

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме до ортопедії і може використовуватися при хірургічному лікуванні юнацького епіфізеолізу голівки стегнової кістки.

При цьому захворюванні виникає поступове зміщення проксимального епіфізу стегнової кістки до середини і до заду відносно шийки стегнової кістки з втратою контакту його хрящової поверхні з хрящовим покриттям вертлюгової западини. При значному зміщенні виникає обмеження рухів та контрактури в кульшовому суглобі з подальшим розвитком дегенеративно-дистрофічних процесів, які призводять до артрозу суглоба.

Основний метод лікування цього захворювання, особливо в давнених випадках, - хірургічний, який спрямовано на відновлення оптимальної орієнтації проксимального епіфізу стегнової кістки до вертлюгової западини і здійснюється шляхом виконання остеотомії проксимального відділу стегнової кістки на різних рівнях, та фіксації кісткових фрагментів в анатомо-біомеханічно вигідному положенні для кожного хворого.

Патогенетично обґрунтованими слід вважати остеотомії проксимального відділу стегнової кістки наближені до вершини деформації, тобто в області шийки стегнової кістки.

Відомий спосіб остеотомії шийки стегнової кістки з висіченням клиноподібного фрагменту основою в протилежний бік від зміщення голівки стегнової кістки і корекції деформації [1].

При виконанні цього способу зберігається довжина та натяг пельвіотрохантерної та сідничної груп м'язів при корекції деформації проксимального фрагменту стегнової кістки, що не порушує біомеханічні умови функціонування кульшового суглобу, а також значно полегшується виконання корекції деформації.

Але з іншого боку це хірургічне втручання має певні недоліки. Воно пов'язане з високим ризиком виникнення асептичних некрозів проксимального епіфізу внаслідок великого пошкодження кровопостачаючих і живлячих його судин, особливо передніх, та самої остеотомії шийки під час виконання хірургічного втручання.

Відомий спосіб хірургічної корекції зміщення голівки стегнової кістки при юнацькому епіфізеолізі, який полягає у виконанні подвійної шарнірної міжвертлюгової остеотомії проксимального відділу стегна з відсіченням великого вертлюга і подальшим розворотом міжвертлюгового фрагменту в коригованому положенні відносно вертлюгової западини, остаточній фіксації всіх фрагментів Г-подібною металевою пластиною, а великого вертлюга на місце [2].

При виконанні цього способу, подвійна міжвертлюгова остеотомія проксимального відділу стегна в сагітальній площині не дає змогу досягнути максимального контакту між фрагментами при виконанні корекцій у фронтальній площині, що може позначитися на плинності та якості їх консолідації і відстрочити термін остаточного одужання.

При виконанні цього способу є ризик виникнення асептичного некрозу голівки стегнової кістки внаслідок виконання поширеного скелетування міжвертлюгового фрагменту для його розвороту. Крім того, це обумовлює високу травматичність хірургічного втручання.

Таким чином, подвійна міжвертлюгова остеотомія для корекції проксимального відділу стегнової кістки при юнацькому епіфізеолізі є досить травматичною і не забезпечує оптимального контакту фрагментів при трьох площинній корекції, а в ряді випадків технічно неможливою для практичної реалізації.

Більш практичною з точки зору хірургічної тактики та технічної реалізації є спосіб хірургічної корекції шийчно-епіфізарних деформацій проксимального відділу стегна, запропонований Пулатовим А.Р. Спосіб полягає у виконанні через передній доступ П-подібної остеотомії базального відділу стегна з наступним розворотом проксимального відділу вперед в сагітальній площині по осі шийки стегна і до зовні і вперед в поперечній площині по повздовжній осі стегна [3].

Цей спосіб має недоліки. Вони полягають в тому, що це хірургічне втручання є досить травматичним, оскільки оперативний доступ до шийки стегнової кістки виконується з переднього доступу, що може призвести до пошкодження *ramus ascendens arteria circumflexae femoris lateralis*, яка є одною з основних кровопостачальних гілок проксимального епіфізу стегна. Це може визвати асептичний некроз проксимального епіфізу стегна в післяопераційному періоді. Крім того, П-подібна форма остеотомії не завжди дає змогу встановити проксимальний фрагмент в потрібній орієнтації відносно осі стегна і вертлюгової западини, а також досягти щільного контакту між фрагментами в місці остеотомії. Це може призвести до нестабільності в зоні остеотомії і стати причиною незростання фрагментів.

