УТВЕРЖДАЮ
Директор НП ООО « Медбиотех»
_____В.М. Горбатский
«___» _____ 2011 г.

Инструкция

ФИКСАТОР ПЯТОЧНОЙ КОСТИ С БЛОКИРОВАНИЕМ ШУРУПОВ И МОНТАЖНЫМ ИНСТРУМЕНТОМ

ТУ BY 100070211.037-2011

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

Фиксатор накостный с блокированием шурупов для лечения внутрисуставных переломов пяточной кости предназначен для применения в травматологии и ортопедии, а именно для фиксации внутрисуставных переломов пяточной кости.

Показания к применению включают:

1. Закрытые и открытые 1 ст. внутрисуставные переломы пяточной кости со смещением.

Противопоказания к применению:

1. Раздробленные, многооскольчатые повреждения 4-го типа по Сандерсу.
2. Тяжёлое повреждение мягких тканей при закрытых переломах, открытые переломы 2-3 ст.
3. Сахарный диабет, облитерирующий атеросклероз, выраженный неврологический дефицит.
4. Возраст старше 60 лет.

Предоперационное планирование:

При предоперационном планировании хирург должен:

1. Определить тип перелома.
2. Исключить возможные противопоказания к использованию данной технологии.
3. Определить ориентировочные размеры имплантата.

Длина имплантата определяется примерно по антропометрическим данным (пол, рост пациента) и выбирается из 3-х имеющихся типоразмеров.

Укладка пациента – в положении на боку, повреждённая конечность сверху. Применяется пневматическая манжетка.

Выполняется наружный L (справа) или J-образный (слева) доступ к пяточной кости с формированием и отделением от пяточной кости

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

полнослойного лоскута, включающего сухожилия малоберцовых мышц, n. suralis, питающие лоскут артерии, пяточно-малоберцовую связку. С целью щадящего отношения к тканям лоскут удерживается в отведённом состоянии посредством 3-х изогнутых К-спиц, введённых в блок, головку таранной кости и в кубовидную кость.

После выполнения репозиции перелома и временной фиксации спицами определяется соответствие выбранного имплантата размерам пяточной кости пациента, с учётом того, что:

1. Передняя часть пластины должна располагаться на расстоянии 0,3-0,6 см от пяточно-кубовидного сустава во избежание проникновения шурупов в полость сустава;
2. При этом проксимальный ус пластины должен ложиться сразу перед вершиной угла Гиссана для прижатия переднего отростка;
3. Задняя часть пластины должна располагаться на расстоянии 0,6-1,2 см от пяточного бугра;
4. При этом верхняя косая часть пластины должна располагаться по возможности параллельно и на расстоянии 0,3-0,6 см от задней суставной фасетки;

Выполняется изгибание усов пластины и дополнительное моделирование (изгибание) пяточной пластины, в том числе и ротационное, согласно форме кости. При необходимости откусываются отдельные сегменты пластины с отверстиями. Как правило, если репозиция точная, то изгибать продольную ось пластины не нужно. После этого пластина временно фиксируется к кости спицами, выполняется ЭОП контроль. Затем через одно из отверстий (без резьбы) в центральной (прямой) части пластины формируется отверстие в кости сверлом 2,5 мм через ближний и дальний кортикальный слой, измеряется длина винта и пластина фиксируется (прижимается) к кости стандартным 3,5 или 4,0 шурупом. Допускается прижатие пластины к кости при помощи шила. Затем вводится стандартный притягивающий 3,5 или 4,0 мм шуруп через отверстие в пластине под задней

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

суставной фасеткой, для компрессии элементов суставной фасетки. После этого в отверстия с резьбой в области переднего отростка, тела пяточной кости и пяточного бугра согласно расположению костных отломков поочерёдно:

1. Вводится резьбовый направитель сверла 4,0 мм,
2. Производится формирование отверстия сверлом 2,8 мм через оба кортикальных слоя;
3. Измеряется длина шурупа;
4. Вводятся 3,5 шурупы, блокирующихся в отверстиях пластины строго по направлению резьбового направителя сверла и соответственно рассверленного отверстия для правильной центрации головки шурупа в отверстии пластины (2-3 – в передний отросток, 3 в пяточный бугор, 1-2 под суставной поверхностью, 1-2 в тело пяточной кости).

Следует избегать слишком больших усилий при затягивании винтов, блокирующихся в пластине (!!!)

Установите рядом с пластиной ваккум-дренаж, выполните послойный шов раны. Наложите гипсовую лонгету для профилактики эквинуса стопы.

Послеоперационное ведение

Лечение пациента в послеоперационном периоде осуществляется по общехирургическим принципам (применение антибиотикопрофилактики, перевязки, снятие швов через 14-16 дней после вмешательства). При отсутствии воспалительных изменений со стороны раны с 4-5 суток начинается щадящая ЛФК для голеностопного сустава, снимая лонгету. После вертикализации пациента осуществляется ходьба без нагрузки конечности массой тела. Иммобилизация в лонгете до 2-3 недель. В срок 2,5 месяца после операции выполняется Р-гр-контроль и пациент начинает постепенный переход к полной нагрузке конечности весом тела.

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