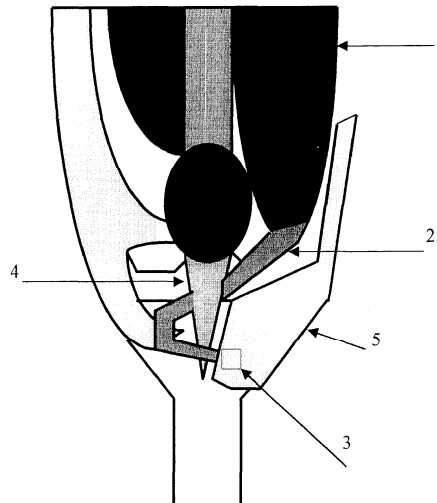
Запропонований спосіб як основна стабілізуюча операція був використаний після виконання синовіокапсулектомії у 19 хворих з 2 стадією ревматоїдного ураження колінних суглобів і як додатковий елемент після аутопластики передньої хрестоподібної зв'язки у 7 хворих з хронічною післятравматичною передньо-медіальною нестабільністю, які були оперовані в клініці захворювань суглобів у дорослих УкрНДІТО. Покращення стабільності досягнуто у всіх хворих.

Джерела інформації.

1. Шойлев Д. Спортивная травматология // София, 1986. - С. 119.



Фіг. 1



Фіг. 2

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

Підписано до друку _____ 2001 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
