



УКРАЇНА

(19) UA (11) 36870 (13) A

(51) 6 A61B17/56

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕСТАБІЛЬНИХ ТРАНСЦЕРВІКАЛЬНИХ ТА БАЗАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

(21) 2000020901

(22) 17.02.2000

(24) 16.04.2001

(33) UA

(46) 16.04.2001, Бюл. № 3, 2001 р.

(72) Корж Микола Олексійович, Воронцов Петро Михайлович, Ролік Олексій Васильович

(73) Харківський науково-дослідний інститут ортопедії та травматології ім. проф. М.І. Ситенка

(57) Спосіб хірургічного лікування нестабільних трансцервікальних та базальних переломів шийки

стегнової кістки, який містить збивання міжвертельного гребеня, розтин капсули суглобу, видалення внутрішньосуглобової гематоми, вилучення інтерпозиції, паракапсулярне введення розчину спазмолітиків 1,0-2,0 мл, резекцію кукси шийки, металоостеосинтез, кісткову аутопластику міжвертельним гребенем на судинно-м'язовій ніжці лінії перелому шийки та голівці стегнової кістки, введення глюкаміну, який відрізняється тим, що вилучають верхній полюс проксимального фрагмента кукси шийки основою вверх розміром 0,5-1,0 см.

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

Нестабільні внутрішньосуглобові переломи шийки стегнової кістки (тобто переломи шийки стегнової кістки, кут лінії перелому яких з умовною горизонталлю сягає 70° і більше - за всесвітньо відомою класифікацією - Pauwels 3) відносяться до найтяжчих пошкоджень травм скелету. Процент незадовільних результатів лікування у вигляді незрошення перелому шийки стегнової кістки, розвитку дистрофічних ускладнень в шийці та голівці стегнової кістки (несправжні суглоби шийки, асептичні некрози), за даними літератури, сягає 75-84%. Спосіб, які спеціально призначені для лікування таких нестабільних переломів шийки стегнової кістки немає (мається на увазі оперативні втручання безпосередньо в зоні перелому, а не корегуючи остеотомії дистальних фрагментів стегнової кістки, які дуже травматичні).

На сьогодні є спосіб, який може бути використаний для лікування нестабільних переломів шийки стегнової кістки, але, як показала клінічна апробація цього способу, він може бути здійснений при лікуванні тільки субкапітальних нестабільних внутрішньосуглобових переломів шийки стегнової кістки.

Відомий спосіб лікування нестабільних внутрішньосуглобових переломів шийки стегнової кістки, який містить збивання міжвертельного гребеня, розтин капсули суглобу, видалення внутрішньосуглобової гематоми, вилучення інтерпозиції, пара-

капсулярного введення розчину спазмолітиків 1,0-2,0 мл, резекцію верхнього полюсу кукси шийки основою вверх розміром до 1 см, металоостеосинтез, кісткову аутопластику міжвертельним гребенем на судинно-м'язовій ніжці перелому шийки та головки стегна, введення глюкаміну [1].

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

Спосіб-прототип призначений для лікування внутрішньосуглобових переломів шийки стегнової кістки як без зміщенням відламків, так і з їх зміщенням у випадках нестабільності, коли кут між лінією перелому і умовною горизонталлю набуває значення 70° та більше (за класифікацією Pauwels 3). Але, як показали клінічні спостереження, спосіб-прототип може бути використаний тільки при субкапітальних переломах, коли дистальний фрагмент кукси шийки має достатню довжину, що дозволяє зробити її резекцію та залишити фрагмент кукси шийки з компактною (кортикальною) кісткою, що дозволяє після репозиції та металоостеосинтезу досягти жорсткості та стабільності відламків за рахунок щільної їх структури. При трансцервікальних, а особливо при базальних переломах шийки стегнової кістки, виконати операцію за способом-прототипом неможливо у зв'язку з відсутністю дистального фрагменту кукси шийки з кортикальною, тобто щільною кістковою тканиною. В такому випадку (за способом-прототипом) з метою переводу кута лінії перелому із нестабільної (70° і більше) в стабільну зону (50° і менше) треба робити резекцію кісткового клину в міжвертельній зоні стегнової кістки, що призводить до того, що після репозиції та металоостеосинтезу фрагментів

(19) UA (11) 36870 (13) A

осьове зусилля передається на спонгіозну частину кісткової тканини. А це обов'язково значно зменшує жорсткість фіксації за рахунок відсутності щільності кісткової тканини в міжвертельній зоні стегнової кістки.

Крім того, треба зауважити, що при резекції кісткової тканини в міжвертельній зоні значно збільшується кровотеча, оскільки спонгіозна кісткова тканина цієї ділянки стегнової кістки дуже добре кровопостачається.

