

Корисна модель відноситься до медицини, а саме - до травматології і ортопедії і торкається, безпосередньо, удосконалення способу хірургічного лікування нестабільності плечового суглоба внаслідок пошкодження Банкарта.

Пошкодження Банкарта уявляє собою відрив передньо-нижнього відділу хрящової губи і капсули плечового суглоба від шийки лопатки, що призводить до розвитку звичного вивиху плеча. Для лікування вивиху головки плеча виконується відновлення цілісності і нормальної анатомії ушкоджених структур.

Даний спосіб хірургічного лікування нестабільності плечового суглоба внаслідок пошкодження Банкарта заснований на формуванні скрізних каналів у краї суглобової поверхні лопатки і проведенню через них лігатур, за допомогою яких потім фіксують пошкоджені структури і відновлюють нормальну анатомію в даній області [Rowe C.R., Southmayd W.W. The Bankart Procedure. A Long-Term and Result Study // J.Bone Joint Surg. - 1978. - Vol.60-A, №1. - P.1-16].

Недоліком даного способу є значні труднощі при проведенні ниток через зазначені канали, які знаходяться на значній глибині в умовах обмеженого операційного поля, що ускладнює операцію. Найбільш близьким по суті і результату, що досягається, до технічного рішення, що пропонується, є спосіб хірургічного лікування нестабільності плечового суглоба внаслідок пошкодження Банкарта, заснований на виконанні на краю суглобової поверхні лопатки циліндричного каналу, встановленні і фіксації в ньому внутрішньокісткового анкера з ниткою і наступному з'єднанні зазначеною ниткою капсули суглоба з шийкою лопатки [B.Y. Kevin, P. Speek, M.D. Russec et al. An Arthroscopic Technique for Anterior Stabilization of the Shoulder with a Bioabsorbable Tack (The Journal of Bone and Joint Surg. Incorporated. - 1996. - Vol.78-A, №12. - P.1801-1807)].

Анкер тут виготовлений у вигляді нарізного стрижня, для чого в зазначеному каналі мусить бути сформована гвинтова нарізка. В той же час, лопатка, в якій формується канал для анкера, уявляє собою губчасту кістку, а діаметр стрижня незначний - 2-2,5мм, що не виключає пошкодження нарізки в процесі з'єднання ниткою капсули суглоба з шийкою лопатки і виривання анкера із каналу. Тому надійність оперативного лікування зазначеного пошкодження за допомогою анкера незначна і потребує в даному випадку додаткового розсвердлювання каналу, що збільшує травматичність та тривалість операції.

Завдання даної корисної моделі полягає у створенні способу хірургічного лікування нестабільності плечового суглоба внаслідок пошкодження Банкарта на основі використання анкера, який не потребує виконання гвинтової нарізки в каналі під зазначений анкер і одночасно створює умови для більш надійного закріплення останнього в каналі, а отже, зменшує травматичність операції і підвищує надійність фіксації.

Поставлене завдання вирішується тим, що в даному способі хірургічного лікування нестабільності плечового суглоба при пошкодженні Банкарта, заснованому на виконанні на краю суглобової поверхні лопатки циліндричного каналу, встановленні і фіксації в ньому внутрішньокісткового анкера з лавсановою ниткою і наступному з'єднанні зазначеною ниткою капсули суглоба з шийкою лопатки, згідно до корисної моделі, канал виконують за діаметром, що перевищує максимальний розмір анкера в поперечнику в 1,2-1,5 рази, нитку з'єднують з анкером через отвір, який виконано ексцентричне до його осі і встановлюють анкер в канал таким чином, що між поздовжніми їх осями утворюється гострий кут, а фіксацію анкера в каналі виконують шляхом натягування нитки.

Таке виконання каналу, з'єднання нитки з анкером і встановлення його в каналі з утворенням між ними гострого кута дозволяє здійснювати встановлення анкера в кістковому каналі з нахилом до його поздовжньої осі і при натягуванні нитки в процесі з'єднання капсули суглоба з шийкою лопатки створювати ефект самозаклинювання анкера в каналі, підвищити надійність закріплення анкера без виготовлення гвинтової нарізки в каналі, і, таким чином, зменшити травматичність оперативного втручання і підвищити надійність фіксації.

