



(19) **RU** ⁽¹¹⁾ **2 201 166** ⁽¹³⁾ **C2**
(51) МПК⁷ **A 61 B 17/56**

РОССИЙСКОЕ АГЕНТСТВО
ПО ПАТЕНТАМ И ТОВАРНЫМ ЗНАКАМ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(21), (22) Заявка: 98119131/14, 21.10.1998

(24) Дата начала действия патента: 21.10.1998

(43) Дата публикации заявки: 20.08.2000

(46) Дата публикации: 27.03.2003

(56) Ссылки: МОВШОВИЧ И.А. Оперативная ортопедия. - М.: Медицина, 1994.
ОСТРОВЕРХОВ Г.Е. Курс оперативной хирургии. - М.: Медицина, 1964, с.362. Clin. Orthopaed. - 1986, 209, 224-226.

(98) Адрес для переписки:
367012, г.Махачкала, пл. Ленина, 1, ДГМА,
патентный отдел

(71) Заявитель:

Дагестанская государственная медицинская академия

(72) Изобретатель: Гусейнов А.Г.,
Гусейнов А.-К.Г.

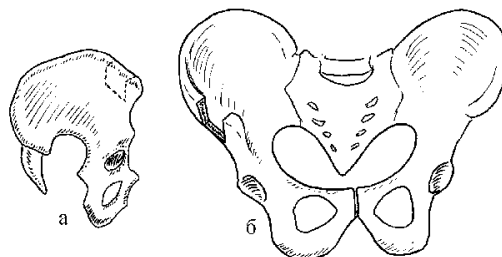
(73) Патентообладатель:

Дагестанская государственная медицинская академия

(54) СПОСОБ ОКОНЧАТОЙ ОСТЕОТОМИИ КРЫЛА ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ

(57)

Изобретение относится к медицине, а именно к травматологии, хирургии при взятии трансплантатов. Сущность: на углах предполагаемого трансплантата из крыла с сохранением непрерывности периметра гребня подвздошной кости просверливают отверстия, через которые проводят пилу Джигли, и последовательно выпиливают трансплантат со всех сторон, что снижает травматизацию тканей. 3 ил.



Фиг. 1



(19) **RU** ⁽¹¹⁾ **2 201 166** ⁽¹³⁾ **C2**
(51) Int. Cl.⁷ **A 61 B 17/56**

RUSSIAN AGENCY
FOR PATENTS AND TRADEMARKS

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**

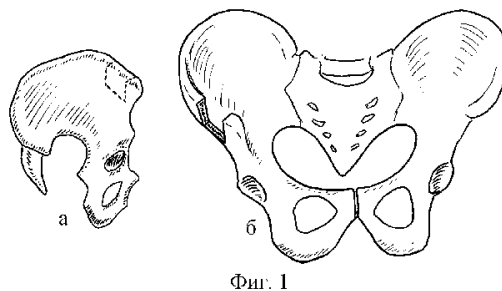
(21), (22) Application: 98119131/14 , 21.10.1998
(24) Effective date for property rights: 21.10.1998
(43) Application published: 20.08.2000
(46) Date of publication: 27.03.2003
(98) Mail address:
367012, g.Makhachkala, pl. Lenina, 1, DGMA,
patentnyj otdel

(71) Applicant:
Dagestanskaja gosudarstvennaja meditsinskaja
akademija
(72) Inventor: Gusejnov A.G.,
Gusejnov A.-K.G.
(73) Proprietor:
Dagestanskaja gosudarstvennaja meditsinskaja
akademija

(54) **METHOD FOR FENESTRATED ILIAC WING**

(57) Abstract:

FIELD: medicine, traumatology, surgery.
SUBSTANCE: at the angles of supposed
transplant out of the wing by keeping
continuity of iliac crest perimeter one
should perforate openings through which
Jigly's saw should be directed to gradually
treat the transplant from all sides. EFFECT:
decreased traumatization of tissues. 3 dwg



Изобретение относится к медицине, а именно к ортопедии и травматологии, т. е. к способам получения свободного кортикально-губчатого аутооттрансплантата.

