



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 53438

(13) A

(51) 7 A61B17/56

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ З ВИВИХОМ ГОЛІВКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ**

1

2

(21) 2002054283

(22) 24 05 2002

(24) 15 01 2003

(46) 15 01 2003, Бюл. № 1, 2003 р.

(72) Ролік Олексій Васильович, Скребцов Володимир Володимирович, Воронцов Петро Михайлович, Турчін Микола Іванович

(73) ІНСТИТУТ ПАТОЛОГІЇ ХРЕБТА ТА СУГЛОБІВ ІМ ПРОФ. М. І. СИТЕНКА АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб хірургічного лікування переломів шийки з вивихом голівки стегнової кістки, шляхом виконання доступу до кульшового суглоба, видалення рубцевої тканини між відламками, формування циліндричного виступу на проксимальному відділі

шийки в функціонально вигідному вальгусному положенні, формування в центрі голівки циліндричного отвору до субхондрального її шару з наступним заглибленням в цей отвір виступу шийки, який відрізняється тим, що під час виконання доступу до суглоба відскакують міжвертлюговий гребінь на м'язовій ніжці, а при закінченні хірургічного втручання розташовують його на задній поверхні фрагментів шийки стегна проксимальним кінцем до голівки стегна, проксимальний кінець заглиблюють в голівку стегнової кістки до розташування середини гребеня на лінії з'єднання фрагментів, а дистальний кінець фіксують до кульги шийки стегнової кістки

Винахід відноситься до медицини, конкретно до травматології та ортопедії і може бути використаний для лікування хворих з переломами шийки стегнової кістки, які супроводжуються вивихом голівки стегнової кістки

Вказане пошкодження є однією з важких патологій проксимального відділу стегнової кістки, лікування якої є складною проблемою, особливо у молодих за віком осіб. Однією з основних причин незадовільних результатів хірургічного лікування переломів шийки з вивихом голівки стегнової кістки є частий розвиток асептичного некрозу голівки стегнової кістки в післяопераційному періоді, який призводить до порушення функції суглобу, сильно болювого синдрому, інвалідизує хворого.

Відомий спосіб заміщення дефекта шийки стегна шляхом оголення кульшового суглоба, відсічення верхівки великого вертлюга разом із м'язами, що до нього прикріплюються, видалення міжвідламкової рубцевої тканини, висікання клина із проксимального відділу стегна та введення його в діастаз шийки, виконання остеосинтезу кістковим трансплантатом проксимального відділу стегна та голівки стегнової кістки, причому кістковий клин вводять в нижню частину дефекту, а верхню його частину заповнюють за рахунок зміщення губчастої кістки великого вертлюга [1].

Даний спосіб має наступні недоліки

1 Кістковий ауто-трансплантат виділяють із верхньо-внутрішньої поверхні великого вертлюга та міжвертлюгової області клиновидної форми, основою повернутою назовні. Саме цей трансплантат і вкладають між голівкою та вертлюговою областю. Зверху його укріплюють алокісткою, а алокістку вкривають губчастою аутокісткою. Створений "шаруватий пиріг" із ауто-алокістки і є самою шийкою. Недоліком є саме виділення кісткового клина з верхньо-внутрішньої поверхні великого вертлюга та міжвертлюгової області. По суті справи виділяється частина шийки, яка запишилась, нахил якої при цьому змінюється, що несуттєво збільшує довжину самої шийки. Заміщується тільки дефект, але не відновлюється довжина шийки, а коротка шийка стегнової кістки призводить до дисбалансу м'язів тазового поясу та створює загрозу вивиху стегна.

2 Виділення великого вертлюга разом із м'язами, що до нього прикріплюються, призводить до погіршення кровопостачання у вже ішемізованому проксимальному відділі стегна, порушенню пельвіо-трохантерної групи м'язів.

3 Перебудова ауто-трансплантатів в ішемізованій зоні проксимального відділу стегна і голівки протікає достатньо довго. Окрім цього, під час пе-

(19) UA (11) 53438 (13) A

ребудови міцність ауто-алотрансплантатів істотно знижується, що може призвести до вторинного зміщення. Ведення таких хворих після операції без зовнішньої іммобілізації навряд чи має сенс, оскільки раннє функціональне лікування може призвести до вторинного зміщення відламків.

Відомий спосіб аутопластики при інтрамедіальних переломах шийки стегна, при якому оголюють кульшовий суглоб, звільнюють і розкривають капсулу суглоба по верхньому краю шийки стегна, великий вертлюг з м'язами, а також частиною шийки дистальної відламки, що залишилась, відсікають в горизонтальній площині, переміщують на місце перелома і фіксують його металевими шурупами [2].

