



СОЮЗ СОВЕТСКИХ  
СОЦИАЛИСТИЧЕСКИХ  
РЕСПУБЛИК

(19) SU (11) 1616632 A1

(51)5 A 61 B 17/56

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ  
ПО ИЗОБРЕТЕНИЯМ И ОТКРЫТИЯМ  
ПРИ ГКНТ СССР

# ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

## К АВТОРСКОМУ СВИДЕТЕЛЬСТВУ

1

- (21) 4276660/30-14  
(22) 23.04.87  
(46) 30.12.90. Бюл. № 48  
(71) Ленинградский научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И.Турнера  
(72) В.Л.Андрианов, Е.С.Тихоненков и Ю.А.Веселовский  
(53) 617-089.844 (088.8) :  
(56) Крисюк А.Л. Место артропластики в хирургическом лечении юношеского коксартроза. Артропластика крупных суставов. М.: 1974, с. 77 - 80.

2

- (54) СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ СЕДЛОВИДНОЙ ЕЕ ДЕФОРМАЦИИ  
(57) Изобретение относится к медицине, а именно к травматологии и ортопедии в лечении асептического некроза головки бедренной кости. С целью обеспечения движений за счет сохранения целостности хряща, формируют из подвертельной области канал до субхондральной зоны под деформацией, удаляют часть субхондральной ткани, вдавливают хрящевой покров через капсулу сустава, фиксируют бедро в отведении и внутренней ротации.

Изобретение относится к медицине, а именно к ортопедии и травматологии.

Цель изобретения - обеспечение движений за счет сохранения целостности хряща.

Способ осуществляют следующим образом.

После рассечения мягких тканей выделяют и отсекают от бедренной кости большой вертел вместе с прикрепляющимися к нему ягодичными мышцами и отводят вверх. Выделяют спереди, снаружи и сзади капсулу сустава и через нее прощупыванием определяют размеры и локализацию деформированных участков головки бедра. Производят продольную трепанацию (сверлом, желобоватыми долотами, ложками Фолькмана, Корнева) шейки бедренной кости по направлению выявленной деформации головки. Через образованный трепанационный канал ложками Фолькмана из-под хрящевого слоя головки выскабливают губ-

чатую костную ткань, составляющую основу деформации. При этом постоянным надавливанием пальцами на выступающие отделы головки хирург осуществляет противоупор ложке Фолькмана и контролирует толщину тканей между рабочей (режущей) частью инструмента и наружным краем деформированного участка головки. Ощутимое пальцем хирурга продавливание хрящевого покрова головки служит сигналом к прекращению выскабливания губчатой ткани наружных отделов участка деформации. Количество подлежащей выскабливанию губчатой ткани внутренних отделов участка деформации головки определяют пробными проминаниями пальцем хирурга покровного хрящевого слоя. Оно является достаточным при принятии головкой округлой формы в ответ на сминание пальцем хрящевого слоя. После этого отсеченный от бедренной кости большой вертел укладывают на прежнее место и фиксируют к кости винтом или капроновыми нитями. Рану послой-

(19) SU (11) 1616632 A1

но ушивают наглухо. Бедро отводят, ротируют кнутри и фиксируют в этом положении гипсовой повязкой на срок 6 недель. По истечении 6 недель делают контрольный рентгеновский снимок, снимают гипсовую повязку и приступают к восстановительному лечению (ЛФК, массаж, лечебное плавание, электрофорез, тепловые процедуры, ходьба на костылях). Функция сустава восстанавливается через 1 – 2 мес. после начала восстановительного лечения. Через 3 – 4 мес. после операции больному разрешается нагрузка на ногу без костылей.

**П р и м е р 1.** Больной К. поступил в Ленинградский НИИ им. Г.И.Турнера 21.03.85 г. Диагноз: болезнь Пертеса слева IV–V стадии, седловидная деформация головки бедра. При поступлении жалобы на хромоту на левую ногу, ограничение движений в левом тазобедренном суставе. Болен в течение 1,5 лет. Неоднократно лечился консервативно в специализированных детских санаториях. Клинически: левая нижняя конечность короче правой на 1 см. Выраженная гипотрофия мышц левого бедра и голени. Ограничение отведения и внутренней ротации левого бедра до угла 20 – 25°. Остальные движения в левом тазобедренном суставе в полном объеме. На рентгенограмме левого тазобедренного сустава отмечается седловидная деформация головки бедренной кости. На операции произведен полуциркулярный разрез кожи и подкожной клетчатки в области большого вертела левого бедра. Рассечена широкая фасция. Выделен большой вертел бедренной кости, от которого с помощью остеотома отсечен апофиз в виде тонкой кортикальной пластинки вместе с прикрепляющимися к нему ягодичными мышцами. Апофиз вместе с мышцами отведен кверху, что позволило осуществить доступ к передне-наружно-задним отделам капсулы тазобедренного сустава. Через капсулу сустава ощупыванием определены размеры и форма измененных участков головки бедра. Деформированная часть головки бедренной кости в виде плотного опухолевидного образования, выступающего из-под края крыши впадины сустава, располагалась по передне-наружной поверхности головки и имела размеры 3 x 2 x 1 см. С помощью электродрели и сверла диаметром 10 мм осуществлен внесуставной доступ к деформированной части головки бедра путем продольной трепанации шейки со стороны большого вертела. В образованный тоннель введена ложка Фолькмана, а затем кюрета, с помощью которых из-под хрящевого слоя губчатая костная

ткань, составляющая основу деформации до ощутимого пальцем хирурга прогибания хрящевого слоя головки при надавливании на нее. Головке бедра придана округлая форма путем сминания пальцевым давлением через капсулу сустава выступающих участков покровного хряща. Устранение седловидной деформации головки позволило уже на операционном столе отвести бедро до угла 45°. Апофиз большого вертела уложен на прежнее место и фиксирован к бедренной кости лавсановыми лигатурами. Операционная рана ушита наглухо. Наложена асептическая повязка. Нижние конечности фиксированы в положении отведения до угла 45° и внутренней ротации с помощью гипсовых туторов, наложенных на область коленных суставов, и распорки. Произведен рентгенконтроль. Послеоперационное течение гладкое. Швы сняты на 12-ые сутки. Заживление раны первичным натяжением. Через 10 дней после операции больному разрешено сидеть, назначено восстановительное лечение. Фиксация гипсовыми туторами осуществлялась в течение 4 недель, после чего была прекращена, больному разрешено ходить с помощью костылей, дозированно нагружая оперированную конечность. Через 1,5 мес. после операции больной выписан домой. Рекомендовано продолжать восстановительное лечение в амбулаторных условиях. При контрольном осмотре через 1 год после операции жалоб не предъявлено. Ходит не хромота. Симптом Тренделенбурга с обеих сторон отрицателен. Движения в левом тазобедренном суставе в полном объеме. На рентгенограмме тазобедренного сустава головка левого бедра – округлой формы, центрирована по отношению ко впадине сустава, степень костного покрытия – I. Результаты осмотра позволили оценить анатомические и функциональные результаты как хорошие.

#### Ф о р м у л а и з о б р е т е н и я

Способ лечения асептического некроза головки бедренной кости при седловидной деформации ее путем удаления части тканей головки бедра, восстановления формы с последующей разработкой движений, отличающийся тем, что, с целью обеспечения движений за счет сохранения целостности хряща, формируют из подвертельной области канал до субхондральной зоны под деформацией, вдавливают хрящевой покров через капсулу сустава, фиксируют бедро в отведении и внутренней ротации.