Известно несколько аналогов получения кортикально-губчатых свободных аутооттрансплантатов с заместительной, опорной и стимулирующей остеопарацию целью при лечении больных с ложными суставами и костными дефектами /Пирогов К. И., 1853; Ollier, 1867; Руднев М.М., 1880; Радзимовский И.В., 1881; Лексер Э., 1933; Петров Н.Н., 1913; Корнев П.Г., 1927; Немилов А.А., 1940; Новаченко Н.П., 1946; Бойчев Б., 1958; Мовшович И.А., 1994/. Наиболее широко используемым костно-пластическим материалом являются свободные аутооттрансплантаты, взятые с гребня большеберцовой кости, большого вертела бедренной кости и крыла подвздошной кости. Общим недостатком известных способов получения костных аутооттрансплантатов является образование ступенчатых западений, искажающих контуры и нарушающих каркасность донорского участка; вероятность выхождения линии остеотомии за пределы намеченного с ослаблением механической прочности донорского участка вплоть до наступления вторичного перелома; необходимость зачистки аутооттрансплантатов от хрящевой ткани, препятствующей приживлению его к воспринимающему костному ложу.

В качестве прототипа взят способ получения свободного аутооттрансплантата с крыла подвздошной кости, преимуществами которого являются хорошая кровоснабжаемость /а значит, приживляемость к костному ложу/ спонгиозной ткани и возможность взятия большего ее количества с меньшей угрозой нарушения механической целостности и возникновения патологического перелома тазовой кости /Мовшович И. А., 1994/. Осуществляется способ-прототип следующим образом. По гребню подвздошной кости от ее передне-верхней ости делается разрез кожи и глублежащих мягких тканей длиной 12-14 см. Достигнув кости, скелетируют ее на нужном протяжении снаружи и снутри, освобождая от мягких тканей предназначенный для остеопластики донорский участок заданной формы и размеров. Затем намечают контуры последнего /фиг. 1, а/ и долотом осуществляют его резекцию /фиг. 1, б/. После взятия аутооттрансплантата мягкие ткани укладывают на свое место и послойно ушивают с оставлением, при необходимости, резинового дренажа.

Недостатками прототипа являются следующие:

1/ вероятность выхождения линии остеотомии за пределы намеченного с ослаблением механической прочности подвздошной кости вплоть до наступления вторичного перелома последней;

2/ необходимость в трудоемкой зачистке полученного трансплантата от хрящевой ткани, располагающейся по гребню подвздошной кости;

3/ функциональные неудобства при ношении одежды со стороны донорского участка, выражающиеся в давлении образованных костных краев от ступенчатых западений на мягкие ткани вплоть до развития

внутренних пролежней;

4/ противоречие требованиям косметики, выражающееся в образовании ступенчатого западения на донорском участке, четко определяемого визуально, особенно у женщин и худощавых субъектов.

Цель изобретения - уменьшение травматичности и длительности операции, повышение качества выполнения остеотомии с предупреждением вероятности образования косметически ущербного и функционально порочного ступенчатого западения на донорском участке с сохранением каркасности подвздошной кости.

Поставленная цель достигается тем, что взятие аутооттрансплантата выполняется путем окончатой остеотомии крыла подвздошной кости.

Изобретение осуществляется следующим образом. Производится типичный разрез кожи и скелетирование крыла подвздошной кости на заданном протяжении. Затем намечаются контуры предполагаемого трансплантата, на углах которого дрелью со сверлом, диаметром 0,2-0,5 см, просверливаются отверстия /фиг. 2, а/. Проволочная пила Джигли проводится в одно отверстие снаружи внутрь и выводится в обратном направлении через другое /соседнее/ отверстие /фиг. 2, б/. Таким образом трансплантат последовательно выпиливается со всех /обычно - четырех/ сторон и извлекается /фиг. 3/, мягкие ткани укладываются на свое место и послойно ушиваются.

Преимуществами предлагаемого способа получения свободного кортикально-губчатого аутооттрансплантата являются следующие:

1/ повышение качества выполнения остеотомии с исключением вероятности выхождения ее линии за пределы намеченного;

2/ устранение необходимости зачистки трансплантата от хрящевой ткани, имеющейся на гребне подвздошной кости и препятствующей приживлению аутооттрансплантата к костному ложу;

3/ сохранение каркасности крыла подвздошной кости;

4/ предупреждение как функционального неудобства, так и косметической ущербности со стороны донорского участка, связанных с образованием ступенчатого западения.

