



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 55833

(13) A

(51) 7 A61B17/00

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

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВИВИХІВ АКРОМІАЛЬНОГО КІНЦЯ КЛЮЧИЦІ

1

2

(21) 2002075512

(22) 04 07 2002

(24) 15 04 2003

(46) 15 04 2003, Бюл. № 4, 2003 р.

(72) Гаврилов Іван Іванович, Шевченко Віктор Іванович

(73) Гаврилов Іван Іванович, Шевченко Віктор Іванович

(57) Спосіб лікування вивихів акроміального кінця ключиці шляхом формування отворів в

акроміальному відростку лопатки і ключиці, проведення через них і навколо дзюбоподібного відростка лопатки фіксуючого матеріалу, який відрізняється тим, що використовують як фіксуючий матеріал вільний аутодермальний трансплантат та виконують пластику конусоподібної, трапецієподібної й акроміально-ключичних зв'язок, а також пластику диска ключично-акроміального суглоба

Винахід відноситься до медицини, зокрема до ортопедії й травматології, і торкається питання оперативного лікування вивихів акроміального кінця ключиці

Відомі способи лікування вивихів акроміального кінця ключиці шляхом формування отворів в акроміальному відростку лопатки і ключиці проведення через них і навколо ключовидного відростка лопатки фіксуючого матеріалу, у якості якого використовували ауто-, алло- і експлантати /1, 2, 3/. Застосування цих способів не дозволяє досягти повного відновлення статико-динамічної функції ключично-лопаткового зчленування і запобігти розвитку деформуючого артроза акроміально-ключичного суглоба й осифікації ушкоджених зв'язок

Найбільш близьким технічним рішенням, обраним як прототип, є спосіб лікування вивихів акроміального кінця ключиці, що передбачає лікування й профілактику розвитку деформуючого артроза ключично-акроміального суглоба /4/. Цей спосіб полягає в тому, що після видалення з ключично-акроміального суглоба рубцевої тканини і зміненого диска, дистальний кінець ключиці резують дрітровою пилкою на відстані 1-1,5 см. У ключиці над ключовидним відростком просвердлюють два вертикальних канали. Лавсанову чи капронову стрічку пропускають під ключовидним відростком, перехрещують над ним, кінці стрічки проводять через канали і після занурення ключиці, зв'язують над нею. Кінець ключиці ретельно вкочують місцевими тканинами

Але відомий спосіб має наступні недоліки. Так,

при застосуванні його відновлюється тільки ключично-ключовидна зв'язка і, то без урахування анатомо-функціональних особливостей. Крім цього, після видалення ушкодженого чи дегенеративно зміненого диска, рубцевих тканин і резекції акроміального кінця ключиці, утворюється значна порожнина, заповнювати яку переміщенням навколишніх тканин не представляється можливим. При цьому порожнина, що утворилася, як правило, заповнюється кров'яним згустком, що у наступному перебудовується в з'єднувальнотканий рубець, схильний до осифікації. Таким чином, застосування даного способу не забезпечує відновлення компенсаторного механізму взаємодії конусоподібної, трапецієподібної й акроміально-ключичної зв'язок, що дозволяє цілком відновити статико-динамічні порушення ключично-лопаткового зчленування. При цьому не виключається можливість розвитку деформуючого артроза акроміально-ключичного суглоба

В основу запропонованого способу лікування вивихів акроміального кінця ключиці поставлена задача поліпшити результати лікування даної патології. Це досягається відновленням статико-динамічної функції ключично-лопаткового зчленування, а також нормалізацією взаємозв'язку між ключицею й акроміоном, що є профілактикою розвитку деформуючого артроза акроміально-ключичного суглоба. Поставлена задача реалізується шляхом проведення пластики конусоподібної, трапецієподібної й акроміально-ключичних зв'язок, а також пластики диска

(13) A

(11) 55833

(19) UA

ключично-акроміального суглоба аутодермальним трансплантатом. Достатня міцність і еластичність аутодермального трансплантата, здатність його легіко трансформуватися в замінені тканини і не осифікуватися дозволяє в даному технічному рішенні одержати позитивний ефект.

