



ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ СССР
ПО ДЕЛАМ ИЗОБРЕТЕНИЙ И ОТКРЫТИЙ

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

К АВТОРСКОМУ СВИДЕТЕЛЬСТВУ



- (21) 3417695/28-13
(22) 31.03.82
(46) 28.02.84. Бюл. № 8
(72) П.С. Реутов и С.И. Волтрукевич
(71) Гродненский государственный
медицинский институт
(53) 616.75(088.8)
(56) 1. Каплан А.В. Повреждения
костей и суставов. М., "Медицина",
1979, с. 496-498.

(54) (57) СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СВЯ-
ЗОК ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА путем
создания каналов в лодыжках и пяточ-

ной кости, отличающийся тем, что, с целью одновременной пластики обеих боковых связок голеностопного сустава и повышения прочности их фиксации к пяточной кости, просверливают сквозные каналы во внутренней и наружной лодыжках в переднезаднем направлениях, в середине пяточной кости просверливают канал в боковом направлении и через сформированные каналы проводят аллоленту из твердой мозговой оболочки, концы аллоленты фиксируют к пяточной кости с помощью костных аллоштифтов.

Изобретение относится к медицине, а именно к травматологии и ортопедии, и может использоваться при лечении больных с повреждениями или паралитической слабостью связок голеностопного сустава.

Известен способ восстановления связок голеностопного сустава путем создания каналов в лоджках и пяточной кости [1].

Однако известный способ не обеспечивает одновременное восстановление обеих боковых связок голеностопного сустава и достаточную прочность их фиксации к пяточной кости.

Цель изобретения - одновременная пластика обеих боковых связок голеностопного сустава и повышение прочности их фиксации к пяточной кости.

Поставленная цель достигается тем, что согласно способу восстановления связок голеностопного сустава путем создания каналов в лоджках и пяточной кости, просверливают сквозные каналы во внутренней и наружной лоджках в переднезаднем направлении, в середине пяточной кости просверливают канал в боковом направлении и через сформированные каналы проводят аллоленту из твердой мозговой оболочки, концы аллоленты фиксируют к пяточной кости с помощью костных аллоштитов.

Способ осуществляют следующим образом.

Под наркозом или внутрикостной анестезией производят два продольных разреза длиной 6-8 см от середины до середины пяточной кости. Обнажают поднадкостнично обе лоджки и центральную часть боковой поверхности пяточной кости. Электросверлом диаметром 4-5 мм просверливают сквозные каналы и во внутренней, и наружной лоджках, причем эти каналы формируют в переднезаднем направлении. Затем в середине пяточной кости просверливают сквозной канал в боковом направлении. Из твердой мозговой оболочки, консервированной в глутаровом альдегиде, выкраивают ленту длиной 14-18 см и шириной 2-2,5 см. Концы аллоленты прошивают капроновой нитью и с помощью проводника проводят через сформированные сквозные каналы в лоджках и пяточной кости. Производят одновременную пластику голеностопного сустава аллолентой из твердой мозговой оболочки. Концы аллоленты туго натягивают по выходе из каналов и лоджек и фиксируют к пяточной кости путем заклинивания костными аллоштитам. Операционную рану последнюю ушивают наглухо, накладывают повязку и гипсовую иммобилизацию на 6-8 недель.

Пример. Больная М., 20 лет, поступила в клинику с жалобами на боли и неустойчивость в левом голеностопном суставе. Четыре месяца назад получила травму, лечилась амбулаторно по поводу повреждения связок левого голеностопного сустава. Применялись гипсовая иммобилизация сустава, физиотерапия и ЛФК. В результате проведенного лечения острые явления прошли, однако левая стопа при ходьбе подворачивалась в сторону. Больная постоянно укрепляла голеностопный сустав эластичным бинтом. Не могла носить обычную обувь.

Объективно отмечалась незначительная атрофия мышц левой голени, выраженная патологическая боковая подвижность стопы в стороны (неустойчивость при ходьбе). Активные сгибание и разгибание стопы не нарушены, кожная чувствительность и рефлексы сохранены. На рентгенограммах левого голеностопного сустава и стопы костных изменений не выявлено.

Диагноз: застарелое повреждение боковых связок левого голеностопного сустава.

Произведено восстановление боковых связок левого голеностопного сустава предлагаемым способом, для чего под наркозом двумя продольными разрезами по боковой поверхности голеностопного сустава от лоджек до середины пяточной кости рассечены мягкие ткани. Электросверлом диаметром 5 мм просверлены сквозные каналы во внутренней и наружной лоджках в переднезаднем направлении, а в середине пяточной кости - в боковом направлении. Из твердой мозговой оболочки, консервированной в глутаровом альдегиде, выкраили аллоленту длиной 16 см и шириной 2 см, концы которой прошили капроновой нитью и провели через сформированные костные каналы в пяточной кости и лоджках. После тугого натяжения концы аллоленты зафиксировали к пяточной кости путем заклинивания канала костными аллоштитам. После послеоперационного ушивания операционной раны, была наложена повязка, а также сделана гипсовая амобилизация.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 12-й день, наложена гипсовая повязка. Больная начала ходить на костылях с легкой опорой на оперированную ногу. Проводилась физиотерапия и лечебная гимнастика. На 13-й день выписана на амбулаторное лечение.

Гипсовая повязка снята через 2 мес. Больная ходит без костылей, равномерно нагружая обе ноги. Через 3 недели приступила к работе.

Через 3 мес. после операции проведен контрольный осмотр. Пациентка жалоб не предъявляет. Ходит свободно, не хромает, отмечает хорошую устойчивость стопы. Сгибание и разгибание в голеностопном суставе не нарушены. Наблюдавшаяся ранее патологическая подвижность стопы устранена. Предлагаемый способ восстановления связок голеностопного сустава

по сравнению с известным позволяет одновременно производить пластику обеих боковых связок голеностопного сустава при их повреждении или параличе, а также повышает прочность их фиксации к пяточной кости, что обеспечивает наиболее полноценное восстановление связок и улучшает результаты лечения больных.

Составитель С. Меркулов
 Редактор А. Курах Техред Ж. Кастелевич Корректор А. Повх

Заказ 574/5 Тираж 688 Подписное
 ВНИИПИ Государственного комитета СССР
 по делам изобретений и открытий
 113035, Москва, Ж-35, Раушская наб., д. 4/5

Филiaal ИПП "Патент", г. Ужгород, ул. Проектная, 4