В основу винаходу поставлено задачу розробити спосіб хірургічного лікування нестабільних трансцервікальних та базальних переломів шийки стегнової кістки, який дозволить стабільно зафіксувати у біомеханічно вигідній позиції уламки при зменшенні травматичності за рахунок переводу площини лінії перелому із вертикальної (нестабільної) в горизонтальну (стабільну) зону.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб хірургічного лікування нестабільних трансцервікальних та базальних переломів шийки стегнової кістки, який включає збивання міжвертельного гребеня, розтин капсули суглоба, видалення внутрішньосуглобової гематоми, вилучення інтерпозиції, паракапсулярне введення розчину спазмолітиків 1,0-2,0 мл, резекцію кукси шийки, металоостеосинтез, кісткову аутопластику міжвертельним гребенем на судинно-м'язовій ніжці лінії перелому шийки та голівці стегнової кістки, введення глюкаміну, згідно з винаходом, вилучають верхній полюс проксимального фрагменту кукси шийки основою вверх розміром 0,5-1 см.

Вилучення верхнього полюса кукси шийки при нестабільних трансцервікальних та базальних переломах шийки стегнової кістки дозволяє перевести нестабільний перелом в стабільний, забезпечує жорстку фіксацію щільних кортикальних кісткових фрагментів на весь період лікування, що дозволяє зростити перелом та запобігти розвитку аваскулярних ускладнень у голівці стегнової кістки. Вилучення верхнього полюсу проксимального фрагменту кукси шийки основою вверх до 0,5-1 см, крім переводу лінії перелому у більш стабільну зону, переводить також і голівку стегна у вальгусне положення. А це у біомеханічному плані дуже вигідно для зрощення перелому шийки при осьовому навантаженні. Вальгусне положення голівки також компенсує укорочення кінцівки на 0,5-1 см після резекції верхнього полюсу кукси шийки. Оптимізація остеорепації перелому шийки та запобігання розвитку аваскулярних порушень голівці стегнової кістки відбувається за рахунок пересадки невеликого кісткового аутотрансплантату у зону перелома (міжвертельний гребень на м'язовій ніжці). Треба підкреслити і те, що за рахунок стабільної внутрішньої фіксації додаткова зовнішня іммобілізація оперованої кінцівки відсутня. А це дозволяє активізувати хворих відразу після операції, значно зменшити реабілітаційний період. Схема операції представлена на фіг. 1, де 1 - міжвертельний гребень, 2 - видалення проксимального фрагменту (клин) кукси шийки стегнової кістки.

Спосіб реалізують так: виконують задній доступ до кульшового суглоба зі збиванням міжвертельного гребеня на м'язовій ніжці. Розтинають капсулу суглоба, видаляють внутрішньосуглобову гематому, вилучають інтерпозицію між відламка-

ми, паракапсулярно вводять розчин спазмолітиків 1,0-2,0 мл. Долотом збивають верхній полюс проксимального фрагменту кукси шийки по лінії перелому з вилученням кісткового клину основою вверх розміром 0,5-1,0 см. Після репозиції проводять металоостеосинтез відламків шийки стегнової кістки. Додатково міжвертельний гребень 1 як невеликий кістковий аутотрансплантат на судинно-м'язовій ніжці фіксують по лінії перелому шийки для оптимізації остеорепації. Рану дренують та зашивають наглухо. Додаткова зовнішня іммобілізація відсутня. В післяопераційному періоді протягом перших 3-х тижнів після операції внутрішньосуглобово вводять глюкамін по 400 мг через 4-5 днів.

Клінічний приклад № 1.

Хворий К., 19 років, № історії хвороби 55488, поступив в Харківський інститут ортопедії та травматології ім. проф. М.І. Ситенка з діагнозом: закритий внутрішньосуглобовий базальний перелом шийки стегнової кістки зі зміщенням відламків, нестабільний перелом (за класифікацією - Pawles 3) (фіг. 2). Операція: задній доступ до суглоба зі збиванням міжвертельного гребеня, розтин капсули суглобу, евакуація внутрішньосуглобової гематоми, усування інтерпозиції, паракапсулярне введення 2 мл розчину спазмолітиків (платифілін), вилучення верхнього полюсу проксимального фрагменту кукси шийки основою вверх розміром 1 см. Відламки зіставлені, фіксовані метафізарними гвинтами. Додатково міжвертельний гребень на м'язовій ніжці укладено по довжині шийки з перекриттям зони перелому (фіг. 3). В післяопераційному періоді протягом перших 3-х тижнів після операції внутрішньосуглобово вводили глюкамін по 400 мг через 5 днів. Через 8 міс. після операції скарг немає. Ходить з повним навантаженням на оперовану кінцівку без додаткової опори, укорочення кінцівки немає, функція суглоба в повному обсязі. На рентгенограмі - зрощення перелому шийки, дистрофічних процесів у голівці немає (фіг. 4).

