

Винахід відноситься до медицини, а саме до травматології і може бути застосований для хірургічного лікування діафізарних переломів трубчастих кісток.

Відомий інтрамедулярний фіксатор у вигляді прямого циліндричного стержня [1].

Недоліком відомого фіксатора є недостатня ефективність клінічного застосування, особливо при проведенні остеосинтезу в нижній або верхній третині трубчастої кістки, так як довжина фіксатора не завжди відповідає довжині кісткового каналу.

В основу винаходу поставлено завдання вдосконалити інтрамедулярний фіксатор, в якому шляхом введення в конструкцію додаткових елементів досягається підвищення стабільності остеосинтезу, а отже підвищення ефективності.

Поставлене технічне завдання вирішується тим, що у відомому інтрамедулярному фіксаторі у вигляді прямого циліндричного стержня у відповідності до винаходу один з кінців виконано з окремих співосних гвинтових вставок - сегментів.

Перелік фігур креслень: фіг.1 - інтрамедулярний фіксатор у зібраному робочому стані; фіг.2 - інтрамедулярний фіксатор у розібраному стані.

Інтрамедулярний фіксатор виконано у вигляді прямого циліндричного стержня 1, один з кінців складається з окремих гвинтових співосних вставок-сегментів 2, 3.

Інтрамедулярний фіксатор використовують наступним чином.

Після закритої або відкритої репозиції відламків інтрамедулярний фіксатор у зібраному вигляді вводять в кістковий канал з боку проксимального фрагмента в дистальний через трепанаційний отвір. Інтрамедулярний фіксатор вводять таким чином, щоб його сегментарний кінець виступав над кісткою на довжину одного сегмента. Далі співвідношення довжини інтрамедулярного фіксатора до довжини кісткового каналу уточнюють контрольною рентгенографією на операційному столі і при необхідності вносять корективи шляхом нарощування або вкорочення довжини інтрамедулярного фіксатора. Таким чином, збільшуючи або зменшуючи кількість вставок-сегментів, співвідношення довжини інтрамедулярного фіксатора до довжини кісткового каналу можна довести до оптимального, що в подальшому забезпечує стабільний остеосинтез.

Приклад. Хворий К., 42р. поступив на стаціонарне лікування з приводу закритого перелому лівого стегна із зміщенням уламків.

Під загальним знеболенням проведена операція - відкрита репозиція відламків, фіксація інтрамедулярним фіксатором. На контрольній рентгенограмі через 4 місяця - зрощення перелому. Ще через 2 місяці фіксатор видалено.

Таким чином, інтрамедулярний фіксатор з керованою довжиною забезпечує оптимальне співвідношення довжини фіксатора з довжиною кісткового каналу, що забезпечує стабільний остеосинтез, це сприяє оптимальному перебігу репаративних процесів в кістковій рані.

Джерела інформації, які слід взяти до уваги:

1. Юмашев Г.С. Травматология и ортопедия. М., 1977, стр.263, рис.262(в).

