

**ОПИСАНИЕ  
ИЗОБРЕТЕНИЯ  
К ПАТЕНТУ**

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР  
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ  
СОБСТВЕННОСТИ

(19) **ВУ** (11) **16248**

(13) **С1**

(46) **2012.08.30**

(51) МПК

**A 61B 17/56** (2006.01)

(54)

**СПОСОБ ВАЛЬГИЗИРУЮЩЕЙ МЕЖВЕРТЕЛЬНОЙ  
ОСТЕОТОМИИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ**

(21) Номер заявки: а 20100432

(22) 2010.03.19

(43) 2011.10.30

(71) Заявитель: Учреждение образования  
"Гродненский государственный ме-  
дицинский университет" (ВУ)

(72) Авторы: Карев Дмитрий Борисович;  
Болтрукевич Станислав Иванович;  
Горбачев Александр Евгеньевич  
(ВУ)

(73) Патентообладатель: Учреждение обра-  
зования "Гродненский государствен-  
ный медицинский университет" (ВУ)

(56) КАРЕВ Д.Б. и др. Переломы прокси-  
мального отдела бедренной кости. -  
Гродно: ГрГУ им.Я.Купалы, 2009. -  
С. 63-66.

(57)

Способ вальгизирующей межвертельной остеотомии бедренной кости, при котором формируют в проксимальном фрагменте по наружной поверхности прямоугольный шип, в дистальном - соответствующий прямоугольный паз, перемещают шип в костномозговой канал по пазу и фиксируют зону остеотомии ангулярной пластиной.



Фиг. 1

**ВУ 16248 С1 2012.08.30**

Изобретение относится к области медицины, а именно к ортопедии, может использоваться в лечении пациентов с нестабильными внутрисуставными переломами проксимального отдела бедренной кости, а также при неправильно консолидированных латеральных переломах, сопровождающихся варусной деформацией проксимального отдела бедренной кости.

Наиболее распространен способ корригирующей подвертельной остеотомии по Паувелс [1].

Данное оперативное вмешательство позволяет изменить статику тазобедренного сустава, создав силы компрессии в зоне перелома шейки бедренной кости, но оно травматично, так как требует скелетирования вертельной зоны бедренной кости и технически трудновыполнимо, поскольку после остеотомии мы сталкиваемся по существу с трехфрагментным переломом проксимального отдела бедренной кости.

Наиболее близким к предлагаемому способу является вальгизирующая шиловидная подвертельная остеотомия бедренной кости, являющаяся компонентом реконструктивного металлокостнопластического остеосинтеза (РМКО) [2]. Суть оперативного вмешательства следующая. В подвертельной области обнажается бедренная кость с циркулярной отслойкой надкостницы. Непосредственно под малый вертел вокруг кости подводится с помощью зажима Федорова пила Джигли и производится ее шиловидная остеотомия. Для этого медиальные  $2/3$  ее пересекаются в поперечной к ее оси плоскости, а наружная - косо книзу и кнаружи с формированием из наружного кортикального слоя проксимального фрагмента шипа длиной 1,5-2 см, заостренного к дистальному концу бедра. Полученный после остеотомии проксимальный фрагмент выводится в рану и истончается у основания шипа, после чего репозируются отломки путем отведения конечности и вальгизации проксимального вертельно-шеечно-головчатого комплекса так, чтобы шип погрузился в канал дистального отломка, а наkostная часть ангулярной пластины легла на наружную поверхность бедренной кости.

Данное оперативное вмешательство позволяет достичь оптимальных биомеханических условий в зоне перелома (при нестабильных его характеристиках), так как вальгизирующее перемещение проксимального отдела бедренной кости способствует перераспределению векторов нагрузки в зоне перелома в пользу компрессии между фрагментами; подвертельная остеотомия с вальгизацией позволяет сблизить точки прикрепления подвздошно-поясничной мышцы, тем самым нивелировать давление на головку бедренной кости.

Однако в процессе выполнения данного оперативного вмешательства в подвертельной области обнажают бедренную кость с циркулярной отслойкой надкостницы (источник питания кости и остеогенеза), сама остеотомия требует мобилизации малого вертела (травматизация мышц, которые к нему прикрепляются), могут возникать технические трудности в процессе погружения "шипа" центрального фрагмента в костномозговой канал периферического, так как не исключена возможность его ротационных смещений.

Задача изобретения - предложить менее травматичный и более простой в исполнении способ вальгизации проксимального отдела бедренной кости.