Примером получения кортикально-губчатого свободного аутооттрансплантата путем выполнения окончатой остеотомии крыла подвздошной кости служит следующее наблюдение.

Больной Р., 22 лет, поступил в плановом порядке в ортопедическое отделение РОТЦ /история болезни 3-609/ 11.08.97 с жалобами на периодические умеренные ноющие боли в области левой пятки, впервые появившиеся после травмы 3 недели назад и усиливающиеся при осевой нагрузке. Рентгенологически была выявлена солитарная киста тела пяточной кости размерами 5,0 x 3,5 см, по поводу чего 19.08.97 в плановом порядке выполнена операция: удаление солитарной кисты левой пяточной кости с аутопластикой дефекта.

Взятие трансплантата осуществлялось следующим образом. От передне-верхней ости левой подвздошной кости по гребню последней произведен линейный разрез кожи и подлежащих мягких тканей длиной 12 см.

Острым и тупым путем донорский участок подвздошной кости скелетирован с наружной и внутренней стороны. Намечены контуры предполагаемого трансплантата, на углах которого дрелью со сверлом, диаметром 0,3 см, просверлены 4 отверстия в теле подвздошной кости, 2 верхних из которых располагаются на 0,7-1,0 см ниже гребня последней. Через просверленные отверстия попарно снаружи внутрь и обратно проведена пила Джигли и осуществлена остеотомия со всех четырех сторон по периметру трансплантата. Таким образом получен аутоотрансплантат размерами 6,0 х 4,0 см. Остающийся на донорском участке окончательный дефект снутри и снаружи прикрыт надкостницей и мышцами с оставлением трубчатого дренажа, удаленного на вторые сутки после операции.

Полученный аутоотрансплантат расщеплен на 2 части и плотно внедрен в образовавшийся после резекции солитарной кисты пяточной кости дефект. Послеоперационный период протекал гладко. Обе раны зажили первичным натяжением.

Швы сняты на девятый день. Визуально контуры гребней подвздошной кости симметричны и неизменны.

Больной выписан 29.08.97 г.

5 Таким образом, предлагаемый способ взятия свободного кортикально-губчатого аутоотрансплантата с крыла подвздошной кости является надежным, выгодным и более оптимальным по сравнению с традиционным способом аутопластики, позволяет улучшить как непосредственные, так и отдаленные результаты лечения ортопедических больных, нуждающихся в свободной остеопластике, что позволяет рекомендовать его для широкого практического применения.

Формула изобретения:

15 Способ получения кортикально-губчатого аутоотрансплантата с сохранением непрерывности периметра гребня подвздошной кости, отличающийся тем, что производят окончательную остеотомию: на углах предлагаемого трансплантата просверливают отверстия, через которые проводят пилу Джигли и последовательно выпиливают трансплантат со всех сторон.

25

30

35

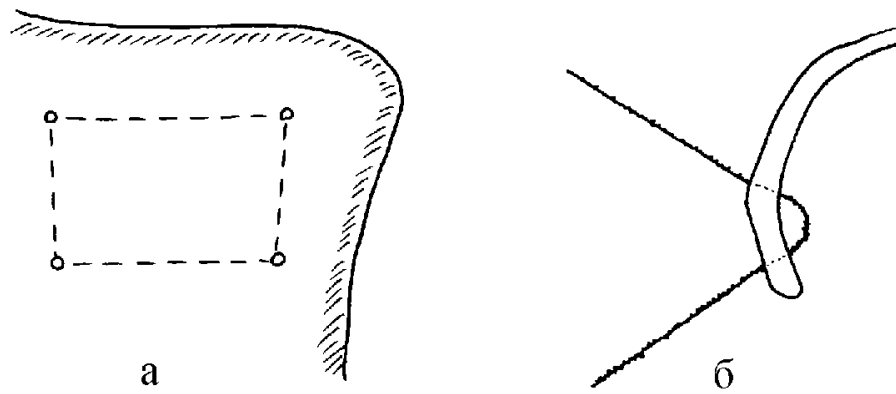
40

45

50

55

60



Фиг. 2