Спосіб має ряд недоліків.

1 Кістковий ауто-трансплантат на м'язовій ніжці, який перекриває зону перелома, тільки покращує кровопостачання у цій зоні, в той час як довжина шийки залишається незмінною.

2 Внутрішнє зміщення великого вертлюга із м'язами, що до нього прикріплюються, викликає послаблення пельвіотрохантерної групи м'язів, що в свою чергу викликає дисбаланс м'язів тазового поясу і викликає загрозу вивиха голівки стегнової кістки.

3 Відсічення великого вертлюга призводить до погіршення кровопостачання у проксимальному відділі стегнової кістки, що може призвести до уповільнення консолидації в місці перелома або розвитку псевдоартрозу шийки стегна.

Відомий спосіб лікування несправжнього суглоба шийки стегнової кістки, який складається з доступу до суглоба, відсічення великого вертлюга, видалення міжвідламкової рубцевої тканини, видалення кісткового клину з проксимального відділу стегнової кістки, корекції шиїчно-діафізарного кута з наступною фіксацією, шляхом формування циліндричного виступу на проксимальному відділі шийки у функціонально вигідному вальгусному положенні, а також циліндричного отвору в центрі голівки до субхондрального її шару з наступним заглибленням в цей отвір виступа шийки [3].

Недоліками цього способу є:

1 Видалення великого вертлюга із м'язами, що до нього прикріплюються, призводить до погіршення кровообігу в проксимальному відділі стегнової кістки, що негативно впливає на регенерацію кісткової тканини в місці перелома.

2 Фіксація шийки та голівки стегна в умовах порушеного кровообігу, без додаткової його стимуляції, як правило, призводить до уповільнення консолидації та формування псевдоартроза шийки стегнової кістки.

Останній спосіб за своїм функціональним призначенням та технічним виконанням найближчий до того, який пропонується і тому взятий нами за прототип.

В основу винаходу поставлено мету створення способу хірургічного лікування переломів шийки з вивихом голівки стегнової кістки, який дозволить створити оптимальні умови для ревазуляризації голівки, прискорити процес консолидації відламків та попередити розвиток псевдоартроза шийки стегнової кістки.

Поставлена мета досягається тим, що спосіб

хірургічного лікування переломів шийки з вивихом голівки стегнової кістки, який включає доступ до кульшового суглоба, видалення рубцевої тканини між відламками, формування циліндричного виступу на проксимальному відділі шийки в функціонально вигідному вальгусному положенні, формування в центрі голівки циліндричного отвору до субхондрального її шару з наступним заглибленням в цей отвір виступу шийки, згідно винаходу, під час доступу до суглоба відсікають міжвертлюговий гребінь на м'язовій ніжці, а при закінченні хірургічного втручання розташовують його на задній поверхні фрагментів шийки стегна проксимальним кінцем до голівки стегна, проксимальний кінець заглиблюють в голівку стегнової кістки до розташування середини гребня на лінії з'єднання фрагментів, а дистальний кінець фіксують до кульги шийки стегнової кістки.

Відсічення міжвертлюгового гребня на м'язовій ніжці під час доступу до суглоба, а при закінченні хірургічного втручання розташування його на задній поверхні фрагментів шийки стегна проксимальним кінцем до голівки, заглиблення проксимального кінця в голівку стегнової кістки до розташування середини гребня на лінії з'єднання фрагментів, та фіксація дистального кінця гребня до кульги шийки стегнової кістки дозволяють створити оптимальні умови для ревазуляризації голівки стегнової кістки, прискорити процес консолидації відламків та запобігти розвитку псевдоартроза шийки стегнової кістки.

Використання запропонованого способу розглянемо на конкретному прикладі.

Хворий М., 23-х років, потрапив до ІПХС ім. проф. М.І. Ситенка з діагнозом перелом шийки з вивихом голівки правого стегна. На фіг. 1 представлено фотовідбиток з рентгенограми хворого до хірургічного втручання. Під час хірургічного втручання виконано доступ до кульшового суглоба та видалена рубцева тканина, яка містилась між відламками. Відсічено міжвертлюговий гребінь на м'язовій ніжці, сформовано циліндричний виступ на проксимальному відділі шийки в функціонально вигідному вальгусному положенні. В центрі голівки за допомогою циліндричної фрези виконано отвір до субхондрального її шару. Циліндричний виступ проксимального відділу шийки заглиблено в виконаний отвір шийки. Міжвертлюговий гребінь розташовано на задній поверхні фрагментів шийки стегна проксимальним кінцем до голівки стегна. Проксимальний кінець міжвертлюгового гребня заглиблено в голівку стегнової кістки до розташування середини гребня на лінії з'єднання фрагментів, а дистальний кінець фіксовано до кульги шийки стегнової кістки гвинтами. Рана пошарово зашита. На фіг. 2 представлено відбиток з рентгенограм хворого відразу після операції.