Сутність винаходу пояснюється графічно на фіг 1 зображене положення кісток при вивиху акроміального кінця ключиці і канали, зроблені в ключиці й акроміальному відростку лопатки, на фіг 2 показане проведення трансплантата під ключовидним відростком і через канали в ключиці, вправлення її і фіксація до ключовидного відростка лопатки, на фіг 3 показане відновлення конусоподібної, трапецієподібної, акроміально-ключичної зв'язок та інтерпозиція акроміально-ключичного суглоба аутодермальним трансплантатом.

Запропонований спосіб лікування вивихів акроміального кінця ключиці реалізований у такий спосіб, операцію проводять під загальним знеболюванням чи проводниковою анестезією. На зовнішній поверхні стегна викроюють шкіряний клапоть довжиною близько 20 см, шириною - 1,5-2 см. Останній звільняють від епідерміса і підшкірно-жирової клітковини, відтинають і занурюють у фізіологічний розчин з антибіотиками і гідрокортизоном. Рану донорської ділянки ушивають. Півовальним розтином уздовж зовнішнього й нижнього країв ключиці розсікають м'які тканини довжиною 6-8 см, здійснюючи доступ до середнього й латерального відділів ключиці, ключовидному й акроміальному відросткам лопатки. Видаляють ушкоджений диск, рубцеві тканини, осифікати. Просвердлюють три вертикальних канали. Два з яких розташовують у ключиці, відступаючи від акроміального кінця її відповідно на 1,5 і 4 см. Третій канал просвердлюють в акроміоні на відстані 1,5 см від суглобової поверхні акроміально-ключичного суглоба (фіг 1). Аутодермальний трансплантат підводять під ключовидним відростком лопатки, перехресшують над ним і фіксують до окістя шовковими швами. Вільні кінці трансплантата прокладають через канали в ключиці. При цьому кут, що утворюється між трансплантатами, складає 80-100 градусів. Вправляють вивих ключиці. При повному відведенні руки кінець трансплантата, проведений через медіальний канал у ключиці, натягують і фіксують до трансплантата в зоні його перехреста шовковими швами (фіг 2).

Потім роблять повне приведення руки, натягують кінець трансплантата, проведений через латеральний канал ключиці, і пропускають його між акроміальним кінцем ключиці й акроміальним відростком лопатки. Потім цей трансплантат через канал в акроміальному відростку лопатки виводять на верхню поверхню і фіксують до трансплантата в зоні акроміального кінця ключиці шовковими швами (фіг 3). Операційну рану ушивають пошарово. Після операції плече фіксують пов'язкою Дезо терміном 3-4 тижні, а гаслі цього терміну починають розробку рухів у плечовому суглобі.

При застарілих випадках, коли вже розвилася ретракція м'язів надпліччя, крім іммобілізації

ушкодженої кінцівки пов'язкою Дезо роблять трансакроміальну фіксацію ключиці спицею на період 3-4 тижні.

Запропонований спосіб лікування вивихів акроміального кінця ключиці може бути виконаний в умовах будь-якого травматологічного відділення.

Застосування цього способу можливо при гнійно-запальних процесах ушкодженої зони, що розвилися або в результаті травми, або через ускладнення, що виникли при лікуванні даної патології, коли як пластичний матеріал використовувалися експлантати.

Застосування запропонованого способу лікування вивихів акроміального кінця ключиці забезпечує в порівнянні з існуючими способами наступні переваги:

1 використання аутодерми для пластики зв'язок дає можливість формувати аутодермальні трансплантати будь-яких розмірів, що дозволяє замінити всі зв'язки ключично-лопаткового зчленування власною тканиною організму,

2 завдяки використанню аутодермального трансплантата з його біомеханічними властивостями і здатністю легко трансформуватися в тканини, що заміщаються, вдається в ранньому післяопераційному періоді в ушкодженному зчленуванні досягти адекватної стабільності й відновлення еластичності зв'язкового апарата,

3 при розташуванні аутодермального трансплантата між акроміальним кінцем ключиці й акроміальним відростком лопатки, створюються передумови для формування суглобового диска, що перешкоджає розвитку деформуючого артроза в ключично-акроміальному зчленуванні і сприяє нормалізації біомеханіки цього зчленування,

4 можливість застосування запропонованого способу для лікування повних вивихів акроміального кінця ключиці в умовах гнійно-запального процесу розширює діапазон реконструкційних операцій при даній патології.

