

Изобретение относится к медицине, точнее к травматологии, и может быть использовано при посттравматических, нетравматических и повторных травматических привычных вывихах плеча.

Известны способы лечения привычного вывиха плеча, которые содержат пластику капсулы сустава местными (фиброзными) тканями, создание связок, фиксирующих головку плеча путем перемещения сухожилий длинной головки бицепса, использование свободных аутотрансплантатов из соединительной ткани (чаще широкой фасции бедра), гомофасцию, гетерогенную брюшину, ахиллово сухожилие; создание преграды в переднем отделе плечевого сустава из аутотрансплантата в виде прямоугольной или клиновидной, пластинки из больше берцовой или гребня подвздошной костей, который внедряют в щель, созданную спереди в шейке лопатки; перемещение мобилизованного краевого участка клювовидного отростка лопатки вниз и кпереди; ротации головки плеча после субкапитальной остеотомии; различные варианты мышечной пластики; комбинации этих способов [1], а также способ лечения привычного вывиха плеча и акромиального конца ключицы [2].

Недостатки известных способов состоят в том, что ни один из них не дает стойких результатов, часты рецидивы.

Указанные недостатки частично устранены в способе, взятом нами в качестве прототипа [3]. Способ осуществляется следующим образом: проводятся две ленты через канал в подбугорковые области плеча, проводят концы первой ксеноленты через сухожильно-мышечную часть длинной головки бицепса, вшивают концы на протяжении в капсулу сустава по передней и задней поверхностям и фиксируют их в каналах акромиального отростка лопатки, проводят концы дополнительной ленты в каналах клювовидного отростка и ости лопатки и фиксацию их. Однако он имеет следующие недостатки: возникновение послеоперационных ротационных и приводящих контрактур плеча.

Цель изобретения - усовершенствована способа лечения привычного вывиха плеча, в котором обеспечивается более полное восстановление функции плечевого сустава, что ведет к снижению рецидивов и уменьшению числа послеоперационных осложнений.

Поставленная цель достигается тем, что в способе привычного вывиха плеча, содержащей проведение ксенолент через канал в подбугорковой области плеча, вшивание полос лент в капсулу сустава и рассечение длинное сухожилие бицепса, сшивание полос лент, проведение их концов через каналы в акромиальном клювовидном отростках и лопаточной ости, связывание свободных концов ленты, согласно изобретению через канал в подбугорковой области плеча проводят одну расщепленную с наружной стороны ксеноленту, целый конец которой проводят во фронтальной плоскости изнутри через искусственное отверстие в сухожилии длинной головки двуглавой мышцы в точке выхода сухожилия из полости сустава, создавая искусственную поперечную межбугорковую связку, сшивают концы ленты с капсулой сустава и сухожилием, после чего фиксируют их в каналах акромиального отростка ости лопатки.

Способ осуществляют следующим образом:

- отводят и ротируют плечо кнутри, рассекают кожу и подкожную клетчатку от уровня наружной трети лопаточной ости и параллельно ей огибают по наружному краю акромиальный отросток и продолжают рассечение вниз по дельтовидно-грудной борозде на 10-12 см;

- ротируют плечо кнаружи и пересекают сухожилие большой грудной мышцы у места прикрепления к гребню большого бугорка, после чего поперечно пересекают между зажимами переднюю порцию дельтовидной мышцы на 1,5-2 см ниже прикрепления ее к ключице и акромиону, а клювовидно-плечевую мышцу и короткую головку бицепса отводят с сосудисто-нервным пучком кнутри;

- ротируют плечо кнаружи и обнажают зону сухожилия длинной головки двуглавой мышцы;

- рассекают продольно сухожильную часть средней и нижней порций подлопаточной мышцы вместе с фиброзным слоем капсулы на 1-1,5 см кнутри от малого бугорка, и отсепааровывают края разреза в обе стороны;

- - рассекают поперечную связку и мобилизуют сухожилие длинной головки двуглавой мышцы в области входа в полость сустава вверх и до перехода в мышечное брюшко вниз;

- фиксируют мобилизованное сухожилие длинной головки двуглавой мышцы марлевой петлей;

- ротируют плечо кнутри и через весь его поперечник в подбугорковой области формируют костный канал;

- берут расщепленную с одной стороны пополам ксеноленту;

- проводят через сформированный канал снаружи кнутри целый конец ксеноленты;

- вшивают внутренний целый конец ленты у выхода из канала с краями капсулы и подлопаточной мышцы;

- вшивают другой конец этой же ксеноленты в капсулу сустава у места расщепления и выхода из канала;

- сгибают плечо и оттягивают сухожилие длинной головки двуглавой мышцы книзу;

- рассекают пополам сухожилие длинной головки двуглавой мышцы плеча во фронтальной плоскости у места выхода его из полости сустава в направлении мышечного брюшка на протяжении 2-2,5 см;

- вшивают края целевого конца ксеноленты в капсулу сустава в направлении кнутри кнаружи и снизу вверх;

- сшивают внутренний край рассеченной поперечной межбугорковой связки с внутренней поверхностью ксеноленты;

