«Фиксаторы проксимального отдела большеберцовой кости с блокированием винтов и интрамедуллярный блокируемый с монтажным инструментом» далее «Фиксаторы» предназначен для переломов проксимального отдела большеберцовой и кости и других локализаций.

Показания к применению включают:

1. Переломы проксимального отдела большеберцовой кости и других локализаций;
2. Асептические несращения и ложные суставы указанных локализаций.

Противопоказания к применению:

1. Тяжелые открытые переломы с инфицированием или нагноением мягких тканей;
2. Тяжелое общее состояние пациента;
3. Наличие у пациента общих противопоказаний к хирургическому лечению.

Предоперационное планирование:

При предоперационном планировании хирург должен:

1. определить тип перелома,
2. исключить возможные противопоказания к использованию данной технологии и
3. определить ориентировочные размеры имплантата.

Техника применения фиксатора при переломах проксимального отдела большеберцовой кости

Укладка пациента производится в положении лежа на спине. Оперируемая конечность укладывается на валик, обеспечивающий сгибание в коленном суставе на 30-40 градусов, либо со свободным свисанием голени и сгибанием в коленном суставе до 90-110 градусов.

В зависимости от решения хирурга выполняется открытая репозиция, либо малоинвазивный остеосинтез проксимального отдела большеберцовой кости.

Для открытой репозиции выполняется наружная парапателлярная артротомия (продольный разрез длиной около 10 см латеральнее надколенника). Наружный мениск прошивается на держалку и отводится проксимально. Выполняется осмотр суставной поверхности наружного мыщелка большеберцовой кости. При переломах с расколом

Регистрация МИ в Росздравнадзоре
www.nevacert.ru | info@nevacert.ru

выполняется репозиция наружного фрагмента. При переломах с расколом и импрессией суставная поверхность большеберцовой кости восстанавливается путем поднятия суставной поверхности долотом, подъемником или другим инструментом. Образующийся дефект метафизарной кости в зависимости от величины либо оставляется, либо заполняется костным трансплантатом.

После достижения адекватной репозиции костных фрагментов и временной фиксации их спицами выбирается имплантат необходимой длины и устанавливается по наружной поверхности проксимального отдела большеберцовой кости. При необходимости форма имплантата дополнительно адаптируется к форме кости конкретного пациента с помощью ключей для изгибания пластины (не входят в состав набора). Проксимальный ряд винтов пластины должен располагаться на уровне 1 см ниже уровня суставной щели.

При необходимости сначала через отверстия пластины могут проводиться стандартные кортикальные 4.5 мм или спонгиозные винты для прижатия пластины к кости и улучшения результатов репозиции. Затем осуществляют проведение блокирующихся винтов. Для этого в резьбовое отверстие пластины устанавливается направитель для сверления, обеспечивающий соосность формируемого отверстия в кости оси резьбы в отверстии пластины. Выбирается винт необходимой длины и устанавливается в подготовленное отверстие. При этом следует следить за тем, чтобы резьба винта погружалась в резьбовую часть отверстия пластины без повреждения последней. Следует избегать чрезмерных усилий при закручивании винта, так как это также может приводить к повреждению резьбы головки винты или отверстия пластины.

Количество необходимых для фиксации конкретного перелома винтов и их тип определяет оперирующий хирург. После достижения адекватной фиксации перелома рана обильно промывается, оставляется дренаж, выполняется послойный шов ран.

Послеоперационное лечение пациентов осуществляется согласно принятых стандартов.

Регистрация МИ в Росздравнадзоре
www.nevacert.ru | info@nevacert.ru