

## TÖKÉLETESÍTETT ÉS GYAKORLATUNKBAN BEVÁLT OSTEOPLASZTIKUS ELJÁRÁS A SZOKVÁNYOS VÁLLFICAM KEZELÉSÉRE

Száva J., Muntean Valerica, Soós P.

A szokványos vállficam előfordulása számottevő, orvoslásának eredményeiben ma is fogyatékoságok mutatkoznak. Sebészi kezelésének elvi és technikai vonatkozásában sem alakult ki egységes álláspont. Ennek, s főként a változó arányban előforduló kiújulás oka, minden bizonnyal az ízületi instabilitásra hajlamosító és azt meghatározó tárgyi elváltozások különbözősége és egyidőbeni jelenléte.

Az utóbbiak közé tartozik: az ízületi tok alsó-mellső részletének kitasakosodása, a labrum glenoidale fallazulása, a felkarfejecsk hátulsó felszínének fejlődési vagy kopásos eredetű behorpadása, a vápa mellső-alul-só peremének kopásos lelapulása, valamint az izomtartás (főként a befelé forgatók) meggyengülése.

A szakirodalomban ez ideig ismeretessé vált közel 40 műtéti eljárás közül jónéhány, a kórszarmazásilag megalapozatlanok, amilyen az ízületi tok redőzése, az acromio-humerális függesztés stb., immár feledésbe merült. Az ésszerű körökot elhárító elvekből született megoldások, mint pl. a levált labrumot és tokot helyére rögzítő Bankart-féle műtét, a befelé forgató izomtartást fokozó Putti-Platt, illetve Magnuson-Stack technikája, valamint az Eden Hybbinette elvét megvalósító Lange-Speed vápaperem plasztika, világszerte elterjedt.

Széles körű alkalmazhatóságánál fogva, 1954 óta a mellső szokványos vállficam kezelésében a vápaperem felől csontos ütközőpontot kialakító Lange-Speed féle ellátás elvét juttatjuk érvényre. Ennek kiegészítése-ként, régebben rendszeresen leszűkítettük az ízület kifelé forgathatóságának határát a Putti-Platt, illetve a Magnuson-Stack féle művelettel.

Későbbi gyakorlatunk során néhány technikai módosítást eszközöl-tünk a tökéletesítés érdekében. Az utóbbi 12 év kedvező tapasztalata tel-jes mértékben megfelelt várakozásunknak. Ez a tény bátorít fel a klini-kánkon meghonosított műtéti eljárás vázlatos ismertetésére, amelyet bát-ran ajánlhatunk a széles körű gyakorlat számára.

A módosítás lényege a következőkben összegezhető:

A Lange-Speed féle téglány alakú autogen csontlécet a Papp K. által ajánlott horogalakúvá kiképzett ojtvánnyal helyettesítjük. Az ojtványt a crista ileiből vettük ki. Ezt úgy ültetjük be a vápa-perem alsó-mellső

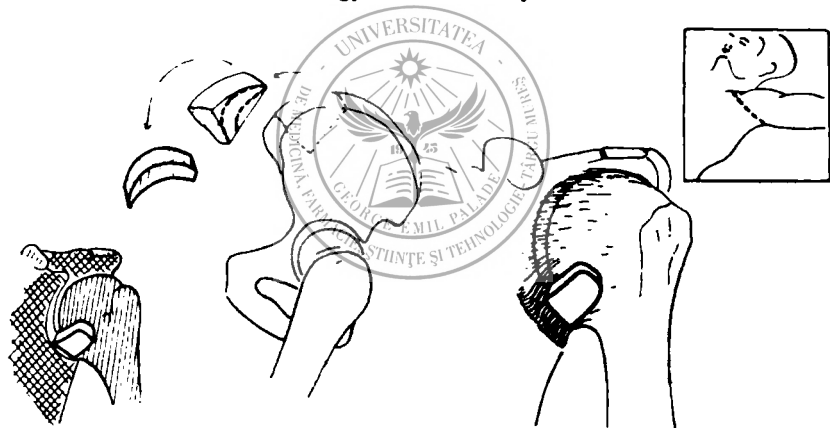
részletébe, hogy odaszegesse a fellazult labrumot, a redőbe emelt és ezáltal beszűkített ízületi tokkal együtt.

A humerus fejecs felszínéhez tökéletesen idomuló ojtványkampó, alulról előrefelé ráfekszik az ízületi tokra. Ezáltal nemcsak hogy magasabb lesz a lapos vápaperem, de a humerus fejecs hátsó hiányosságából származó instabilitás is ellensúlyozódik. A tokon kívüli ojtvány-támasz ugyanis megakadályozza a fejecs kiemelkedését és előrecsúszását, a kar abductio-kifelé rotatio helyzetében.

A feltárása, a mellső hónalj metszést használjuk, a környező bőr-részlet megfelelő lekészítésével kiegészítve.

Az ízületet a sulcus delto-pectoralison át, az izomrések mentén közelítjük meg. A végtag abductio helyzetében ellazult izomzat, az esetek zömében lehetőséget nyújt az m. coraco-brachialis épségének megőrzésére.

Az m. subscapularis rostjait az ízülettel szemben, hosszanti irányban behasítjuk, leválasztjuk az ízületi tokról s az izomrést cranial és caudal felé szétkampózzuk. Ezzel az ízületi tok a látótérbe kerül, s hozzáférhetővé válik a vápa pereme is. A kart ezután befelé fordítjuk. Az ízületi tok vápaperem felőli részét redőbe emeljük, rögzítjük a labrumot és vésővel a redőbe emelt tokon, valamint a labrum szélén áthatolva, kellő szélességű és mélységű rést vésünk a csontos perem mellső-alsó részébe (1—2. ábra). A bevert véső mellé egy másik vékonyat csúsztatunk a résbe s a



1. ábra

2. ábra

vésőnek szétterpesztése közben illesztjük szorosan helyére a crista ileiből készített kampó alakú ojtványt.

A hosszanti behasított subscapularis izmot ráemeljük az ojtványra, csomós öltésekkel egyesítjük az izomrést, majd réteges sebzárást végzünk.

Súlyos fejecs-defektus esetében, kezdetben, a biztonság kedvéért két alkalommal az m. subscapularist is beszűkítettük. Későbbi gyakorlatunk során ezt teljesen mellőztük.

Az operált végtagot 6—8 hétig tartjuk abdukcio sínén, majd fokozatosan aktív gyakorlattal gondoskodunk a teljes mozgáskészség visszanyeréséről.

A 24, ellenőrzésen rendszeresen megjelent operált betegünknel 3—20 évig terjedő megfigyelési idő alatt, egyetlen recidivát sem észleltünk.

A végtag működőképessége teljesen tökéletesnek bizonyult, betegeink közül jónéhány számottevő sportteljesítményre képes.

*Irodalom a szerzőknél.*

*A szerkesztőségbe érkezett: 1977. november 8-án.*

*J. Száva, Valerica Muntean, P. Soós*



### **OSTEOPLASTIC PROCEDURE IMPROVED AND CHECKED FOR THE TREATMENT OF HABITUAL HUMERAL DISLOCATION**

The authors present their improved osteoplasty technique used in the practice of the clinic during the last 12 years. They used the anterior axillary access and a „hook“ graft made of iliac bone (recommended by Papp). This is fixed in the receptive bed formerly chiselled into the edge of the anterior and lower socket, and by transfixation it harpoons the articular capsule together with the detached labrum, at the same time embracing the humeral head from below upwards by means of the capsule. In 24 patients registered the result proved to be perfect and without any recidivism during a 3—10 years' observation.