- проводят кнутри кнаружи в образованное искусственное отверстие через сухожилие двуглавой мышцы целый конец ксеноленты;

- натягивают ксеноленту, проведенную через сухожилие, и сшивают с двух сторон края искусственного отверстия сухожилия с ксенолентой;

- сшивают наружный край рассеченной поперечной межбугорковой связки с внутренней поверхностью ксеноленты и ксеноленту с капсулой сустава;

- вшивают края верхнего отделенного наружного конца ксеноленты в капсулу сустава по наружной и передней поверхности в направлении сзади наперед снизу вверх таким образом, что укрывают частично

переднюю поверхность сухожилия длинной головки двуглавой мышцы в проекции поперечной межбугорковой связки, создавая искусственно последнюю и сшивают вдоль сухожилия с двух сторон с подлежащей ксенолентой и капсулой сустава;

- сшивают края отщепленного конца ксеноленты с поверхностью целого конца ленты, образуя дубликатуру ленты по передней поверхности сустава;

- разгибают плечо, освобождают сухожилие длинной головки двуглавой мышцы от марлевой петли;

- сближают концы ксеноленты целый и верхний отщепленный на верхней точке головки плечевой кости, накладывают друг на друга и вшивают в капсулу сустава;

- проводят свободные концы ксеноленты через предварительно сформированные каналы в акромиальном отростке лопатки и фиксируют в них концы ксеноленты;

- приводят максимально плечо и формируют в лопаточной ости канал в направлении сверху вниз и сзади наперед, проводят в нем оставшийся наружный нижний отщепленный конец ксеноленты, размещенной в канале подбугорковой области, и фиксируют узлом;

- сшивают сухожилие большой грудной, переднюю порцию дельтовидной мышц и послойно ушивают операционную рану;

- иммобилизируют плечо тороко-брахиальной гипсовой повязкой на месяц, после чего начинают активную лечебную физкультуру, массаж мышц плечевого пояса, плеча и физиопроцедуры.

Сущность заявляемого способа лечения привычного вывиха плеча поясняется иллюстрациями.

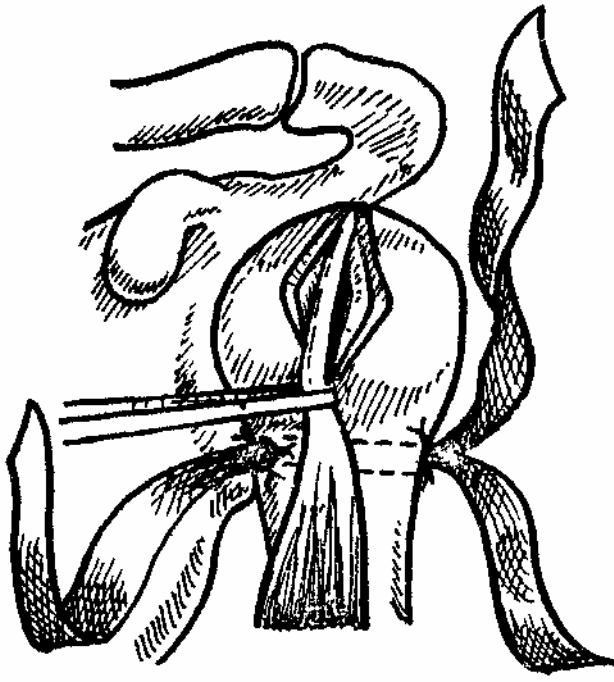
На фиг. 1 показана мобилизация сухожилия длинной головки двуглавой мышцы, проведение ксеноленты в сформированном канале подбугорковой области; на фиг. 2 - проведение внутреннего целого конца ксеноленты в искусственное отверстие сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча, вшивание краев ксеноленты у выхода из искусственного сформированного канала в подбугорковой области плеча, вшивание ксеноленты в ткани капсулы сустава; на фиг. 3 - вшивание концов ксеноленты в ткань передней и задней поверхности капсулы сустава и фиксация в каналах акромиального отростка лопатки, второй отделенный конец показан свободным; на фиг. 4 - фиксация свободного конца ксеноленты в канале лопаточной ости - вид операции сзади; на фиг. 5 - окончательный вид операции: концы ксеноленты образуют в проекции форму буквы "N".

Преимущество заявляемого способа состоит в том, что "подвешивание плеча на трех точках" осуществляется одной расщепленной пополам с наружного конца ксенолентой, которая одновременно выполняет удерживающую и пластическую функцию, причем в качестве "третьей точки", удерживающей головку плеча, используется фиксированное лентой сухожилие длинной головки двуглавой мышцы, а отсутствие подвески к клювовидному отростку лопатки исключает один из основных факторов развития приводящей контрактуры плеча, уменьшает травмирование и упрощает операцию.