Клінічний приклад № 2.

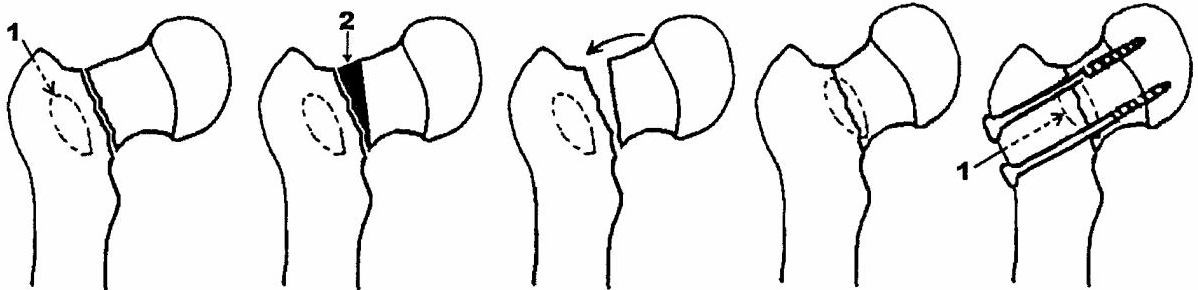
Хворий Д., 20 років, № історії хвороби 57003, поступив в Харківський інститут ортопедії та травматології ім. проф. М.І. Ситенка з діагнозом: закритий внутрішньосуглобовий трансцервікальний перелом шийки стегнової кістки, нестабільний перелом (за класифікацією - Pawles 3) (фіг. 5). Проведена операція за пропонуваною методикою: задній доступ до суглобу зі збиванням міжвертельного гребеня, розтин капсули суглобу, евакуація внутрішньосуглобової гематоми, усування інтерпозиції, паракапсулярне введення 2 мл розчину спазмолітиків (платифілін), вилучення верхнього полюсу проксимального фрагменту кукси шийки основою вверх розміром 1 см. Відламки зіставлені, фіксовані метафізарними гвинтами. Додатково міжвертельний гребень на м'язовій ніжці укладено по довжині шийки з перекриттям зони перелому (фіг. 6). В після операційному періоді протягом перших 3-х тижнів після операції внутрішньосуглобово вводили глюкамін на 400 мг через 5 днів. Через один рік після операції скарг немає. Ходить з повним навантаженням на оперовану кінцівку без додаткової опори, укорочення кінцівки немає, функція суглоба в повному обсязі. На рентгеног-

рамі (через рік після операції) - зрощення перелому шийки (фіг. 7).

Джерело інформації.

1. Патент 24773 України, МІЖ 6 А 61 В 17/56,
Спосіб хірургічного лікування нестабільних внутрі-

суглобових переломів шийки стегнової кістки /
О.В. Ролік, Смаді Нізар. -№ 97073793; Заявлено
16.12.97.



Фіг. 1



Фіг 2

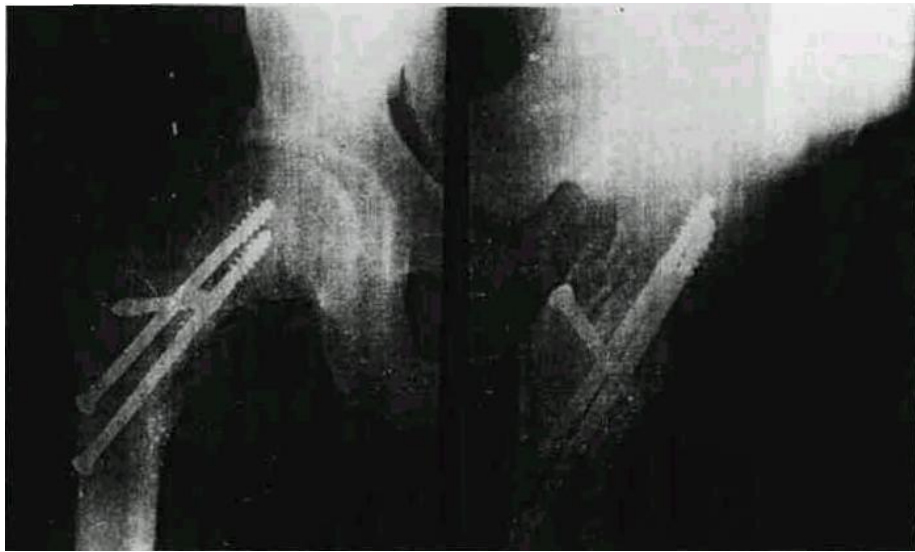


Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Фіг. 7

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
