



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **19790** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/22

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОВЕДЕННЯ ДОСТУПУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ УШКОДЖЕНЬ У ДІЛЯНЦІ ТАЗО-СТЕГНОВОГО СУГЛОБА

1

2

(21) u200610642

(22) 09.10.2006

(24) 15.12.2006

(46) 15.12.2006, Бюл. № 12, 2006 р.

(72) Лобанов Григорій Вікторович, Худобін Володимир Юр'євич, Прудніков Юрій Вікторович, Оксисець Віталій Михайлович

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб проведення доступу при хірургічному лікуванні ушкоджень у ділянці тазостегнового суглоба шляхом розтину шкіри та підшкірно-жирової

клітковини з наступним розтином підшкірної фасції, який **відрізняється** тим, що розтин шкіри та підшкірно-жирової клітковини виконують від задньої поверхні проксимального відділу великого вертлюга знизу уверх дугоподібно, переходячи на верхівку великого вертлюга ззаду наперед, далі розтинають підшкірну фасцію і тупо розшаровують волокна великого сідничного м'яза до появи власної фасції грушоподібного та середнього сідничного м'язів, які тупо розтинають до появи ушкодженої ділянки тазостегнового суглоба.

Спосіб, що пропонується, відноситься до медицини, а саме до травматології та ортопедії та може бути використаний для оперативного лікування ушкоджень таза, стегна та тазостегнового суглобу.

Відомо спосіб проведення доступу при хірургічному лікуванні ушкоджень в області тазостегнового суглобу [1. Авт. Св. №1479071, СССР, МКИ А61В17/56. Спосіб лечения переломов шейки бедренной кости. Опубл. 15.05.1989. Бюл. №18], шляхом розтину шкіри та підшкірно-жирової клітковини, розтину підшкірної фасції. При цьому розтинають м'які тканини поперечним розтином, після чого відновлюють кісткові структури.

Недоліком відомого способу є необхідність поперечного розтину м'яких тканин у області тазостегнового суглобу, що далі призводить до стійких порушень живлення ушкодженої області та порушення її відновлення.

Найбільш близьким за технічною суттєвістю до способу, що заявляється, є спосіб проведення доступу при хірургічному лікуванні ушкоджень в області тазостегнового суглобу [2. Ревенко Т.А., Гурьев В.Н., Шестерня Н.А. Операции при травмах опорно-двигательного аппарата. М.: «Медицина», 1987. - С. 158-163], шляхом розтину шкіри та підшкірно-жирової клітковини з наступним розтином підшкірної фасції. При цьому розтинають м'які хрящові тканини поперечним розтином,

вивільнюючи оперативне поле ушкодженої області тазостегнового суглобу.

Недоліком відомого способу є велика травматичність сідничного та грушовидного м'язів, що призводить до розвитку різноманітних негативних явищ у суглобах, таких як деформуючий артроз, асептичний некроз та ін. Крім того, рубцеві зміни у м'язах призводять до стійкого дисбалансу у м'язах-антагоністах, що далі може призвести до порушення функції кінцівки.

В основу способу, що заявляється, поставлена задача створення способу проведення доступу при хірургічному лікуванні у області тазостегнового суглобу шляхом розтину шкіри та підшкірно-жирової клітковини від задньої поверхні проксимального відділу великого вертлюгу знизу уверх дугоподібно, переходячи на верхівку великого вертлюгу ззаду-кпереду, далі розтинають підшкірну фасцію і тупо розшаровують волокна великого сідничного м'яза до появи власної фасції грушовидного та середнього сідничного м'язів, які тупо розтинають до появи ушкодженої ділянки тазостегнового суглобу, що дає можливість зберегти м'які тканини та прискорити загоєння.

Суть способу, що заявляється, полягає у тому, що розтин шкіри та підшкірно-жирової клітковини виконують від задньої поверхні проксимального відділу великого вертлюгу знизу уверх дугоподібно, переходячи на верхівку великого вер-

(19) **UA** (11) **19790** (13) **U**

телюгу сзаду-кпереду, далі розтинають підшкірну фасцію і тупо розшаровують волокна великого сідничного м'язу до появи власної фасції грушовидного та середнього сідничного м'язів, які тупо розтинають до появи ушкодженої ділянки тазостегнового суглобу.

Новим у пристрої, що заявляється, є те, що розтин шкіри та підшкірно-жирової клітковини виконують від задньої поверхні проксимального відділу великого вертелюгу знизу вверх дугоподібно, переходячи на верхівку великого вертелюгу сзаду-кпереду, далі розтинають підшкірну фасцію і тупо розшаровують волокна великого сідничного м'язу до появи власної фасції грушовидного та середнього сідничного м'язів, які тупо розтинають до появи ушкодженої ділянки тазостегнового суглобу.

Реалізують спосіб наступним чином. Хворого кладуть у положення на боці. У цьому положенні надійно та стійко його фіксують. Спочатку виконують репозицію. Під масочним наркозом та у залежності від характеру ушкодження області тазостегнового суглобу відновлюють анатомічне положення кісток. У випадку вивиху голівки стегнової кістки вправляють вивих та накладають систему скелетного витягування тягою 5-6кг за віссю на 7-8 днів. Далі у операційній проводять спино-мозкову анестезію та виконують доступ до ушкодження тазостегнового суглобу. Розтин шкіри та підшкірно-жирової клітковини виконують від задньої поверхні проксимального відділу великого вертелюгу знизу вверх на 5см, обходячи його дугоподібно уперед на 4см, розтинають власну фасцію, вивільнюючи великий сідничний м'яз, тупо розшаровують та зажимом розводять гачками Фарабефа порції волокон великого сідничного м'язу у різні боки. У просвіті волокон, що розтинали, великого сідничного м'язу відкривається площа 5Х8см, де проглядається верхній край грушовидного м'язу та нижній край середнього сідничного м'язу. М'язи розводять, вивільнюючи місце пошкодження тазостегнового суглобу. Проводять репозицію, фіксують, витягують інструмент, грушовидний, середній сідничний м'язи розправляються та закривають місце маніпуляції. На волокна великого сідничного м'язу накладають наводячі поверхневі шви, щільно ушивають вільну фасцію, за шарами ушивають підшкірно-жирову клітковину та фасцію. Далі скелетним витягуванням осьовою тягою 3-5кг закінчують відновлення пошкодженої області тазостегнового суглобу.

