



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **27921** (13) **U**  
(51) МПК (2006)  
**A61B 17/60**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**  
**ДО ПАТЕНТУ**  
**НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОПЕРЕЧНОЇ ПЛОСКОСТОПОСТІ ТА ВАЛЬГУСНОГО ВІДХИЛЕННЯ ПЕРШОГО ПАЛЬЦЯ СТОПИ ПО ДЕВ'ЯТОВУ-РУДЕНКУ**

1

2

(21) u200704653

(22) 26.04.2007

(24) 26.11.2007

(72) РУДЕНКО ІГОР АНАТОЛІЙОВИЧ, UA,  
РЕНЬОВ КОСТЯНТИН ВІКТОРОВИЧ, UA,  
РУДЕНКО РОМАН ІГОРОВИЧ, UA(73) РУДЕНКО ІГОР АНАТОЛІЙОВИЧ, UA,  
РЕНЬОВ КОСТЯНТИН ВІКТОРОВИЧ, UA,  
РУДЕНКО РОМАН ІГОРОВИЧ, UA

(56)

(57) 1. Спосіб хірургічного лікування поперечної плоскостопості та вальгусного відхилення першого пальця стопи, що включає видалення екзостозу голівки 1-ї плеснової кістки, клиноподібну остеотомію голівки 1-ї плеснової кістки з

урахуванням ступеня відхилення 1-го пальця, корекційного розвороту 1-го плесно-фалангового суглоба, переміщення сухожилка довгого розгинача 1-го пальця на внутрішню поверхню голівки 1-ї плеснової кістки та зведення голівок плеснових кісток, який **відрізняється** тим, що після цього проводять формування каналу-утримувача сухожилка з клаптя капсули суглоба.2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що додатково крізь 1-5 плеснові кістки на рівні субкапітальних відділів проводять дві спиці з опорними площадками з різних сторін, які фіксують в зовнішній опорі з відновленням поперечного склепіння та утворенням режиму взаємного тиску між голівками плеснових кісток.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме ортопедії, і може бути використана у хірургічній практиці для лікування поперечної плоскостопості та вальгусного відхилення 1-го пальця стопи.

Поперечна плоскостопість - одна з видів деформації стоп, обумовлена вродженою або набутою слабкістю зв'язкового апарату. Її проявом є розпластування переднього відділу стопи, яке в свою чергу призводить до перерозподілу навантаження на голівки плеснових кісток, вальгусному відхиленню 1-го пальця і варусному - 5-го, утворенню екзостоза голівки 1-ї плеснової кістки, появленню болючих змозоліlostей під голівками 2-4-ї і т.д. Вказані патологічні зміни консервативному лікуванню не підлягають з приводу його повної неефективності.

Відомі різні способи хірургічного лікування поперечної плоскостопості і вальгусного відхилення 1-го пальця стопи, що полягають або в коригуючій остеотомії 1-ї плеснової кістки, або в сухожилковій пластиці, або в відновленні міжкісткових зв'язок плеснових кісток сухожилковим чи синтетичним трансплантатом, або різні комбінації вказаних елементів [В.Ф. Трубников, «Заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата», Киев, «Здоров'я», 1984, с.141-143].

Однак стійка корекція деформації стопи при багатьох з них не досягається та в подальшому остання рецидивує, при інших - технології небезпечно серйозними ускладненнями, про що самі автори і попереджують.

Відомий спосіб лікування цієї патології (Г.С. Юмашев, «Травматология и ортопедия», М., Медицина, 1990, с. 566), що полягає у можливій комбінації наступних елементів втручання: остеотомії основи 1-ї плеснової кістки з введенням кісткового клина, переміщенні сухожилка довгого згинача 1-го пальця медіально та формуванні підшовної поперечної зв'язки. Однак, у разі виражених дегенеративно-дистрофічних змін в 1-му плесно-фаланговому суглобі в даному випадку вправлення проксимальної фаланги 1-го пальця здійснюється безпосередньо на зону дегенерації хряща. Методика не передбачає формування каналу-утримувача для сухожилка довгого згинача 1-го пальця, у зв'язку з чим він може змінити своє розташування в подальшому. Формування підшовної поперечної зв'язки лавсановою лентою (або нитками), обвитою навколо діафізів 1-ї та 5-ї плеснових кісток, небезпечно в подальшому патологічним зломом 5-ї плеснової кістки.

Задачею корисної моделі є підвищення ефективності способу хірургічного лікування поперечної плоскостопості та вальгусного

**UA** (19)  
**27921** (11)  
**U** (13)

відхилення 1-го пальця стопи шляхом відновлення анатомо-функціональних взаємовідносин між структурами переднього відділу стопи.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб хірургічного лікування поперечної плоскостопості та вальгусного відхилення 1-го пальця стопи містить в собі видалення екзостозу голівки 1-ї плеснової кістки, клиновидну остеотомію голівки з рахунком ступеня відхилення 1-го пальця, корекційного розвороту 1-го плесно-фалангового суглоба та переміщення сухожилка довгого розгинача 1-го пальця на тильно-внутрішню поверхню голівки 1-ї плеснової кістки з формуванням каналу-утримувача сухожилка з лоскута капсули. У важких випадках, коли цих заходів для повної ліквідації поперечної плоскостопості недостатньо, також накладають зтяжку з двох спиць з опорними площадками крізь субкапітальні відділи 1-5-ї плеснових кісток з відновленням поперечного склепіння до утворення режиму взаємного тиску між голівками плеснових кісток.