В основу винаходу поставлено задачу створення такого способу хірургічного лікування юнацького епіфізеолізу голівки стегнової кістки який дасть змогу підвищити можливості оптимальної орієнтації епіфізу голівки стегнової кістки відносно вертлюгові западини, досягти максимального контакту між кістковими фрагментами, зменшити травматичність хірургічного втручання та досягти більшої стабільності та опороздатності кульшового суглобу.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі хірургічного лікування юнацького епіфізеолізу голівки стегнової кістки, який полягає у виконанні сфероподібної остеотомії базального відділу шийки стегнової кістки, виконанні корекції та фіксації фрагментів стегнової кістки, згідно винаходу міжтрохантерний гребінь відсікають разом з м'язами, які до нього прикріплюються, остеотомію базального відділу шийки стегнової кістки виконують опуклістю в медіальний бік у фронтальній та поперечній площинах, проксимальний фрагмент стегнової кістки розвертають на величину зміщення епіфізу з шийки стегнової кістки, переміщенням його у фронтальній, сагітальній та поперечній площинах і встановленням росткової зони у вигідному анатомо-функціональному положенні, міжтрохантерний гребінь фіксують на латеральну поверхню проксимального відділу стегнової кістки з необхідним натягом м'язів, які до нього прикріплюються.

Відсічення міжтрохантерного гребеня разом з м'язами, які до нього прикріплюються, та виконання остеотомії базального відділу шийки стегнової кістки опуклістю в медіальний бік у фронтальній та поперечній площинах дає змогу зменшити травматичність хірургічного втручання та досягти щільного контакту між фрагментами після корекції його положення відносно вертлюгової западини.

Розворот проксимального фрагменту стегнової кістки на величину зміщення епіфізу з шийки стегнової кістки, переміщенням його у фронтальній, сагітальній та поперечних площинах і встановленням росткової зони у вигідному анатомо-функціональному положенні з прикріпленням міжтрохантерного гребеня на латеральну поверхню проксимального відділу стегнової кістки з необхідним натягом м'язів, які до нього прикріплюються, дозволяє підвищити можливості оптимальної орієнтації епіфізу голівки стегнової кістки відносно вертлюгові

западни та досягти більшої стабільності та опороздатності кульшового суглобу.

Технічних вирішень зі схожою сукупністю суттєвих ознак при проведенному патентно-інформаційному пошуці не виявлено. Це дозволяє зробити висновок, що технічне вирішення, яке пропонується, відповідає умовам патентоздатності.

Винахід пояснюється кресленнями де на фіг.1 приведена схема остеотомії і розворот проксимального відділу стегна у поперечній площині, а на фіг.2 приведена схема остеотомії та розворот проксимального відділу стегна у фронтальній площині.

Спосіб виконують наступним чином. Доступ до базального відділу шийки стегнової кістки здійснюють з латерального боку шляхом відсічення міжтрохантерного гребеня по лінії А-В (фіг.1). Міжтрохантерний гребінь, разом з прикріпленими до нього сідничними та пельвіотрохантерною групою м'язів відводять назад, оголюючи задню поверхню базального відділу шийки стегнової кістки.

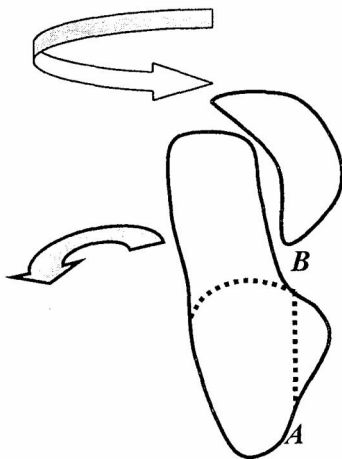
Долотом, робоча частина леза якого має форму шарової поверхні, виконують остеотомію базального відділу у фронтальній та поперечній площинах у формі частини поверхні сектору кулі опуклістю в медіальну сторону.

Наступним етапом виконують розворот проксимального фрагменту по осі шийки стегнової кістки вперед на необхідну величину. У фронтальній площині проксимальний фрагмент встановлюють в положенні вальгуса, а в поперековій площині - в положенні відхилення проксимального фрагменту вперед. Фіксацію проксимального та дистального фрагментів здійснюють за допомогою гвинтів. Міжтрохантерний гребінь фіксують на латеральну поверхню проксимального відділу стегнової кістки з необхідним натягом м'язів, які до нього прикріплюються.

Таким чином, спосіб, що пропонується дозволяє підвищити можливості оптимальної орієнтації епіфізу головки стегнової кістки відносно вертлюгові западини, досягти максимального контакту між кістковими фрагментами, та зменшити травматичність хірургічного втручання.

Джерела інформації

1. J.W. Barros, G. Tukiama, C. Fontoura, N.H.M. Barsam, E.S. Pereira Trapezoid osteotomy for slipped capital femoral epiphyses// International Orthopaedics (SICOT) 2000. -24. -P83-87.
2. А.С. 961685, СССР, А61В17/00, 1980.
3. Патент 2144803, РФ, А61В17/56, 1996.



Фіг. 1

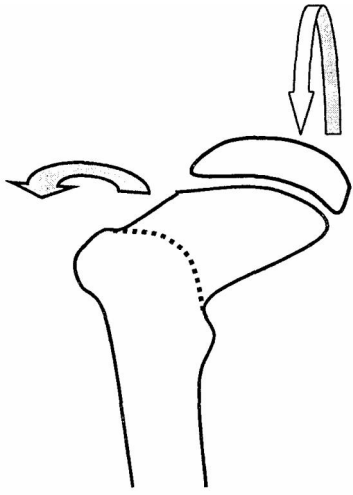


Fig. 2