

Винахід відноситься до травматології і може бути використаний для лікування нестабільних внутрішньосуглобових переломів шийки стегнової кістки зі зміщенням відламків.

Відомий спосіб лікування свіжих внутрішньосуглобових переломів шийки стегнової кістки, який вміщує в себе збивання міжвертельного гребеня, розтинання капсули суглобу, усунування інтерпозиції, вимикання антисептиками внутрішньосуглобової гематоми, паракапсулярного введення розчину спазмолітиків 1,0 - 2,0мл, металоостеосинтез відламків, кісткову аутопластику міжвертельним гребенем на судинно-м'язовій ніжці. В післяопераційному періоді протягом перших 3 - х тижнів після операції внутрішньосуглобово вводять глюкоамін по 400мг через 4 - 5 днів [1].

Спосіб найбільш близький до запропонованого, а тому обраний за прототип.

Спосіб-прототип призначений для лікування внутрішньосуглобових переломів шийки стегнової кістки без, а також зі зміщенням відламків. Наш досвід використання цього способу на 142 хворих показав, що він може також використовуватися і для лікування нестабільних внутрішньосуглобових переломів шийки стегнової кістки. Але в цьому разі спосіб має недолік - відсутність стабільної фіксації відламків при нестабільних переломах шийки стегна, коли кут між лінією перелому та умовною горизонталлю сягає 70° і більше (по класифікації - Rawles 3). Якщо зафіксувати кісткові відламки при такому вертикальному куті, а отже нестабільному перелому шийки стегнової кістки, то в наступному при осьовому навантаженні із-за порушення біомеханічних вимог стабільності виникають зрізуючі зусилля по лінії перелому, що призводить до перелому гвинтів, або до розхитування останніх в кістковій тканині з наступним розвитком нестабільності кісткових відламків, псевдоартрозу шийки стегна.

В основу винаходу поставлена мета розробки способу, який дозволяє стабільно зафіксувати відламки при нестабільних переломах шийки стегнової кістки, оптимізувати остеохондрорепарацію та запобігти розвитку аваскулярних ускладнень в головці.

Поставлена мета вирішується тим, що в способі хірургічного лікування нестабільних внутрішньосуглобових переломів шийки стегнової кістки, в який входить збивання міжвертельного гребеня, розтинання капсули суглобу, усунування інтерпозиції, видалення внутрішньосуглобової гематоми, паракапсулярне введення розчину спазмолітиків 1,0 - 2,0мл, металоостеосинтез відламків, кісткова аутопластика міжвертельним гребенем на судинно-м'язовій ніжці перелому шийки та головки стегна, введення глюкоаміну, згідно з винаходом вилучають верхній полюс кукси шийки основою вверх розміром до 1см.

Схема операції представлена на фіг.1.

Вилучення верхнього полюса кукси шийки при нестабільних (вертикальних) переломах шийки стегнової кістки дозволяє перевести нестабільний перелом в стабільний, забезпечує надійну фіксацію відламків на весь період лікування, зрощення перелому шийки, запобігає розвитку аваскулярних ускладнень в головці стегна.

Спосіб реалізують так. Збивають верхній полюс кукси шийки по лінії перелому з вилученням кісткового клину основою вверх до 1см. Після вилучення кісткового клину до верхньої частини кукси шийки прилягає внутрішня поверхня великого вертелу. Виконують декортикацію великого вертелу з внутрішньої сторони. Після репозиції та фіксації відламків одержують:

більш стабільну, тобто горизонтальну, лінію перелому;

головка стегна фіксується в біомеханічне вигідному вальгусному положенні, що позитивно діє на зрощення перелому при осьовому навантаженні, а також компенсує укорочення кінцівки на 1см після резекції верхнього полюса кукси шийки;

васкуляризація перелому шийки відбувається за рахунок міжвертельного гребеня ззаду та великого вертелу зверху;

додаткова зовнішня іммобілізація кінцівки відсутня, що дозволяє активізувати хворих відразу після операції.

