



УКРАЇНА

(19) UA (11) 40196 (13) A

(51) 7 A61B17/56

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМОВИВИХУ ПРОКСИМАЛЬНОГО КІНЦЯ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ

(21) 2000095570

(22) 29.09.2000

(24) 16.07.2001

(33) UA

(46) 16.07.2001, Бюл. № 6, 2001 р.

(72) Корж Микола Олексійович, Горідова Лідія Дмитрівна, Прозоровський Дмитро Веніамінович

(73) Харківський науково-дослідний інститут ортопедії та травматології імені проф. М.І. Ситенка, UA

(57) 1. Спосіб хірургічного лікування переломовивиху проксимального кінця плечової кістки, що містить виконання доступу до плечового суглоба, вправлення та наступний металоостеосинтез про-

ксимального кінця плечової кістки, який **відрізняється** тим, що доступ до плечового суглоба здійснюють шляхом розтинання задньої стінки капсули суглоба у фронтальній площині, відступаючи на 1,0-1,5 см від місця її прикріплення до плечової кістки з наступним відділенням її від суглобної поверхні лопатки і розправленням зсередини передньої стінки капсули і підлопаткового м'яза.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що розправлення передньої стінки капсули суглоба і підлопаткового м'яза виконують разом з вправленням проксимального кінця плечової кістки.

Винахід відноситься до медицини, а саме - до травматології і може бути використаний для лікування переломовивиху плеча.

Відомо, що при перелому хірургічної шийки плеча та великого бугорка під дією зовнішніх сил головка плеча виходить з суглобу, зміщується донизу медіальне під великий грудний м'яз і під дією підлопаточного м'яза займає положення внутрішньої ротації. Зламаний великий бугорок під дією м'язів, що прикріплені до нього, зміщується доверху і дозадку. При такому розташуванні зламаних фрагментів передня та нижня стінки капсули суглоба знаходяться в стані повного розслаблення, в той час як задня та верхня її частини знаходяться в натягнутому стані та щільно прилягають до суглобної поверхні лопатки. При застарілому (більш ніж три місяці з моменту травми) переломовивиху без лікування в зоні пошкодження формується міцний спаєчний процес, який значною мірою перешкоджає відновленню анатомічних взаємовідношень на рівні плечового суглоба.

Відомий спосіб хірургічного лікування переломовивиху проксимального кінця плечової кістки, що містить виконання доступу до плечового суглобу, вправлення та наступний металоостеосинтез проксимального кінця плечової кістки (Бойчев Б. Оперативная травматология и ортопедия. - София, 1961. - С. 208). Даний спосіб лікування прийнятий нами як прототип.

Відповідно до відомого способу хірургічного лікування перелому-вивиху проксимального кінця плечової кістки доступ до плечового суглобу здійс-

нюють з боку передньої стінки капсули суглоба. При цьому відділяють підлопатковий м'яз від місця прикріплення його до малого бугорка разом з кровоносними судинами, що знаходяться в ньому та живлять проксимальний фрагмент плечової кістки. Це значно погіршує кровопостачання зазначеного фрагмента і не виключає можливості виникнення асептичного некрозу голівки плечової кістки. Задня стінка капсули суглобу при цьому відділяється від суглобної поверхні лопатки в умовах повної відсутності огляду останньої, що пов'язано з високою травматичністю та пошкодженням капсули суглобу.

Після усунення вивиху проксимального кінця плечової кістки передне-нижня частина головки її при даному доступі залишається відкритою, так як присічений підлопатковий м'яз знаходиться у стані контрактури, а капсула суглоба - в зморщеному стані, тобто має місто дефект передне-нижньої стінки капсули суглоба. Незахищена головка плеча попереду і донизу після операції зберігає потенціальну можливість повторного вивиху, тобто рецидиву. Тому здійснення такого доступу пов'язано з високою травматичністю тканин та зниженням надійності лікування.

Завдання сучасного винаходу полягає у створенні способу хірургічного лікування переломовивиху проксимального кінця плечової кістки, який попереджує відділення підлопаткового м'яза від зламано бугорка, забезпечує візуальний огляд суглобної поверхні лопатки, а також розгладжування зморщеної передньої стінки капсули без

розтину її, а тим самим, знижує травматичність операції та підвищує надійність лікування.

Поставлене завдання досягається тим, що в способі хірургічного лікування перелоμο-вивиху проксимального кінця плечової кістки, що містить виконання доступу до плечового суглоба, вправлення та наступний металоостеосинтез проксимального кінця плечової кістки, відповідно до винаходу доступ до плечового суглоба, здійснюють шляхом розтинання задньої стінки капсули суглоба у фронтальній площині, відступаючи на 1,0-1,5 см від місця її прикріплення до плечової кістки з наступним відділенням її від суглобної поверхні лопатки і розправленням зсередини передньої стінки капсули і підлопаткового м'яза. При цьому розправлення капсули і підлопаткового м'яза виконують разом з вправленням головки плеча.

Порівняння способу хірургічного лікування переломо-вивиху проксимального кінця плечової кістки, що пропонується, з відомим (прототипом), свідчить, що новими ознаками тут є наступні.

1. Виконання доступу до плечового суглобу шляхом розтинання задньої стінки капсули суглоба у фронтальній площині.

2. Розтинання задньої стінки капсули здійснюють, відступаючи на 1,0-1,5 см від місця її прикріплення до плечової кістки.

