



ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНТСТВО
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)
(51) A61B 17/00

(19) KG (11) 269 (13) C1

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к предварительному патенту Кыргызской Республики

(21) 970054.1

(22) 21.04.1997

(46) 30.12.1998, Бюл. №4, 1998

(71)(73) Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и
восстановительного лечения (KG)

(72) Капаров М.М. (KG)

(56) Гришин И.Г., Диваков М.Г. и др. Несвободная костная пластика в лечении
асептических некрозов головки бедренной кости// Травматология, ортопедия и протез. -
1986, №7. - С. 34-37

(54) Способ лечения асептических некрозов головки бедренной кости

(57) Изобретение относится к области медицины, а именно травматологии и ортопедии и
может быть использовано в лечении асептического некроза головки бедренной кости у
взрослых, а также болезни Пертеса у детей. С целью уменьшения травматичности способа
и улучшения кровоснабжения в трансплантате предлагается после удаления из дефекта
очага некроза заполнять полость аутооттрансплантатом на питающей сосудисто-мышечной
ножке, выкроенной из передне-наружной поверхности межвертельной области бедренной
кости с частичным захватом большого вертела вместе с частью прикрепляющихся мышц.
2 ил., 2 пр.

Изобретение относится к области медицины, а именно травматологии и ортопедии
и может быть использовано в лечении асептического некроза головки бедренной кости у
взрослых, а также болезни Пертеса у детей.

Известен способ лечения асептического некроза головки бедренной кости путем
удаления из дефекта в шейке бедренной кости некротизированных тканей и заполнения
его аутооттрансплантатом, выкроенным из гребня крыла подвздошной кости на широкой
питающей сосудисто-мышечной ножке из мышц, натягивающих широкую фасцию бедра
и части средней ягодичной мышцы вместе с восходящей ветвью латеральной огибающей
артерии бедра (И.Г. Гришин, М.Г. Диваков и др. Несвободная костная пластика в лечении
асептических некрозов головки бедренной кости//Травматология, ортопедия и протез.-
1986, №7. -С. - 34-37).

Однако недостатками способа являются травматичность из-за вовлечения крыла
подвздошной кости, мобилизация топкой восходящей ветви наружной огибающей
артерии бедра с сопровождающими двумя венами и постоянный контроль за ее

состоянием во время операции. Процесс переноса трансплантата сверху вниз к дефекту идет с перегибом сосудистых и мышечных тканей под углом 130° , что нарушает естественное кровоснабжение аутоотрансплантата.

Задача изобретения - разработать менее травматичный с улучшенным кровоснабжением в трансплантате способ лечения асептического некроза головки бедренной кости.

Это достигается тем, что после удаления из дефекта очагов некроза, его заполняют аутоотрансплантатом на питающей сосудисто-мышечной ножке, причем аутоотрансплантат выкраивают из передне-наружной поверхности межвертельной области бедренной кости с захватом нижней части большого вертела вместе с частью прикрепляющих мышц. Таким образом, из-за создания единой сосудистой сети всех структур тазобедренного сустава уменьшается травматичность и улучшается кровоснабжение в трансплантате.

На фиг. 1 представлена схема формирования трансплантата; На фиг. 2 - схема перемещения и мобилизации трансплантата.

Способ осуществляется следующим образом.

В положении больного на спине осуществляют доступ к тазобедренному суставу через дугообразный разрез, начинающийся на 3-4 см ниже от передне-верхней ости подвздошной кости к большому вертелу, далее вниз по наружной поверхности бедра. Доступ к шейке бедренной кости достигается отведением наружу мышцы, натягивающей широкую фасцию бедра и по проекции борозды прямой мышцы бедра и латеральной головки 4-х главой мышцы бедра. В субкапитальной области шейки бедренной кости желобоватым долотом образуют перфорационное отверстие, и ход в головку бедренной кости к очагу деструкции, через которые удаляют очаги некроза (фиг. 1). Готовят аутоотрансплантат путем выкраивания из передне-наружной поверхности межвертельной области с частичным захватом большого вертела. Трансплантат берут с частью прикрепленной к нему передней порцией средней ягодичной мышцы. После отсечения трансплантата от кости прикрепляющиеся к нему участки средней ягодичной мышцы мобилизуют по ходу волокон и дают возможность свободного переноса трансплантата к трепанационному отверстию в шейке бедренной кости. Трансплантат вводят в полость, выкроенный по размеру дефекта и плотно его закрывают (фиг. 2).

Пример 1. Больной Е., 39 лет, история болезни №909/37, диагноз: посттравматический асептический некроз головки (левой бедренной кости). На рентгенограмме головка левой бедренной кости уплощена, с неровными контурами. В верхне-наружном квадрате - плотный фрагмент размером 2.0x0.6 см, окруженный полосой остеолита. Выполнена операция: трепанация и некрэктомия головки левой бедренной кости, аутопластика на питающей мышечной ножке. На контрольном осмотре через 6 месяцев больной ходит самостоятельно, болей нет, на рентгенограмме аутоотрансплантат перестраивается, имеется тенденция к восстановлению головки бедренной кости.