Клінічний приклад.

Хворий В., 67 років, № історії 51207, поступив в Харківський інститут ортопедії та травматології ім. проф. М.І. Ситенка з діагнозом: закритий внутрішньосуглобовий перелом шийки стегнової кістки зі зміщенням відламків Гарден-4, нестабільний перелом (по класифікації - Rawles 3) - фіг. 2. Операція: задній доступ до суглоба зі збиванням міжвертельного гребеня, розтин капсули суглобу, евакуація внутрішньосуглобової гематоми, усунування інтерпозиції, паракапсулярне введення 2мл розчину спазмолітиків (платіфілін), вилучення верхнього полюсу кукси шийки основою вверх розміром 1см. Проведена декортикація внутрішньої поверхні великого вертелу, відламки зіставлені, фіксовані метафізарними гвинтами. Додатково міжвертельний гребень на м'язовій ніжці укладено по довжині шийки з перекриттям зони перелому (фіг.3). Через 3 роки після операції скарг немає. Ходить з повним навантаженням на оперовану кінцівку без додаткової опори, укорочення кінцівки немає, функція суглобу в повному обсязі. На рентгенограмі - зрощення перелому шийки, дистрофічних процесів в головці немає (фіг.4).

Джерела інформації

1. Патент України №14760А, кл. А61В17/56, заявл. 28.04.94.

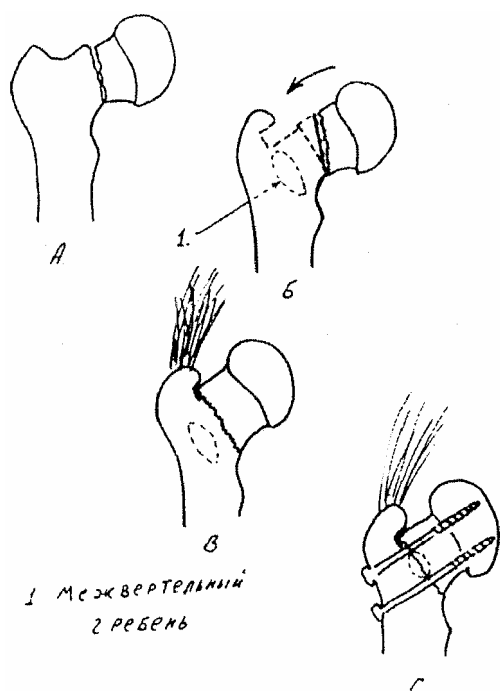


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

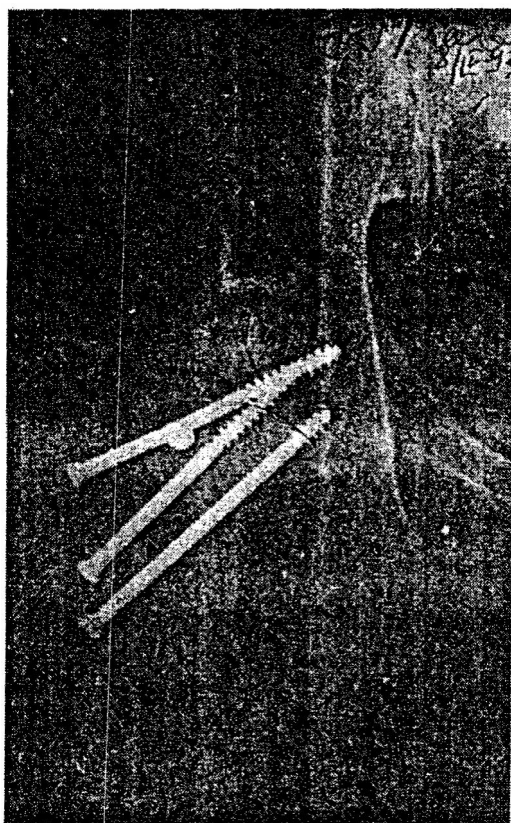


Fig. 4