Приклад 1. Хворий П., 50 років. Травма у результаті ДТП. Діагноз: закритий перелом заднього краю правої вертлюжної западини. Закритий задній вивих голівки правої стегнової кістки. Травматичний неврит сідничного нерва. Струс головно-го мозку. Удар грудної клітини.

Хворого доставлено у санпропускник бригадою швидкої медичної допомоги. Під масочним наркозом проведено репозицію, виконано вправлення голівки правої стегнової кістки. Провели рентген-контроль. Наложили систему постійного скелетного витягування тягою за віссю 5кг. За 8 діб після травми хворого взяли до операційної. Під спинно-мозковою анестезією виконано доступ до

суглобу розтином шкіри та підшкірно-жирової клітковини від задньої поверхні проксимального відділу великого вертелюгу знизу вверх на 6 см, обходячи дугоподібно уперед на 4см, розтинали власну фасцію, вивільнюючи великий сідничний м'яз, тупо розшаровували та розводили гачками Фарабефа порції волокон великого сідничного м'язу у різні боки. У просвіті розтинаних волокон великого сідничного м'язу відкрилась площа 4х7см, де проглядався верхній край грушовидного м'язу та нижній край середнього сідничного м'язу. М'язи розводили, вивільнюючи місце пошкодження вертлюжної западини. Виконали репозицію, фрагмент заднього краю розвернуто та знаходиться у тканині середнього сідничного м'язу, голівка стегнової кістки знаходиться у вертлюжній западині. Виконали остеосинтез. Зажимом Кохера фрагмент витягнуто з м'язу без відриву його від м'яких тканин та руками укладено на своє початкове місце. У правильному положенні накладено реконструктивну тазову пластину, яку фіксовано до вертлюжної западини на 3-х гвинтах. Перевірено об'єм рухів у суглобі, повний. Фіксація перелому стабільна. Гачки витягнуто, грушовидний, середній сідничний м'язи розправились та закрили місце маніпуляції. На волокна великого сідничного м'язу накладено наводячі поверхневі шви, щільно ушито вільну фасцію, за шарами зшити фасцію, підшкірно-жирова клітковина та шкіра. Накладено пов'язку. У палаті хворому накладено систему постійного скелетного витягування з тягою за віссю 3кг.

Приклад 2. Хворий Р., 48 років. Діагноз: закритий черепацеабулярний центральний перелом, закритий вивих голівки стегнової кістки з інтерпозицією фрагментом голівки стегнової кістки. Травма у результаті ДТП. При надходженні хворого у санпропускник під загальною анестезією було виконано спробу вправлення вивиху голівки стегнової кістки, яка не призвела до успіху. Хворого госпіталізовано до стаціонару, де було накладено систему постійного скелетного витягування з тягою 5кг за віссю кінцівки. Через 5 діб було виконано оперативне втручання. Під спино-мозковою анестезією виконано доступ до суглобу розтином шкіри та підшкірно-жирової клітковини від задньої поверхні проксимального відділу великого вертелюгу знизу вверх на 5см, обходячи дугоподібно уперед на 4см, розтинали власну фасцію, гострим зажимом розшарували волокна великого сідничного м'язу, у простір якої ввели по одному гачку Фарабефа. Обидві порції м'язу протилежно розтягнуто. Оглядається зона розмірами 7х10см, дном є верхній край грушовидного м'язу та нижній край середнього сідничного м'язу. Гострим зажимом виконано розділення цих м'язів, розведено гачками Фарабефа у протилежні боки. Вивільнено голівку стегнової кістки, що знаходиться у положенні задньо-зовнішнього вивиху. Оглянуто зону вертлюжної западини, винайдено фрагмент голівки стегнової кістки розмірами 2х4мм, що перешкоджає вправленню голівки стегнової кістки у вертлюжну западину. Гострим зажимом витягнуто фрагмент з порожнини суглобу та вправлено голівку стегнової кістки. Об'єм рухів у суглобі

задовільний. Довгим гвинтом 8см через перелом від заднього краю вертлюжної западини у направленні лонної кістки введено шуруп. При спробі руху у зоні перелому рухомість не визначається, що підтверджує стабільність фіксації. Рану ушито за шарами. Асептична пов'язка.

Використання способу, що заявляється, дає можливість проведення менш травматичного оперативного лікування без розтинання м'яких тканин області пошкодженого тазостегнового суглобу. Крім того, є можливість запобігти стійких порушень живлення ушкодженої області та прискорити її відновлення, уникнути різноманітних негативних

явищ у суглобі, таких як деформуючий остеоартроз, асептичний некроз та ін., запобігти стійкого дисбалансу м'язів-антагоністів, які можливі при рубцевих змінах у м'язах, у результаті чого з'являється можливість прискорити загоєння ушкодженої області.

Література:

1. Авт. Св. №1479071, СССР, МКИ А61В17/56. Способ лечения переломов шейки бедренной кости. Опубл. 15.05.1989. Бюл. №18.

2. Ревенко Т.А., Гурьев В.Н., Шестерня Н.А. Операции при травмах опорно-двигательного аппарата. М.: «Медицина», 1987. - С. 158-163.