Факти підтвердження можливості реалізації винаходу

/прикладі конкретного виконання/

За даною методикою проведено лікування 12 хворих із застарілими вивихами акроміального кінця ключиці. В усіх випадках отримано позитивний результат. Ускладнень і рецидивів патологічного процесу не спостерігалось.

Приводимо одне зі спостережень.

Хворий Г. 25 років звернувся за медичною допомогою в клініку травматології 9 МБКЛ м. Луганська з діагнозом застарілий вивих акроміального кінця ключиці. Травма в побуті близько 3 місяців назад. Лікувався консервативно, амбулаторно за місцем проживання. Ефекту від лікування не було. При обстеженні в клініці визначається повне зміщення акроміального кінця лівої ключиці догори, симптом «клавіша» позитивний, різко обмежена функція лівого плечового суглоба, ліве надпліччя вкорочене на 3 см. Виконана операція аутодермопластики зв'язок лівого ключично-лопаткового зчленування з пластиною диска ключично-акроміального суглоба. Післяопераційний плін гладкий. Активна ЛФК почата через 4 тижні після операції. Функція лівої

верхньої кінцівки і працездатність відновлені цілком до двох місяців із моменту травми. Хворий повернувся на колишнє місце роботи слюсарем-монтажником. При контрольному огляді через 1 рік після операції косметичних і функціональних порушень немає. Скарг не пред'являє. Займається спортом.

Джерела інформації

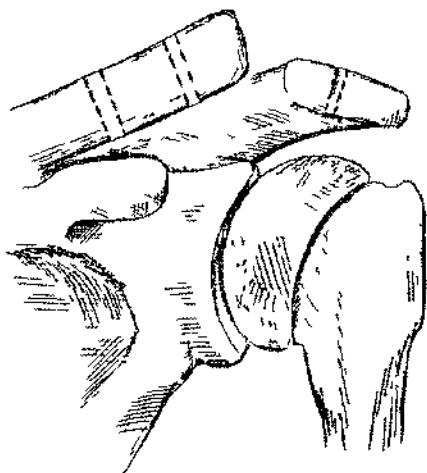
1. Осиповський В.М. До методики шкірно-пластичної фіксації надакроміальних вивихів

ключиці. Казан. Мед. Журнал 1938 №7 688-696с

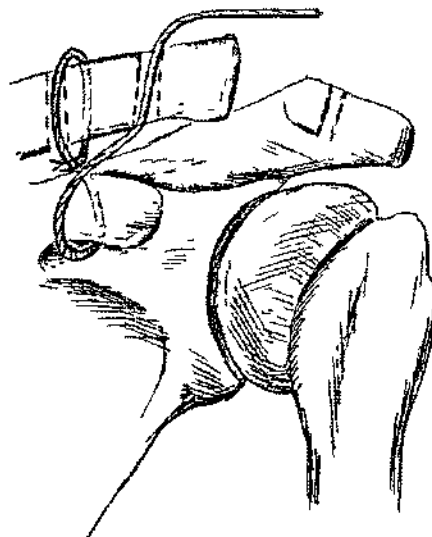
2. Мовшович І.А., Віденський В.Я., Полімери в травматології й ортопедії. Москва, «Медицина», 1978 57-58с

3. а.с. СРСР №874040 А 61 В 17/00. Бюлетень №39 від 23.10.81

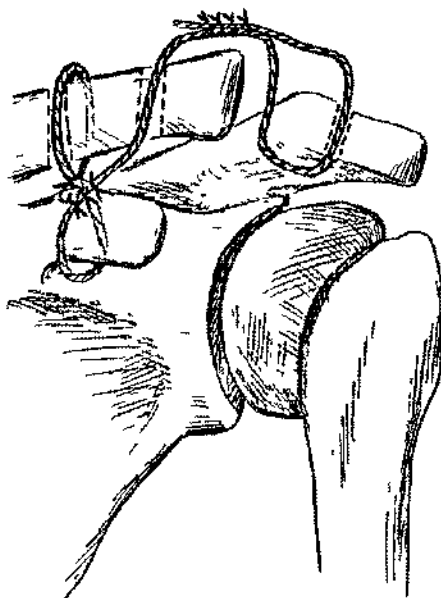
4. Скоблін А.П., Бом К.Б., Рехлицкий А.Д., Грабовий А.Ф. У книзі «Переломи і вивихи ключиці». Київ, «Здоров'я» 1973 36-40с



Фиг.1



Фиг.2



Фиг.3