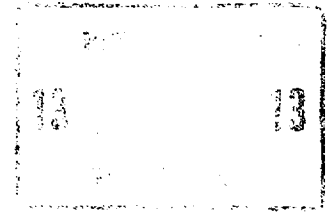




ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ СССР
ПО ДЕЛАМ ИЗОБРЕТЕНИЙ И ОТКРЫТИЙ

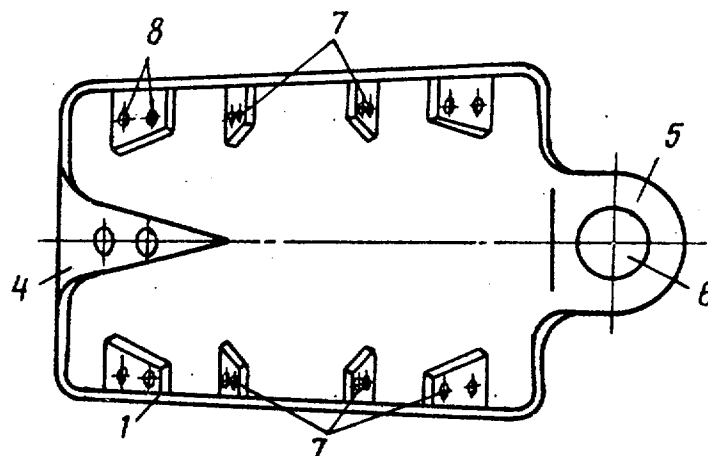
ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

К АВТОРСКОМУ СВИДЕТЕЛЬСТВУ



- (21) 3905470/28-14
- (22) 05.06.85
- (46) 23.11.86. Бюл. № 43
- (71) Днепропетровский ордена Трудового Красного Знамени медицинский институт
- (72) А.Е. Лоскутов
- (53) 615.57-089.28:617.58-089.28 (088.8)
- (56) Tomeno B., Cornic M. Que faut-il penser de l'arthroplastie de cheville - Revue de chirurgie orthopedique et reparatrice de l'appareil. Франция, 1981, т. 67, № 2, с. 141-145.
- (54) ЭНДОПРОТЕЗ ТАРАННОЙ КОСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА
- (57) Изобретение относится к медицинской технике, в частности к травматологии и ортопедии. Цель изобретения - снижение травматичности установки эндопротеза путем сохранения

внутренней боковой связки и предупреждение оссификации в боковых отделах сустава. Эндопротез используют следующим образом. После вскрытия сустава проводят экономную резекцию суставной поверхности и боковых отделов таранной кости. Стопу максимально подошвенно сгибают, раскрывают края раны и фланцем 4 внедряют эндопротез в задний отдел таранной кости. С помощью эластичной насадки ударами по пластине 1 вбивают ребра жесткости пластинки 7, бортов и фланца 5 с таранной костью. Через отверстие 6 фланец 5 крепится винтом к таранной кости. В послеоперационном периоде применяют гемостатики, местную гипотермию, проводят активный дренаж раны. Через 2,5-3 недели после операции снимают иммобилизацию, назначают лечебную физкультуру, массаж. 3 ил.



Фиг. 2

Изобретение относится к медицинской технике, а именно к травматологии и ортопедии.

Цель изобретения - снижение травматичности установки эндопротеза путем сохранения внутренней боковой связки и предупреждение оссификации в боковых отделах сустава.

На фиг. 1 изображен эндопротез таранной кости голеностопного сустава, продольный разрез; на фиг. 2 - то же, вид снизу; на фиг. 3 - то же, вид сбоку.

Эндопротез выполнен в виде изогнутой пластины 1 с бортами по дугообразным краям, причем один борт 2 выполнен сплошным, а другой борт 3 - с вырезом. Пластина 1 с одного конца снабжена заостренным фланцем 4, отогнутым внутрь пластины 1, а с другого конца имеет отогнутый кнаружи фланец 5 с отверстием 6 под винт. На пластине 1 и бортах 2 и 3 радиально расположены ребра жесткости в виде пластинок 7. Пластины 7 и фланец 4 имеют отверстия 8.

Эндопротез используют следующим образом.