Післяопераційний період протікав без ускладнень, рана загоїлась первинним натягненням. Хворий знаходився у гіпсовій пов'язці "короткий Лоренц" на протязі 2 місяців. Надалі отримував масаж, фізіопроцедури, лікувальну гімнастику, остеотропну та хондропротекторну терапію.

Через рік після операції хворий скарж не пред'являє. Ходить з повним навантаженням на оперовану кінцівку. Вкорочення кінцівки нема, об'

ем рухів у суглобі в сагтальній площині 0° - 120° , у фронтальній площині 20° - 10° , ротація 15° - 5° Рентгенологічно в той же термін після операції - консолидований перелом шийки стегна, голівка стегнової кістки не деформована, щіль суглоба чтко простежується, визначається наявність гвинтів в шийці На фіг 3 приведено фотовідбиток з рентгенограми хворого через рік після хірургічного втручання Функціональний результат представлений на фіг 4 та фіг 5

До теперішнього часу в Інституті патології хребта та суглобів ім проф МІ Ситенка АМН України пропонуваній спосіб був використаний у шести хворих з хорошим віддаленим результатом

Спосіб технологічно простий і може бути використаний у спеціалізованих ортопедо-травматологічних клініках

Джерела інформації

1 А с 563967 SU, МКИ А 61 В 17/00 Н П Решетников Спосіб заміщення дефекта шийки бедра - 2068372/13, Заявл 18 10 74, Опубл 05 07 77, Бюлп 25// Открытия Изобретения Промышленные образцы Товарные знаки - 1977 - №25 - С 10-11

2 А с 256162 SU, МКИ А 61 в Ю П Колесников Спосіб аутопластики при интрамедиальных переломах шийки бедра -1230986/31-16, Заявл 09 04 68, Опубл 04 11 69, Бюл 34// Открытия Изобретения Промышленные образцы Товарные знаки - 1969 - №34 - с 70

3 А с 1821172 SU, МКИ А 61 В 17/56 В Г Рынденко, А В Ролик Спосіб лечения ложного сустава шийки бедренной кости - 4920699/14, Заявл 19 03 91, Опубл 15 06 93, Бюл 22 // Изобретения - 1993 - №22 - с 1



Фіг. 1.



Фіг. 2.



Fig. 3.

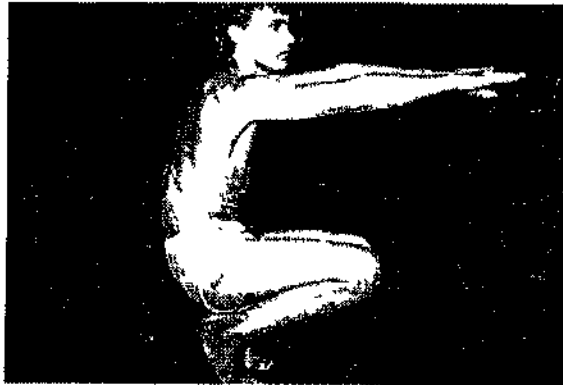


Fig. 4.

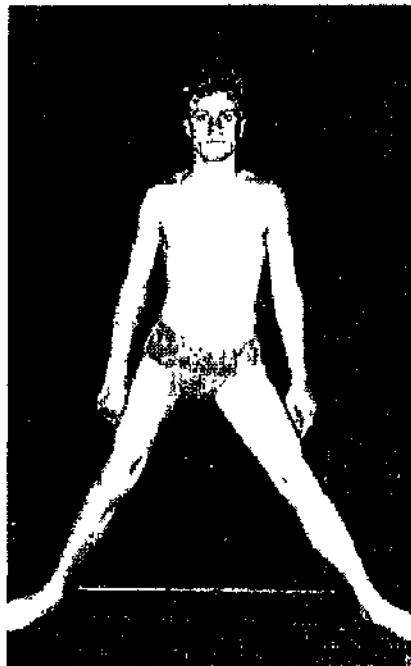


Fig. 5.

