



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **434**

(51)) **МПК(2006) А 61 В**
17/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 1100570

(22) 15.03.2011

(46) Бюл.62 (2), 2011

(71) Пиров Р.Р. (ТJ).

(72) Пиров Р.Р. (ТJ); Урунбаев Д.У. (ТJ); Курбанова Р.Т. (ТJ).

(73) Пиров Р.Р. (ТJ); Урунбаев Д.У. (ТJ); Курбанова Р.Т. (ТJ).

(54) **СПОСОБ СУБКАПСУЛЯРНОЙ АУТО-ПЛАСТИКИ КРЫШИ ВПАДИНЫ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА У ДЕТЕЙ**

(56) 1. LBone Joint Surg, 1961, №3, p.518-539

2. Вестник хирургии-1981.-Т.127, №9.с.99-103

3. LBone Joint Surg, 1990. №1, p.65-86

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к ортопедии и может быть применено при лечении врожденного вывиха бедра.

Способ предусматривает выполнение остеотомии с резекцией дистального отломка бедра по высоте вывиха и крестообразное рассечение капсулы сустава в передне- нижнем отделе шейки и головки бедра, связку которой отсекают. Далее,

2

освобождают впадину от жировой клетчатки и избыточных тканей. Затем рассекают поперечную связку, вертикально рассекают лимбус в области крыши до У-образного хряща, который поднимают, выворачивают, капсулу сустава приподнимают и горизонтально рассекают. Отступая от дорожки соскальзывания головки бедра на 1-2см острым распатором формируют паз. Из подвертельной области резецируют аутотрансплантат и рассекают его на 2-3 части. Один конец выбранной части аутотрансплантата заостряют и забивают в подготовленный паз при помощи проводника на глубину 1-1,5см до стабильной фиксации, полулунную часть которого направляют в сторону вертлужной впадины с выступом над головкой бедра. Ауто-трансплантат полностью прикрывают капсулой и ушивают к лимбусу. Отломки бедра стабилизируют при помощи Г-образной пластинки и головку вправляют во впадину. В зависимости от дефицита прикрытия головки бедра используют до 3 ауто-трансплантатов с пазами.

Изобретение относится к медицине, а именно к ортопедии и может быть применено при лечении врожденного вывиха бедра.

Известны аналогичные реконструктивные операции в наацетабулярной зоне при лечении врожденного вывиха бедра у детей.

Известен метод лечения врожденного вывиха бедра путем остеотомии костей таза по Солтеру [1]. Сущность операции Солтера заключается в остеотомии подвздошной кости по безымянной линии с последующим наклоном впадины на головку бедра спереди, латерально, и вниз до полного ее перекрытия, или с дополнительной остеотомией лобковой кости по Поздникому. Однако эти операции связаны с риском повреждения сосудов и нервов, нарушают конфигурацию тазового кольца, деформируют вертлужную впадину, увеличивают внутрисуставное давление и вызывают асептический некроз головки бедра.

Известна ацетабулопластика по Тиханенкову-Мельникову - остеотомия наацетабулярной зоны с накатыванием ее на головку бедра с введением аутоотрансплантата в образовавшуюся щель [2].

Наиболее близким аналогом является способ неполной перикапсулярной остеотомии таза с введением в расщеп аутоотрансплантата на сосудистой ножке по Пембертону [3].

Перечисленные операции имеют ряд недостатков: ограничиваются возрастом, нарушается конгруэнтность впадины, сечение вблизи впадины приводит к дегенерации суставного хряща, понижение свода впадины способствует увеличению внутрисуставного давления.

Вместе с тем в практической - ортопедии не нашли должного отражения применяемые методы ацетабулопластики без остеотомии наацетабулярной зоны с созданием навеса над головкой бедра свободным аутоотрансплантатом, создающим увеличение объема вертлужной впадины и устойчивости головки бедра.

Целью изобретения является достаточное обеспечение перекрытия головки бедра, правильное распределение нагрузки на суставные поверхности тазобедренного сустава и предупреждение релюксации головки бедренной кости.

Способ поясняется фотографиями и рентгенограммами, где изображены на: Фиг. 1 - вывихнутая головка бедренной кости в тазобедренном суставе; Фиг. 2 - тазобедренный сустав (вид сбоку); Фиг. 3 - формирование паза в наацетабулярной зоне;

Фиг. 4 - пересадка аутоотрансплантата в сформированный паз; Фиг. 5 - покрытие аутоотрансплантата; Фиг. 6 - фиксация костных отломков пластинкой; Фиг. 7 - резецированный аутоотрансплантат.

Способ осуществляется следующим образом.

Передне-боковым доступом длиной 12 см послойно осуществляют подход к тазобедренному

суставу. Выполняют поперечную подвертельную остеотомию (Фиг. 1) с резекцией дистального отломка бедра соответственно высоте вывиха.