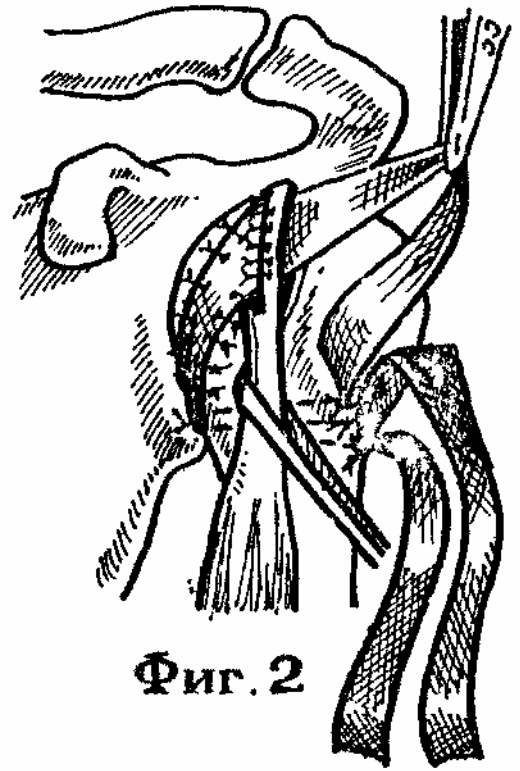
Приводим конкретный пример осуществления способа.

Пример. Больная Е. 17 лет. ИБ № 5651, учащаяся, поступила в отделение ортопедии для взрослых № 3 областной клинической травматологической больницы 05.08.96 г. Страдает привычным вывихом плеча с 1995 года. Всего было 5 вывихов плеча. Диагноз: привычный вывих правого плеча. 14.08.96 больной выполнена операция по заявляемому способу. Послеоперационный период протекал гладко. После снятия торокобрахиальной гипсовой повязки начала активную Л Ф К, физиопроцедуры. Через 3,5 месяца после операции приступила к своим занятиям.

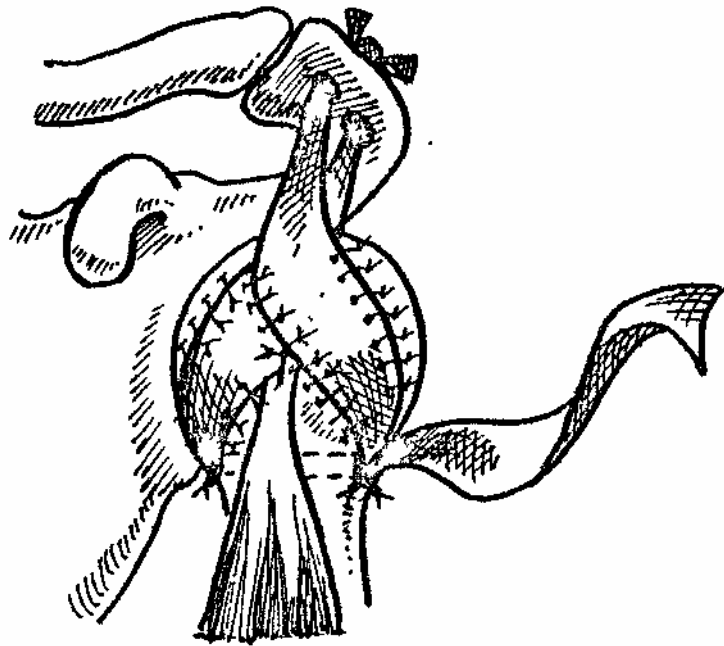
По заявляемому способу оперировано 5 больных. Рецидивов не отмечено в течение 3-х лет.



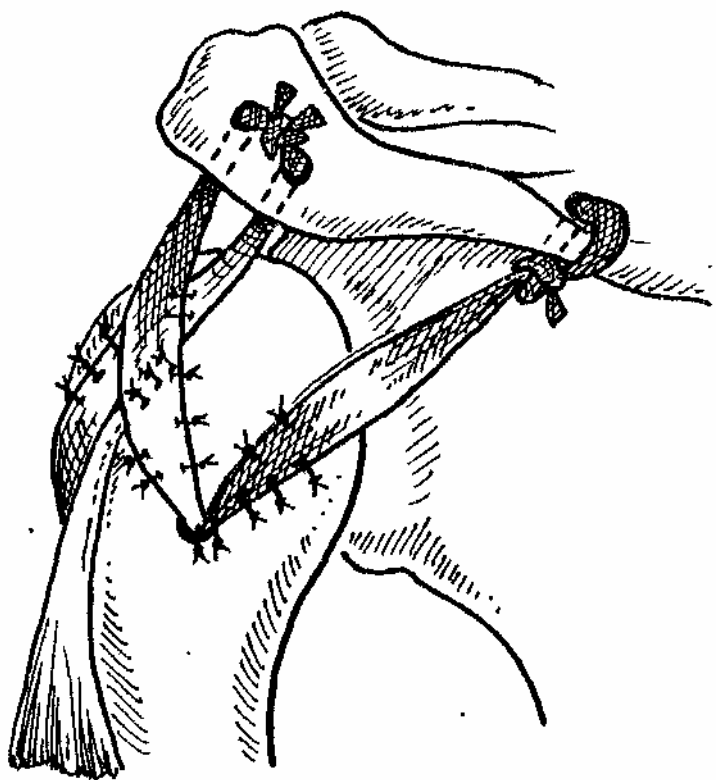
Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5