Сукупність вказаних вище особливостей способу, що заявляється, як вказано авторами корисної моделі, визначає досягаємий результат, а саме підвищення його ефективності.

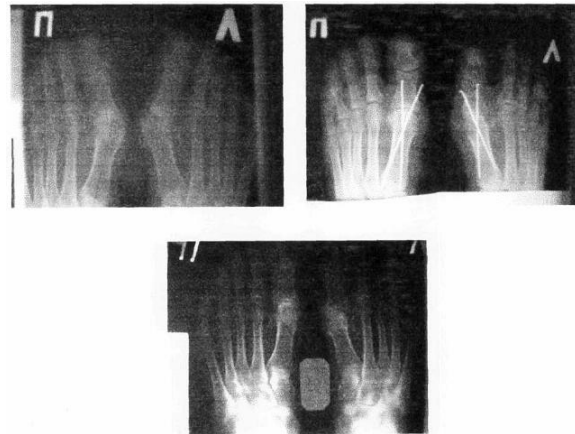
Сформований на внутрішньому краю стопи канал-утримувач сухожилка довгого розгинача 1-го пальця міняє функцію цього м'яза на динамічний аддуктор 1-ї плеснової кістки та абдуктор 1-го пальця, залишаючи при цьому функцію розгинача. М'які тканини, піддавані тиску між голівками плеснових кісток, некротизуються з природним переродженням їх у сполучну тканину та в подальшому виконують функцію додаткових міжкісткових зв'язок.

Спосіб, що заявляється, здійснюють таким чином.

По внутрішньому краю стопи роблять дугоподібний розтин шкіри в проекції 1-го плесно-фалангового суглоба. Шкіряний лоскут відсепаровують. З капсули викроюють язикоподібний лоскут основою до підшви. Видаляють екзостоз голівки 1-ї плеснової кістки. З урахуванням ступеня відхилення 1-го пальця видаляють відповідного розміру кістковий клин з голівки 1-ї плеснової кістки. Здійснюють корекційний розворот 1-го плесно-фалангового суглоба і уламки діафіксують в стані щільного контакту двома спицями Кіршнера. Мобілізують сухожилок довгого розгинача 1-го пальця та переміщують його на тильно-внутрішню поверхню суглоба. Раніше сформований капсулярний лоскут підводять під переміщений сухожилок, відвертають до подошви та підшивають до власної основи. Рану зашивають. Якщо для ліквідації поперечної плоскостопості цих заходів недостатньо, то крізь субкапітальні зони плеснових кісток з формуванням поперечного склепіння проводять 2 спиці з опорними площадками на внутрішній поверхні 1-ї та зовнішній поверхні 5-ї. Спиці фіксують в зовнішній опорі (як правило, у півкільці апарата Ілізарова) і натягують, усуваючи поперечну розпластаність та утворюючи взаємний тиск голівок плеснових кісток

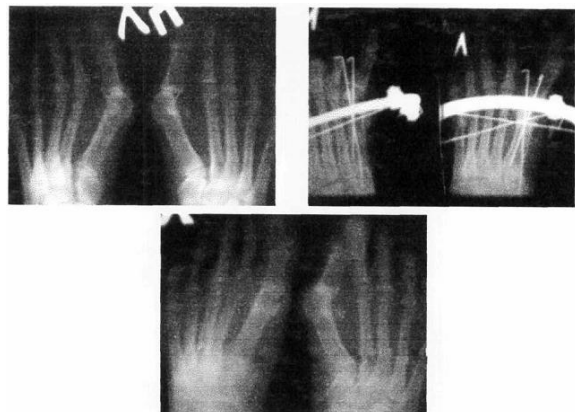
шляхом їх зведення за допомогою проведених спиць. Накладають асептичні пов'язки. Спиці, які фіксують уламки 1-ї плеснової кістки, видаляють через 14 діб і розпочинають розробку рухів в 1-му плесно-фаланговому суглобі. Зтяжку переднього відділу стопи демонтують через 6 тижнів, в строки формування достатньо зрілих рубців, які в подальшому мають виконувати функцію додаткових міжкісткових зв'язок.

Клінічний приклад 1. Хвора Бикова Л.І., 51 року, історія хвороби №1703, оперована 18.03.2004. Виконана реконструкція передніх відділів обох стоп за даною методикою без накладання зтяжки.



Результат оперативного втручання.

Клінічний приклад 2. хвора Анциферова Т.П., 51 року, історія хвороби №6132, оперована 02.12.2003. Виконана реконструкція переднього відділу лівої стопи за даною методикою з накладанням зтяжки на плеснові кістки.



Результат оперативного втручання на лівій стопі.

Проведений аналіз результатів хірургічного втручання при поперечній плоскостопості за даною методикою на 268 стопах, з яких 109 мали ІУ ступінь відхилення 1-го пальця (більше 30°), 115 - ІІІ (21-30°), решта - ІІ (до 20°). Отримані результати: відновлення до норми або 1-го ступеня - 238 хворих (5-15°); зменшення кута відхилення (задовільні результати) - 27 хворих;

незадовільні (рецидив деформації) - 3 пацієнти. Останні повторно оперовані з досягненням доброго результату (1 ступінь -10-15°).

Таким чином, при застосуванні даного способу хірургічного лікування поперечної плоскостопості та вальгусного відхилення 1-го пальця стопи достовірно підвищується ефективність лікування цієї патології.