Из транссоссального доступа производят крестообразное рассечение капсулы сустава в передне-нижнем отделе шейки и головки бедра. После выведения головки бедра в рану отсекают связку у головки, производят освобождение впадины от жировой клетчатки, избыточных тканей и рассечение поперечной связки. Производят вертикальное рассечение лимбуса в области крыши не доходя до V-образного хряща. После поднятия и выворачивания лимбуса полость вертлужной впадины увеличивается. Затем капсулу сустава приподнимают и производят горизонтальное ее рассечение (Фиг. 2). Определяют дорожку соскальзывания головки бедра и отступив от нее на 1-2 см при помощи острого распатора шириной 1-1,5 см формируют 1-3 паза до внутреннего слоя кости (Фиг. 3). Затем резецируют из подвертельной области аутоотрансплантат и продольно рассекают его на 2-3 части (Фиг. 7). Один конец выбранной части аутоотрансплантата заостряют и забивают в подготовленный паз наацетабулярной зоны при помощи проводника на глубину 1-1,5 см, (Фиг. 4) до стабильной фиксации. Полулунная часть аутоотрансплантата направлена в сторону вертлужной впадины и выступает над головкой бедра, тем самым увеличивая объем впадины. С целью профилактики травмирования хряща головки бедра острым концом аутоотрансплантата последний полностью прикрывается капсулой (Фиг. 5) и ушивается к лимбу су 3-4 швами. В зависимости от дефицита прикрытия головки бедра используются от 1 до 3 аутоотрансплантатов. Отломки бедра стабилизируются при помощи Г-образной пластинки (Фиг. 6) и головка вправляется во впадину. При пассивной проверке определяется полный объем движения бедра и стабильность аутоотрансплантатов, операционную рану зашивают послойно, наглухо.

Способ позволяет создать большую углубленность впадины и устойчивость вправленной головки бедра.

После операции накладывали на 1,5-2 месяца полоторную тазобедренную гипсовую повязку. В последующем проводили восстановительное лечение с обязательным наложением манжеточного вытяжения за оперированную конечность. Через 3 месяца отмечалась выраженная перестройка введенного свободного костного трансплантата. К 6-7 месяцам отмечалось полное восстановление формы и структуры элементов сустава и значительный рост к крыше впадины за счет раздражения зоны роста. Тогда же разрешали ходьбу больному с опорой на оперированную конечность. Спустя 2 года после операции, во всех случаях достигнутая центрация головки бедренной кости во впадине сохранялась, крыша впадины была горизонтальной. Клинически боли не беспокоили,

исчезала хромота, симптом Тределенбурга был отрицательным, иногда отмечалось укорочение до 1,-1,5см (исходное укорочение - 4-5 см).

Рентгенологически достигнутая во время операции коррекция шеечно -диафизарного угла - 120-127° и степень покрытия головки бедра ее крышей сохранялась.

Пример 1. Больная С, 5 лет госпитализирована с диагнозом: врожденный вывих бедра слева. Произведена в плановом порядке операция с применением аутооттрансплантата, взятого из резецированного участка бедра, проведено открытое вправление вывиха бедра и фиксация костных отломков пластиной. Спустя 2 года ребенок ходит самостоятельно, не хромот. Головка бедра клинически и рентгенологически вправлена во впадину, переса-

женные аутооттрансплантаты хорошо прижились в надацетабулярной зоне.

Пример 2. Больной М., 8 лет. Диагноз: врожденный вывих обеих бедер тяжелой степени. Произведена операция на правом тазобедренном суставе: субкапсулярная ацетабулопластика, проведено открытое вправление вывиха бедра. Через 6 месяцев проведена аналогичная операция на левом тазобедренном суставе. Результаты обеих операций через 2 года удовлетворительны!

Таким образом, заявленный способ по сравнению с известными способами позволяет сохранить анатомию тазобедренного комплекса, незначительное раздражение ацетабулярной зоны ускоряет ее рост и формирование вертлужной впадины, что создает благополучные условия для движения и нагрузки на конечности.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

1. Способ субкапсулярной аутопластики крыши впадины при врожденном вывихе бедра у детей, включающий применение аутооттрансплантата, отличающийся тем, что передне-боковым доступом послойно осуществляют подход к тазобедренному суставу, выполняют поперечную подвертельную остеотомию с резекцией дистального отломка бедра по высоте вывиха, из трансоссального доступа крестообразно рассекают капсулу сустава в передне-нижнем отделе шейки и головки бедра, после выведения которой в рану отсекают ее связку, освобождают впадину от жировой клетчатки и избыточных тканей, рассекают поперечную связку, вертикально рассекают лимбус в области крыши не доходя до V-образного хряща, который поднимают и выворачивают, капсулу сустава приподнимают и горизонтально рассекают, определяют дорожку соскальзывания головки бедра и, отступив от нее на 1-2 см при

помощи острого распатора формируют паз до внутреннего слоя кости, из подвертельной области резецируют аутооттрансплантат и продольно рассекают его на 2-3 части, один конец выбранной части аутооттрансплантата заостряют и забивают в подготовленный паз надацетабулярной зоны при помощи проводника на глубину 1-1,5 см до стабильной фиксации, полулунную часть аутооттрансплантата направляют в сторону вертлужной впадины с выступом над головкой бедра и полностью прикрывают капсулой, ушивают к лимбусу, отломки бедра стабилизируют при помощи Г-образной пластинки, головку вправляют во впадину, при пассивной проверке определяют полный объем движения бедра и стабильность аутооттрансплантата, операционную рану зашивают послойно.

2. Способ по п. 1, отличающийся тем, что формируют до 3 пазов с использованием аналогичного количества аутооттрансплантатов.

Компьютерный набор: Назарова Дж.Д.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а.