

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
присвяченої 85-річчю двічі Лауреата Державної премії України,
заслуженого діяча науки України, професора Є. Т. СКЛЯРЕНКА

"РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНА ХІРУРГІЯ"
В ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОПЕДІЇ

УДК: 717.41 -001.5-06:616.727.131.2-089.193.4

ДОСВІД ВІДКРИТОЇ ТЕХНІКИ ОПЕРАЦІЇ БАНКАРТА
ПРИ ЗВИЧНОМУ ВИВИХУ ПЛЕЧА

Бур'янов О.А., Самусенко І.В., Даниленко І.В., Нечипорчук С.Л., Кухарук М.І.
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Проведений аналіз відкритої техніки оперативного лікування за методикою Банкарта 14 пацієнтів з постравматичним звичним вивихом плеча за 2005-2007 роки.

Вік пацієнтів від 22 до 46 років. Всі пацієнти були чоловіками. У всіх випадках був пошкоджений правий плечовий суглоб.

У 10 пацієнтів операція була первинною, 4 пацієнтам операція виконана повторно з приводу рецидиву вивиха плеча після попереднього хірургічного лікування за іншими методиками. У всіх пацієнтів під час ревізії суглоба визначений авульсивний відрив капсульно-губного комплексу (КГК) від переднього краю западини лопатки (ПКЗЛ). У 11 пацієнтів визначено перерозтягнення капсули зі зв'язками в передньо-нижньому відділі суглобу. У 1 пацієнта операція виконана на фоні остеоартрозу суглобу.

У 5 пацієнтів пошкодження Банкарта було малим за розміром (дефект до 3-ьох годин за циферблатом годинника), у 9 – великим (більше 3 годин). Найбільш часта локалізація дефекту КГК на сектор 2-5 години правого плечового суглоба (передньо-нижній відділ ПКЗЛ).

Операція виконувалась дельтовидно-грудним доступом з розрізом шкіри 5-8 см. У 11 пацієнтів – з вертикальною тенотомією підлопаткового м'язу 1 см. медіальніше місця прикріплення до малого горбика плечової кістки та його мобілізацією та у 3 з повздовжнім роз'єднанням підлопаткового м'язу за модифікацією Jobe. Оцінювали стан капсули, проводили косо-вертикальну капсулотомію латеральніше 0,3-0,5мм проекції ПКЗЛ, оцінювали внутрішньосуглобові зміни. Проводили "дебрідемент" ПКЗЛ в ділянці дефекту Банкарта. Рефіксацію КГК до ПКЗЛ у 5 пацієнтів здійснили за допомогою трансгленоїдальних швів, у інших за допомогою якірних гвинтів Ж 3 або 4мм. фірми Mitek (Surg. Products, USA). Великий дефект

Банкарта потребував використання 3 гвинтів або швів, малий – відповідно до 2 (якоря імплантували відповідно на кожний "час" дефекту за циферблатом). У 11 пацієнтів латеральний край капсули прошивали до фіксованої губи тими самими нитками, дублікатуру капсули здійснювали за допомогою інших попередньо прошитих через капсулу ниток. Відновлювали цілісність підлопаткового м'язу та розсічених тканин. Післяопераційна іммобілізація 6 тижнів в положенні зовнішньої ротації 30° відведення стандартною шиною Ultra SlingT ER, яка застосовується при даній патології. Функція в ліктьовому суглобі дозволяли з 2 дня після операції. Після фіксації призначався короткий курс відновного лікування.

Результати простежені в 12 хворих на 3, 6, 12 та 24 місяці після проведеного лікування.

Функцію суглоба оцінювали за 100 бальною шкалою Rowe. Середній результат становив 94 бали, що відповідало відмінним та добрим результатам лікування. У всіх випадках визначався негативним "anterior apprehension"-тест, не було повторних звихів плеча, дискомфорту, плечовий суглоб був стабільним. Найбільше обмеження зовнішньої ротації до 10° було у 3 пацієнтів. Всі пацієнти повернулись до попередньої роботи та заняття спортом.

Таким чином, відкрита технологія операції Банкарта залишається "золотим стандартом" анатомічного відновлення нестабільності плечового суглоба, опробованим більше, як 60-річним віком, особливо в випадках рецидиву звиху плеча після операції за іншою методикою.

Черезгленоїдальний шов забезпечує більш широку у основи фіксацію губи порівняно з вузькою точкою фіксації якірного гвинта. Проте, використання якорів значно спрощує виконання операції, зменшує травматичність та час її виконання. Необхідно селективно визначати необхідність виконання дублікатури капсули суглоба.