



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **53841** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/56МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ**

1

2

(21) u201002391

(22) 03.03.2010

(24) 25.10.2010

(46) 25.10.2010, Бюл.№ 20, 2010 р.

(72) КАЛАШНІКОВ АНДРІЙ ВАЛЕРІЙОВИЧ, МА-
ЛИК ВІТАЛІЙ ДАНИЛОВІЧ, КАЛАШНІКОВ ОЛЕКС-
СІЙ ВАЛЕРІЙОВИЧ(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ТРАВ-
МАТОЛОГІЇ ТА ОРТОПЕДІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ
НАУК УКРАЇНИ"(57) Спосіб лікування переломів великогомілкової
кістки, який передбачає виконання інтрамедуляр-
ного остеосинтезу, який **відрізняється** тим, що
інтрамедулярний стрижень вводять медіальніше
горбистості великогомілкової кістки.

Корисна модель відноситься до галузі меди-
цини, зокрема може бути використана в ортопедії
та травматології під час виконання інтрамедуляр-
ного остеосинтезу переломів великогомілкової
кістки.

Лікування переломів великогомілкової кістки з
використанням інтрамедулярного стрижня перед-
бачає його введення у канал через певні точки. На
теперішній час використовуються способи введен-
ня стрижня через точку, яка знаходиться на 1см
вище горбистості великогомілкової кістки і прикри-
та власною зв'язкою наслідника. Методика пот-
ребує розсічення зв'язки або її відведення, що
подовжує тривалість оперативного втручання та
потребує іммобілізації кінцівки у післяопераційному
періоді. Крім того викликає різні післяопераційні
ускладнення.

Відомий спосіб лікування переломів великого-
мілкової кістки [1], який передбачає проведення
інтрамедулярного стрижня в інтрамедулярний ка-
нал. Точка введення стрижня знаходиться на 1см
вище горбистості великогомілкової кістки та прикри-
та власною зв'язкою наслідника. При операти-
вному доступі зв'язку розрізають подовжнім розрі-
зом, її краї відводять в обидва боки ретракторами.
Після виконання блокуючого інтрамедулярного
остеосинтезу, зв'язку зшивають, хворому накла-
дають тимчасову іммобілізацію протягом трьох тиж-
нів. Недоліком вищезгаданого способу є те, що він
передбачає втручання на зв'язці наслідника з її
розсіченням, що збільшує травматичність операції
та її тривалість, виникає необхідність залучення
додаткового асистента. Крім того при пошкоджен-
нях зв'язки наслідника виникає необхідність у
тимчасовій іммобілізації колінного суглоба, що за-

трудняє реабілітаційні заходи у післяопераційному
періоді. Все це може призвести до розвитку ранніх
та пізніх післяопераційних ускладнень.

Відомий спосіб лікування переломів великого-
мілкової кістки [2], взятий нами за прототип. Спосіб
передбачає проведення інтрамедулярного стриж-
ня в інтрамедулярний канал через точку, яка зна-
ходиться на 1см вище горбистості великогомілко-
вої кістки та прикрита власною зв'язкою
наслідника. При оперативному доступі зв'язку
відводять у бік за допомогою ретрактора. Недолі-
ком вищезгаданого способу є збільшують травма-
тичність операції, подовження її тривалості та не-
обхідність залучення додаткового асистента. Все
вище перераховане може призвести до розвитку
ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень.

В основу корисної моделі поставлена задача
удосконалення способу лікування переломів вели-
когомілкової кістки, який передбачає зміну точки
введення стрижня, що дозволяє зменшити трива-
лість та травматичність оперативного втручання,
попередити виникнення ускладнень та покращити
ефективність проведеного лікування.

Поставлена задача вирішується тим, що у
способі лікування переломів великогомілкової кіст-
ки, який передбачає виконання інтрамедулярного
остеосинтезу, згідно з корисною моделлю, інтра-
медулярний стрижень вводять медіальніше горби-
стості великогомілкової кістки.

Введення інтрамедулярного стрижня медіаль-
ніше горбистості великогомілкової кістки зменшує
тривалість оперативного втручання та його трав-
матичність, оскільки стрижень проводять медіаль-
ніше горбистості великогомілкової кістки поза вла-
сною зв'язкою наслідника.

(19) **UA** (11) **53841** (13) **U**

Спосіб лікування переломів великогомілкової кістки передбачає введення інтрамедулярного стрижня медіальніше горбистості великогомілкової кістки.

Спосіб лікування переломів великогомілкової кістки виконують наступним чином. Після проведення оперативного доступу, визначають точку введення інтрамедулярного стрижня, яка знаходиться медіальніше горбистості великогомілкової кістки. Через точку введення в інтрамедулярний канал великогомілкової кістки послідовно проводять гнучкі рімери. Після виконання репозиції відламків встановлюють інтрамедулярний стрижень відповідного розміру та блокують систему. Операцію закінчують за загальноприйнятими методиками.

Спосіб пояснюється ілюстративно. На Фіг. представлено схему введення інтрамедулярного стрижня у кістковомозковий канал великогомілкової кістки.

Прикладом використання способу є виконання інтрамедулярного остеосинтезу у хворої Л., іст. хв. №4603867/119, діагноз: закритий перелом середньої третини лівої великогомілкової кістки зі зміщенням відламків. Травму отримала у дорожньо-транспортній пригоді. Виконано інтрамедулярний блокуючий остеосинтез з точкою введення стриж-

ня на 1см медіальніше горбистості великогомілкової кістки. Репозицію відламків досягнуто без розсвердлювання кістковомозкового каналу. Хворій дозволено вісьове навантаження на кінцівку через 1,5міс. Спостереження через 3,5міс. після оперативного втручання - консолидація перелому, рухи у колінному та гомілковоступневому суглобах у повному обсязі.

Запропонований спосіб використаний при виконанні блокуючого інтрамедулярного остеосинтезу у 15 хворих з діафізарними переломами та 10 хворих із несправжніми суглобами великогомілкової кістки. Ускладнень після виконання інтрамедулярного блокуючого остеосинтезу з використанням способу введення інтрамедулярного стрижня при оперативному лікуванні переломів великогомілкової кістки не спостерігалось. Зменшення тривалості та малотравматичність оперативного втручання забезпечили добрі результати лікування у всіх прооперованих хворих.

Література, використана при експертизі.

1. Руководство по внутреннему остеосинтезу / Мюллер М. Е., Алльговер М., Шнейдер Р. [и др.]. - Springer-Verlag, Ad Marginem, 1996. - 750 с.

2. Гиршин С. Г. Клинические лекции по неотложной травматологии / С. Г. Гиршин. -М : Азбука, 2004. - 543 с.