Этот способ применен также к детям при болезни Пертеса.

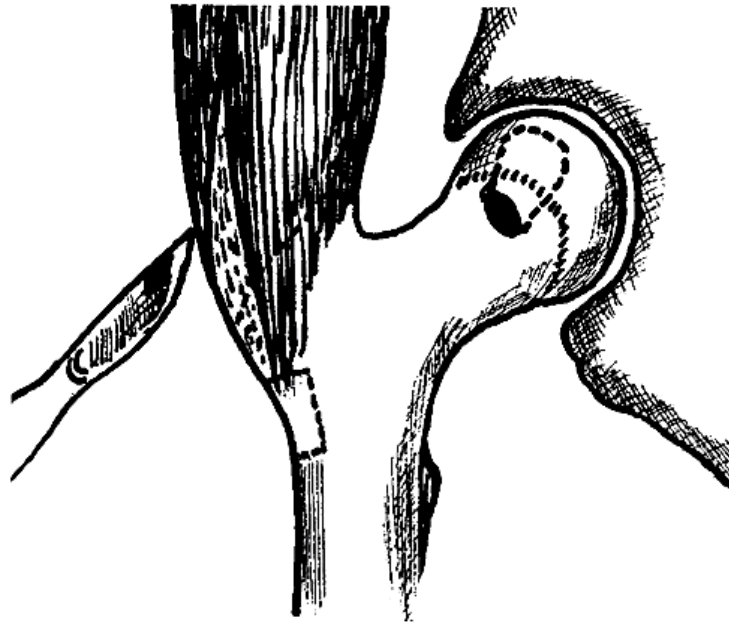
Пример 2. Больной Ш., 9 лет, история болезни №909/25, диагноз: болезнь Пертеса, слева, II стадия. Сделана рентгенограмма тазобедренных суставов в прямой проекции и левый тазобедренный сустав по Лаунштейну. Произведена операция: трепанация и некрэктомия головки левой бедренной кости с аутопластикой на сосудисто-мышечной ножке. Послеоперационный период протекал гладко. Больной активизирован с помощью костылей на 9 сутки после операции. При контрольном осмотре через 3 месяца больной ходит с помощью костылей, слегка нагружая левую нижнюю конечность согласно рекомендации врача. На рентгенограмме таза в прямой проекции прогрессирования болезни нет, идет перестройка костной ткани головки бедренной кости. На контрольном осмотре через 1 год - полное восстановление головки левой бедренной кости. Жалоб нет.

При этом сосудисто-мышечная ножка без перегибов меняет свое направление, не нарушая кровоснабжения и питания трансплантата. Специального выделения и мобилизации питающих сосудов не требуется.

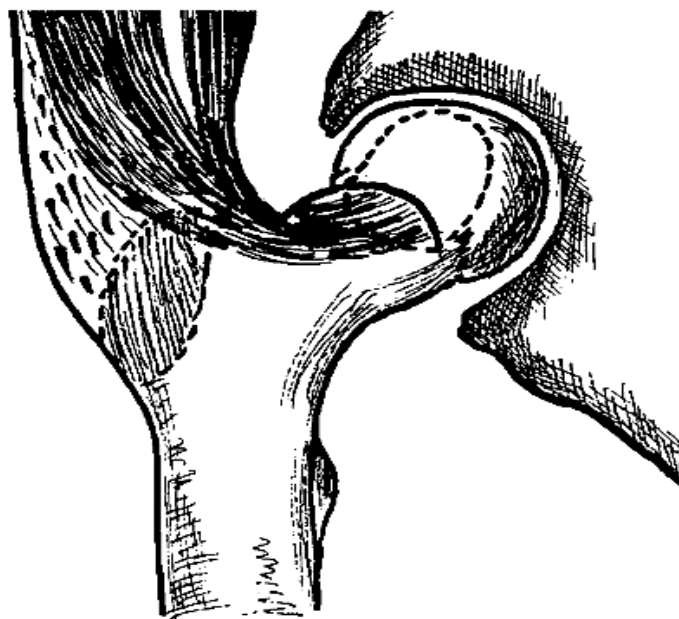
Таким образом, исключается травмирование тонкой восходящей ветви наружной огибающей артерии бедра, что сохраняет полноценное кровоснабжение аутотрансплантата на сосудисто-мышечной ножке.

Формула изобретения

Способ лечения асептических некрозов головки бедренной кости путем удаления из дефекта очагов некроза и заполнения его полости аутотрансплантатом на питающей сосудисто-мышечной ножке, отличающийся тем, что аутотрансплантат выкраивают из передне-наружной поверхности межвертельной области бедренной кости с частичным захватом большого вертела вместе с частью прикрепляющихся мышц.



Фиг. 1



Фиг. 2

Составитель описания	Кожомкулова Г.А.
Ответственный за выпуск	Арипов С.К.

Кыргызпатент, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41, факс: (312) 68 17 03