3. Відділення задньої стінки капсули від суглобної поверхні лопатки;

4. Розправлення зсередини передньої стінки капсули і підлопаткового м'яза.

5. Розправлення передньої стінки капсули і підлопаткового м'яза виконують разом з вправленням проксимального кінця плечової кістки.

Виконання доступу до плечового суглобу шляхом розтинання задньої стінки капсули суглоба у фронтальній площині вилучає відсічення підлопаткового м'яза, а відповідно цьому, кровоносних судин, які живлять проксимальний фрагмент плечової кістки. Це знижує травматичність операції і можливість виникнення асептичного некрозу головки плечової кістки. Крім того, розтинання задньої стінки капсули суглоба дозволяє порівняно легко звільнити суглоб від задньої стінки капсули, яка інтимно спаяна з суглобною поверхнею лопатки.

Розтин капсули суглоба по задній стінці на відстані 1,0-1,5 см від місця прикріплення її до плечової кістки забезпечує легке відновлення цілісності капсули суглоба після вправлення головки плеча.

Відділення задньої стінки капсули від суглобної поверхні лопатки звільнює плечовий суглоб для вправлення головки плеча, забезпечує добрий візуальний огляд при вправленні без нанесення зайвих травм при цьому.

При розправленні зсередини передньої стінки капсули і підлопаткового м'яза усувається контрактура зазначеного м'яза і капсули, що забезпечує вправлення проксимального кінця плечової кістки з положення вивиху у нормальне.

Розправлення передньої стінки і підлопаткового м'яза разом з вправленням проксимального кінця плечової кістки знижує тривалість операції і зменшує небезпеку додаткового травмування при вправленні.

Рішень з схожими ознаками у патентнихшуваннях не знайдено. Це дозволяє зробити висновок, що технічне рішення, що пропонується, є новим, корисним для використання і має винахідницький рівень.

Лікування здійснюється під загальним знеболюванням на спині з піднятим плечовим поясом на боці операції. За допомогою переднього фігурного доступу в проекції дельтовидно-пекторальній борозні з виходом на окрімальний паросток лопатки розтинають м'які тканини. Міжм'язово проміж великою грудною і дельтовидною м'язами, які розводяться, виходжують на проксимальний кінець дистального фрагмента плечової кістки. Вена *serphalica* відводиться разом з великим грудним м'язом в медіальний бік.

Відсікається передня і частина зовнішньої порції дельтовидного м'яза, відступаючи на 1 см від місця їх прикріплення до ключиці та окрімального паростка лопатки. Доступ до плечового суглобу здійснюють шляхом розтинання задньої стінки капсули суглоба у фронтальній площині. При цьому розтин капсули виконують на відстані 1,0-1,5 см від місця її прикріплення до плечової кістки, після чого звільнюють суглоб, мобілізуючи задню стінку капсули. Таке виконання доступу до плечового суглобу запобігає зайвих пошкодженнь передньої стінки капсули суглобу, підлопаткового м'яза і кровоносних судин, які в ньому розташовані і які живлять проксимальний фрагмент плеча. Це знижує травматичність операції і виключає виникнення асептичного некрозу голівки плечової кістки, який має місце у відомому способі лікування. Крім того, розтинання капсули суглобу по задній поверхні дозволяє порівняно легко відділити її від суглобної поверхні лопатки.

Розтинання капсули на відстані 1,0-1,5 см від місця прикріплення задньої стінки до плечової кістки забезпечує легке відновлення цілісності капсули суглоба після вправлення головки плеча. Далі здійснюють відділення задньої стінки капсули суглоба від суставної поверхні лопатки. При цьому звільнюється плечовий суглоб для вправлення головки плеча, забезпечується добрий візуальний огляд при наступному вправленні без нанесення зайвих травм при цьому. Після відділення задньої стінки капсули від суглобної поверхні лопатки за допомогою кісткотримача захоплюється голівка плечової кістки і поступово здійснюється розправлення підлопаткового м'яза та передньої стінки суглоба. Одноразово в суглоб вводять лопатку-інструмент, за допомогою якої розправляють зморщення передньої стінки капсули зсередини. Цими рухами в бік суглобної поверхні лопатки усувається контрактура підлопаткового м'яза і передньої стінки капсули суглоба, що забезпечує вправлення головки плеча з положення вивиху у нормальне.

Розправлення передньої стінки капсули і підлопаткового м'яза разом з вправленням проксимального кінця плечової кістки знижує тривалість операції, зменшує загрозу додаткового травмування тканин при вправленні. Після завершення вправлення голівки плеча виконують металоостеосинтез голівки і великого бугорка плечової кістки, капсулу ушивають, і відновляють цілісність анатомічних утворень в області плечового суглоба.

Спосіб хірургічного лікування проксимального кінця плечової кістки, що пропонується, був опробований на ряді хворих як з звичайними, так і з за-

старілими переломами-вивихами плеча. Результати лікування свідчать, що даний спосіб лікування вилучає як асептичний некроз головки плечової кістки, так і повторний вивих, крововтрати при цьому зменшуються на 22-27%, а строк повного одужан-

ня хворих знижується в 2,7-3,2 раза. Даний спосіб хірургічного лікування перелоμο-вивиху проксимального кінця плечової кістки пропонується для клінічного використання в травматології.

---

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 60х84 1/8.  
Обсяг \_\_\_\_\_ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. \_\_\_\_\_

---

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.  
(044) 268-25-22

---