Аналогічних технічних рішень зі схожими ознаками при проведенні патентно-інформаційного пошуку не виявлено. Це свідчить про те, що технічне рішення, що пропонується, є новим і клінічно придатним.

Корисна модель пояснюється кресленням, де на Фіг.1 зображений загальний вигляд операційного поля при проведенні лікування даного захворювання; на Фіг.2 - схема розташування анкера в кістковому каналі; на Фіг.3 - схема анкерної фіксації. Хірургічне втручання виконується із переднього доступу. Після перетинання підлопаткового м'яза 1 на рівні малого бугорка 2 і її мобілізації, капсула 3 розсікається по передньому краю суглобової западини лопатки. Після знаходження місця пошкодження, відступаючи 2-3мм від краю суглобової западини, за допомогою списа або свердла (на кресленнях не позначено) формується канал 4, в який встановлюють анкер 5 з довгою лавсановою ниткою 6. Канал 4 при цьому виконують за діаметром "а", що перевищує максимальний розмір "в" анкера в поперечнику в 1,2-1,5 рази. Нитку з'єднують з анкером через отвір 11, який виконано ексцентричне до його осі і встановлюють анкер в канал таким чином, що між поздовжніми їх осями утворюється гострий кут α , а фіксацію анкера в каналі виконують шляхом натягування нитки, при цьому верхній 7 і нижній 8 кінці анкера втинаються в тіло каналу з визначеними зусиллями, за рахунок чого утворюється міцне самозаклинювання анкера в каналі. Пошкоджені суглобова губа 9 і капсула 3 суглоба пришиваються і фіксуються до краю суглобової западини лопатки. Края капсули зшиваються з формуванням дублікатури 10. В післяопераційному періоді верхня кінцівка фіксується в положенні приведення і внутрішньої ротації.

В клініці інституту патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка АМН України проведено декілька хірургічних втручання при нестабільності плечового суглоба при пошкодженні Банкарта з використанням анкерної фіксації за методикою, що пропонується. Тривалість імобілізації в середньому складає 35 ± 2 дні. Строк наглядання серед пацієнтів складає 0,5-2 роки. При проведенні операцій випадків виривання анкерів із каналу не спостерігалось.

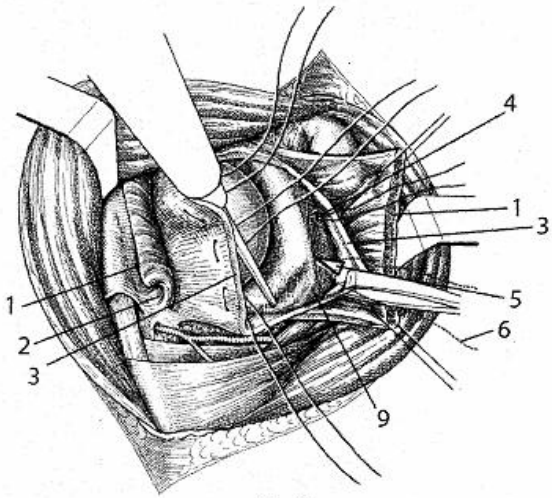


Fig. 1

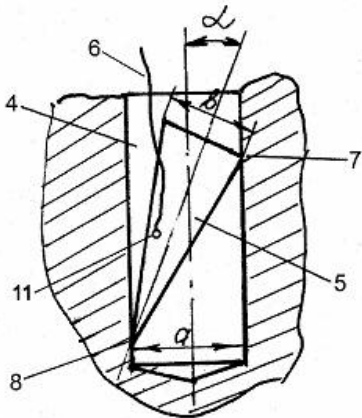


Fig. 2

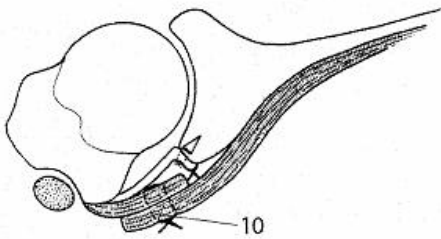


Fig. 3