В положении больного на спине под проводниковой или общей анестезией выполняют передний срединный доступ к голеностопному суставу длиной до 9 см. После вскрытия сустава производят экономную резекцию суставной поверхности и боковых отделов таранной кости, удаляют рубцовую ткань между лодыжками и таранной костью. Стопе придают положение максимального подошвенного сгибания, раскрывают края раны и фланцем 4 вводят эндопротез в задний отдел таранной кости, ориентируя его параллельно нижней суставной поверхности ее. С помощью эластичной насадки ударами по пластине 1 вбивают ребра жесткости (пластинки 7) до плотного контакта внутренней поверхности пластины 1, бортов 2 и 3 и фланца 5 с таранной костью, при этом борт 3 с вырезом размещается над местом прикрепления медиальной боковой связки. Через отверстие 6 фланец 5 крепится к таранной кости с помощью винта. Рану послойно ушивают наглухо до дренажа, накладывают заднюю гипсовую шину. В послеоперационном периоде в течение первых 2-3 суток применяют гемостатики, местную гипотермию, проводят активный дренаж

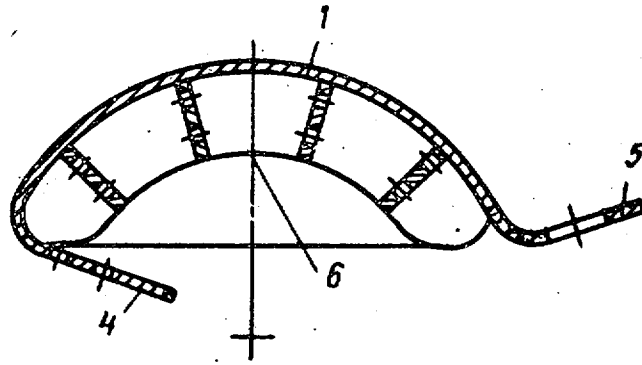
послеоперационной раны, который затем удаляют. Через 2,5-3 недели после операции снимают иммобилизацию и назначают дозированную лечебную физкультуру, массаж, электростимуляцию мышц бедра и голени. Нагрузку на оперированную конечность разрешают через 2,5-3 мес.

Применение в предлагаемом эндопротезе фланца и ребер жесткости (пластинок) обеспечивает не только прочность конструкции, но и упрощает процедуру его введения, снижает травматичность операции, так как нет необходимости в подготовке специального ложа в таранной кости, предупреждает зазоры в различных плоскостях в раннем послеоперационном периоде и обеспечивает достаточную жесткость крепления. В дальнейшем благодаря наличию отверстий в пластинках и фланце происходит прорастание костной ткани через них, что приводит к надежной связи эндопротеза и материнского ложа таранной кости.

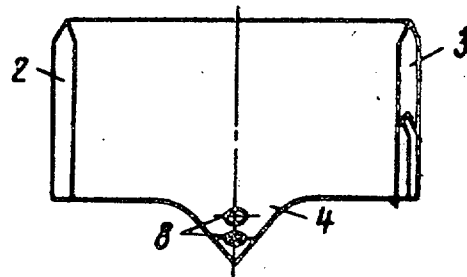
Наличие сплошного борта, обращенного в сторону малоберцовой кости, и борта с вырезом, обращенным в сторону медиальной лодыжки, позволяет предупредить оссификацию между лодыжками и таранной костью, достаточную свободу скольжения, минимальное трение в этих отделах голеностопного сустава и наряду с этим предупредить повреждение медиальной боковой связки, которая в силу анатомического строения крепится более проксимально, чем наружная.

Ф о р м у л а и з о б р е т е н и я

Эндопротез таранной кости голеностопного сустава, выполненный в виде дугообразно изогнутой пластины с ребром жесткости, отогнутого на одном конце фланца с отверстием под винт, отличающийся тем, что, с целью снижения травматичности установки эндопротеза путем сохранения внутренней боковой связки и предупреждения оссификации в боковых отделах сустава, пластина по дугообразным краям имеет один борт сплошной, а другой с вырезом и снабжена с другого конца заостренным фланцем, отогнутым внутрь пластины, а ребра жесткости выполнены в виде пластинок, радиально расположенных на бортах и пластине, причем заостренный фланец и пластинки имеют отверстия.



Фиг.1



Фиг.3

Редактор С. Пекарь Составитель Р. Коровяковская
 Техред А.Кравчук Корректор Л. Пилипенко

Заказ 6271/7 Тираж 660 Подписное

ВНИИПИ Государственного комитета СССР
 по делам изобретений и открытий
 113035, Москва, Ж-35, Раушская наб., д. 4/5

Производственно-полиграфическое предприятие, г. Ужгород, ул. Проектная, 4