



УКРАЇНА

(19) UA (11) 62162 (13) A

(51) 7 A61B17/56

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

(54) СПОСІБ ОСТЕОТОМІЇ ПРИ ПЛАСТИЦІ КІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ ДОВГИХ КІСТОК КІНЦІВОК ЗА ІЛІЗАРОВИМ

1

2

(21) 2002129724

(22) 05 12 2002

(24) 15 12 2003

(46) 15 12 2003, Бюл. № 12, 2003 р

(72) Рушай Анатолій Кирилович, Бодаченко Костянтин Анатолійович, Кривенко Серпій Миколайович, Чучварьов Роман Вячеславович

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб остеотомії при пластиці кісткових дефектів довгих кісток кінцівок за Ілізаровим, який включає виконання розрізу м'яких тканин довжиною до 1 см з наступною остеотомією передньої та бокових кортикальних стінок за допомогою прямого малого долота, задню кортикальну стінку перетинають за допомогою леватора

Винахід відноситься до медицини, зокрема травматології та хірургії, і може бути використаний при пластиці кісткових дефектів довгих кісток кінцівок за Ілізаровим.

Відомий спосіб остеотомії при пластиці кісткових дефектів довгих кісток кінцівок за Ілізаровим полягає у тому, що з розрізу до 5 сантиметрів скелетується кістка, під неї вводяться 2 леватори й за допомогою прямого малого долота виконують остеотомію переднього та бокових кортикальних стінок та задньої кортикальної пластинки. Такий спосіб остеотомії при пластиці кісткових дефектів довгих кісток кінцівок за Ілізаровим дозволяв досягнути прямого не скалкового перелому з якого виконувалося заміщення кісткового дефекту за Ілізаровим [1].

Недоліком цього способу є те, що у кістці, обробленій таким чином, частково порушується кровопостачання через накісницю, що порушує процеси росту та скріплення кісткового регенерату.

У якості прототипу був покладений "Спосіб остеотомії за Ілізаровим" [2].

Сутність його полягає у тому, що з розрізу до 1 сантиметру за допомогою прямого малого долота виконують остеотомію переднього та бокових кортикальних стінок, задню кортикальну стінку ламають шляхом повертання долота.

Недоліком його є те, що остеотомія пряма, не скалкова, з малою площею зламу.

В основу винаходу поставлена задача створення способу остеотомії при пластиці кісткових дефектів довгих кісток кінцівок за Ілізаровим для

зменшення кількості ускладнень, зумовлених неповноцінністю кісткового регенерату.

Спосіб здійснюється таким чином:

Робиться розріз м'яких тканин довжиною до 1 см з наступною остеотомією переднього та бокових кортикальних стінок, за допомогою прямого малого долота, який відрізняється тим, що задню кортикальну стінку тупо ламають за допомогою леватора.

Приклад 1

Хворий М. 53 років і. х. № 37343, прибув у клініку з приводу травматичного остеомієліту правої великогомілкової кістки. Первинне хворому була виконана операція - фістулсеквестрнекректомія правої великогомілкової кістки у с/з, фіксація правої великогомілкової кістки апаратом позасередкової фіксації (АПФ). На 7 день хворому виконана остеотомія правої великогомілкової кістки за методом Ілізарова. Через 4 доби хворий почав заміщати кістковий дефект за Ілізаровим. Післяопераційний період протекав без ускладнень. Дефект був заміщений. Виконана відкрита стиківка кісткових фрагментів. Перелом зрісся, регенерат окріп. АПФ знятий через 4 місяці.

Приклад 2

Хворий А. 23 років і. х. № 37410, прибув у клініку з приводу травматичного остеомієліту правої великогомілкової кістки. Первинне хворому була виконана операція - фістулсеквестрнекректомія правої великогомілкової кістки у н/з, фіксація правої великогомілкової кістки АПФ. На 7 день хворому виконана остеотомія правої великогомілкової

(13) A

(11) 62162

(19) UA

кісткизаявлюваним способом. Через 4 доби хворий почав заміщати кістковий дефект за Ілізаровим. Післяопераційний період протекав без ускладнень. Дефект був заміщений. Виконана відкрита стиковка кісткових фрагментів. Зараз у хворого відбувається зрощення перелому у місті стиковки та перестройка кісткового регенерату.

Приклад 3

Хвора С 17 років і х № 29278, прибула у клініку з приводу відкритого багато скалкового перелому нижньої третини лівої великогомілкової кістки, розчавлення м'яких тканин на протязі. Первинно хворому була виконана операція - адаптаційна резекція н/з лівої великогомілкової кістки, фіксація лівої гомілки АПФ. На 10 добу хворий виконана остеотомія лівої великогомілкової кістки у в/з. З 5 доби після операції хвора почала заміщення кісткового дефекту. Післяопераційний період протекав без ускладнень. Дефект був заміщений. Виконана стиковка кісткових фрагментів. Перелом у місті стиковки зрісся. Регенерат рентгенологічно та клінічно окріп. АПФ знятий через 4 місяці після стиковки кісткових фрагментів.

Приклад 4

Хворий Б 51 років і х № 34182, прибув у клініку відкритого багато-скалкового перелому в/з лівої великогомілкової кістки, розчавлення м'яких

тканин на протязі. Первинно хворому була виконана операція - адаптаційна резекція в/з лівої великогомілкової кістки, фіксація лівої гомілки АПФ. На 7 добу хворому виконана остеотомія лівої великогомілкової кістки у п/з. З 6 доби після операції хворий почав заміщення кісткового дефекту. Післяопераційний період протекав без ускладнень. Дефект був заміщений. Виконана стиковка кісткових фрагментів. Перелом у місті стиковки зрісся. Регенерат рентгенологічно та клінічно окріп. АПФ знятий через 4 місяці після стиковки кісткових фрагментів.

За названим способом прооперовано 36 хворих. Ефект у всіх хворих, після пластики кісткових дефектів, добрий, кісткові регенерати окріпли, трофічних порушень у зоні пластики не відмічено. Ускладнень не було. Запропонований спосіб легко виконується, не потребує спеціального додаткового обладнання.

Джерела інформації які були прийняті до уваги

1 Г.Д. Никитин, А.В. Рак, С.А. Линник и соавторы "Хирургическое лечение остеомиелита" - Русская графика - С - П - 2000 - 290 с.

2 В. Голяховский, В. Френкель "Руководство по чрескостному остеосинтезу методом Илизарова" - Невский диалект - С - П - 1999 - 280 с.