



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 38629

(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 ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЕРЕЛОМУ ШИЙКИ СТЕГНА

(21) 2000084663

(22) 03.08.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Терновий Микола Костянтинович, Самохін
Анатолій Вікторович, Гребенніков Костянтин Олек-
сандрович

(73) Гребенніков Костянтин Олександрович

(57) Спосіб остеосинтезу перелому шийки стегна,
що включає репозицію відламків, здійснення лата-
льного диспуту до шийки стегнової кістки, встано-
влення напрямляча лопатевого фіксатора відлам-

ків формування в латеральному кортикальному прошарку трепанаційного отвору під лопастевий фіксатор відламків, встановлення вищезгаданого фіксатора видалення напрямляча, який **відрізняється** тим, що формування трепанаційного отвору здійснюють навколо спиці, попередньо введеної в область перелому під кутом від 20° до 60° до діалізу стегна, на отвір по спині накладають напрямляч, формують канали відповідно лопастям фіксатора, а після видалення напрямляча в сформовані канали встановлюють фіксатор.

Винахід відноситься до медицини, а саме до ортопедії і травматології і може знайти застосування при хірургічному лікуванні медіальних переломів шийки стегна.

Відомий спосіб остеосинтезу перелому шийки стегна, що включає закриту репозицію відламків, здійснення латерального доступу до шийки стегнової кістки, встановлення напрямляча лопатевого фіксатора відламків, формування трепанаційного отвору під лопастевий фіксатор відламків, встановлення вищезгаданого фіксатора, видалення напрямляча (а.с. СРСР № 1644933. МПКА61В 17/58, 1991 р.).

Недоліком відомого способу є порівняно висока травматизація головки стегна, а також, неточність введення фіксатора, через нестабільну фіксацію напрямителя на кістці.

В основу винаходу покладено завдання створити такий спосіб остеосинтезу перелому шийки стегна, у якому шляхом попереднього виконання каналів відповідно лопастям фіксатора за допомогою напрямителя досягається зниження травматизації головки стегна при введенні фіксатора, а також поліпшиться точність введення фіксатора.

Для вирішення завдання спосіб остеосинтезу перелому шийки стегна, що включає закриту репозицію відламків, здійснення латерального доступу шийки стегнової кістки, формування в латеральному кортикальному прошарку трепанаційного отвору під лопастевий фіксатор відламків, встановлення напрямляча лопатевого фіксатора відламків, встановлення вищезгаданого фіксатора, видалення напрямителя. У якому, відповідно до вина-

ходу, формування трепанаційного отвору здійснюють навколо спиці, попередньо введеної в область перелому під кутом від 20° до 60° до діалізу стегна, на отвір по спиці накладають напрямитель, формують канали відповідно лопастям фіксатора, а після видалення напрямляча в сформовані канали встановлюють фіксатор.

Завдяки способу підвищується ефективність лікування медіальних переломів шийки стегна. Шляхом попереднього дрільювання каналів відповідно лопастям фіксатора за допомогою напрямителя досягається зменшення травматизації головки стегна при введенні фіксатора.

Конкретний приклад виконання способу.

Хвора З., 66 років доставлена КШД із скаргами на біль у лівій паховій області, неможливість опори й активних рухів лівої нижньої кінцівки. Після огляду і рентгенографії був встановлений діагноз - медіальний перелом шийки лівого стегна. У порядку швидкої допомоги наклали систему скелетного витягнення за надвиросткову область лівого стегна. Після передопераційного підготування через п'ять днів робили таку операцію. Хвору клали на ортопедичний стіл Хоулі, робили закриту репозицію перелому, після задовільного Ro - контролю і підготування операційного поля робили латеральний доступ до проксимального відділу лівого стегна, на 4-6 см., нижче латерального горбика великого вертлюга в шийку лівого стегна у фронтальній площині під різними кутами торсії вводили 3 пробні спиці з інтервалом 1 см під кутом від 20° до 60° до діалізу стегна, орієнтуючись на кутмір Після Ro - контролю визначали оптимально проведену

направляючи спицю, інші витягали. Навколо прямої спиці долотом формували округлий отвір з діаметром, що відповідає діаметру фіксатора. По спиці через серединний отвір накладали напрямляч над трепанаційним отвором у діафізі стегна і жорстко фіксували на кістці кісткотримачем. За допомогою дрелі і спробої спиці формували канали в шийці і головці стегна, відповідно лопастям фіксатора. Потім видаляли напрямляча і встановлювали фіксатор через серединний отвір по спиці, після чого спицю витягали і збирали металоконструкцію. Рану промивали, дренивали аспіраційною системою і пошарово зашивали. Кінцівку клали на

шину Белера, а після зняття швів на 1,5 місяця накладали кокситну гіпсову пов'язку до колінного суглоба з можливістю активних рухів у ньому. Під час носіння гіпсової пов'язки хвора ходила на милицях з 50% навантаженням на кінцівку.

Як показала практика, із 40 операцій, зроблених вищевказаним способом пацієнтам до 70 років, добрі віддалені результати (до 3 років спостереження) досягнуті в 38 випадках. В 1 випадку через недотримання пацієнтом належного післяопераційного режиму, відзначали незрощення перелому. В 1 випадку хворий не з'являвся на диспансерний огляд.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60x84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