Поставленная задача решается путем выполнения вальгизирующей межвертельной остеотомии в лечении пациентов с нестабильными внутрисуставными переломами проксимального отдела бедренной кости, включающей формирование шипа в проксимальном фрагменте бедренной кости, при этом отличительным моментом является то, что остеотомию производят по межвертельной линии, не мобилизуя циркулярно дистальный фрагмент бедренной кости и область малого вертела, шип прямоугольной формы выпиливают по наружной поверхности, формируя в дистальном соответственно ему прямоугольный паз, по мере отведения ноги производят перемещение шипа проксимального отломка в костномозговой канал бедренной кости по пазу.

Способ осуществляют следующим образом. После репозиции перелома шейки бедренной кости (контроль с помощью рентгенаппарата с ЭОП), в вертельной области осу-

существляют линейный наружный доступ к бедренной кости. Отслодку надкостницы производят только по передне-наружной поверхности. Выполняют межвертельную остеотомию, формируя в проксимальном фрагменте по наружной поверхности прямоугольный "шип", а в дистальном соответственно прямоугольный "паз" (фиг. 1, 2). По мере отведения ноги производят перемещение шипа проксимального отломка в костномозговой канал бедренной кости по пазу. В результате происходит вальгизация проксимального отдела бедренной кости (фиг. 3). В процессе выполнения оперативного вмешательства фиксацию зоны остеотомии производят ангулярной пластиной АО, клинок которой вводят в шейку бедренной кости, диафизарную часть пластины фиксируют к бедренной кости шестью кортикальными винтами.

На фиг. 1 показана линия пересечения бедренной кости в прямой проекции.

На фиг. 2 показана конфигурация остеотомии в боковой проекции.

На фиг. 3 показано перемещение шипа проксимального отломка в костномозговой канал бедренной кости.

Предлагаемым способом прооперировано 12 больных. Результаты у всех пациентов оценены как положительные (хорошие и удовлетворительные).

Преимуществом предлагаемого способа является отсутствие необходимости в циркулярной мобилизации дистального фрагмента бедренной кости. Таким образом сохраняется надкостница по внутренней поверхности и малый вертел с мышцами. При перемещении шипа через паз дистального фрагмента исключаются также ротационные смещения, создается большая площадь соприкосновения отломков и, следовательно, условия для консолидации.

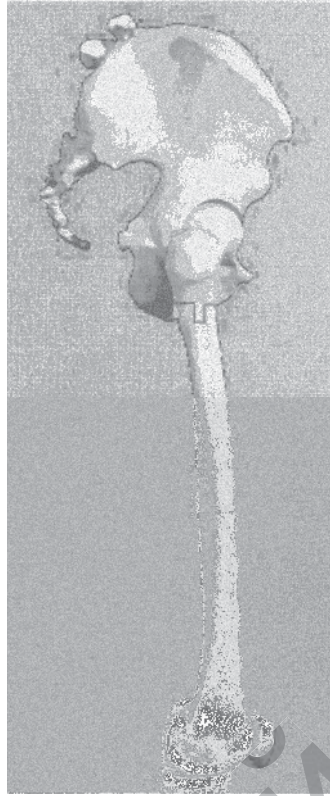
Кроме этого, вальгизирующее перемещение проксимального отдела бедренной кости способствует перераспределению векторов нагрузки в зоне перелома в пользу компрессии между фрагментами, а не взаимного скольжения, что имеет место при нестабильных переломах типа П-3, диагональных оскольчатых, а также при несросшихся переломах и ложных суставах, не сопровождающихся полным рассасыванием шейки и тотальным ранним асептическим некрозом головки, а конфигурация зоны остеотомии позволяет создать после перемещения большую площадь соприкосновения возникших после остеотомии фрагментов, что благоприятно влияет на консолидацию перелома, обеспечить стабильность, исключив ротационные смещения фрагментов при выполнении вмешательства.

Снижение травматичности вмешательства особенно ощутимо при неправильно консолидированных латеральных переломах, для которых характерна выраженная ретракция мышц и периостальная оссификация.

#### Источники информации:

1. Карев Д.Б., Болтрукевич С.И., Карев Б.А. Переломы проксимального отдела бедренной кости. - Гродно, 2009. - С.63-64.

2. Карев Д.Б., Болтрукевич С.И., Карев Б.А. Переломы проксимального отдела бедренной кости. - Гродно, 2009. - С.105-107.



Фиг. 2



Фиг. 3