



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **64650** (13) **U**
(51) МПК
A61B 17/56 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ "ПАРАЛІТИЧНОЇ СТОПИ" ПРИ ПОШКОДЖЕННЯХ МАЛОГОМІЛКОВОГО НЕРВА

1

2

(21) u201105361

(22) 27.04.2011

(24) 10.11.2011

(46) 10.11.2011, Бюл.№ 21, 2011 р.

(72) БОРЗИХ ОЛЕКСАНДР ВОЛОДИМИРОВИЧ,
ОПРИЩЕНКО ОЛЕКСАНДР ОЛЕКСАНДРОВИЧ,
КРАВЧЕНКО ОЛЕКСАНДР ВОЛОДИМИРОВИЧ,
ГАЙОВИЧ ВАСИЛЬ ВАСИЛЬОВИЧ

(73) ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО, ДЕРЖАВНА

УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОПЕДІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ"

(57) Спосіб лікування "паралітичної стопи" при пошкодженнях малогомілкового нерва, що включає пересічення сухожилків довгого згинача пальців та довгого згинача 1 пальця стопи, проведення їх у сформованому під шкірою каналі і фіксацію до 1 та 5 плеснових кісток, який **відрізняється** тим, що фіксацію сухожилок до плеснових кісток виконують за допомогою анкерних гвинтів, що вводять у плеснові кістки.

Корисна модель належить до медицини, зокрема до травматології та ортопедії, і може бути використана при пошкодженні малогомілкового нерва.

Відомий спосіб лікування "паралітичної стопи" при пошкодженні малогомілкового нерва, взятий за прототип [1]. Роблять розтин шкіри від основи першої плеснової кістки, огинаючи внутрішню кісточку позаду, та продовжують проксимально по гомілці на 12 см. Позаду кісточку виділяють сухожилки довгого згинача пальців та довгого згинача 1 пальця стопи. Обидва сухожилки пересікають максимально дистально, наскільки дозволяє розтин шкіри. Потім роблять другий розтин шкіри довжиною до 5 см над діафізом першої плеснової кістки, сухожилок довгого згинача пальців проводять під шкірою над внутрішньою кісточкою і прикріплюють у сформованій у кістці жолоб та фіксують за допомогою шва. По передньозовнішній поверхні гомілки, на 6-7 см вище суглоба, роблять третій розтин шкіри 3-4 см, в який виводять сухожилок довгого згинача 1 п. стопи. Після цього роблять четвертий розтин шкіри довжиною 5 см над п'ятою плесновою кісткою. Сухожилок під шкірою виводять в рану та фіксують в жолобі на кістці за допомогою швів. Рану зашивають. Накладають іммобілізацію строком на 5 тижнів.

Цей спосіб лікування має деякі недоліки, а саме для мобілізації сухожилків довгого згинача пальців та довгого згинача 1 пальця стопи роблять

розтин майже 20 см, що призводить до розвитку рубця в найбільш рухливій ділянці шкіри над гомілковоступневим суглобом. Також для фіксації сухожилків до плеснових кісток необхідно формувати канали у кістках. Це призводить до руйнування кістки на протязі 2-3 см і потребує значних по довжині розтинів шкіри. Метод фіксації сухожилка до кістки є ненадійним і у певній кількості випадків призводить до відриву сухожилка від місця кріплення.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу лікування "паралітичної стопи" при пошкодженнях малогомілкового нерва, в якому забезпечується підвищення ефективності способу, поліпшення результатів лікування.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування "паралітичної стопи" при пошкодженнях малогомілкового нерва, який включає пересічення сухожилків довгого згинача пальців та довгого згинача 1 пальця стопи, проведення їх у сформованому під шкірою каналі і фіксацію на 1 та 5 плеснові кістки, згідно з корисною моделлю, фіксацію сухожилок до кісток виконують за допомогою анкерних гвинтів.

Спосіб пояснюється кресленнями. На фіг. 1 зображено виконання розтинів шкіри при виділенні та проведенні сухожилків довгого згинача пальців та довгого згинача 1 пальця стопи до місця їх кріплення, на фіг. 2 зображено схему місць введення

(13) **U**
(11) **64650**
(19) **UA**

анкерних гвинтів та фіксації сухожилків до плеснових кісток.

Спосіб здійснюється наступним чином: по внутрішній поверхні стопи в проекції основи першої плеснової кістки виконують розтин шкіри до 4 см. В рані виділяють сухожилки довгого згинача пальців та довгого згинача 1 пальця стопи. Вище внутрішньої кісточки на 3 см роблять другий розтин шкіри довжиною 5 см. В рані виділяють сухожилки довгого згинача пальців та довгого згинача 1 пальця стопи, перетинають їх якомога дистальніше з рани на стопі та виводять в рану на гомілці. Під шкірою формують тунель за допомогою корцанга та виводять сухожилки довгого згинача пальців стопи в рану над першою плесною кісткою таким чином, щоб воно пройшло над внутрішньою кісточкою. По тилу стопи, в проекції основи п'ятої плеснової кістки виконують розтин шкіри довжиною 3 см. Проводять сухожилки довгого згинача 1 пальця стопи з рани на гомілці в рану над п'ятою плесною кісткою у сформованому під шкірою тунелі. В основу першої та п'ятої плеснових кісток вводять по одному анкерному гвинту відповідного розміру. Виконують фіксацію сухожилків до анкерних гвинтів, помірно їх натягнувши. Накладають шви на рану. Імобілізація строком на 4 тижні.

Приклад. Пацієнтка 3., 42 р., і. х. № 68293 потрапила у відділення з діагнозом: застаріле пошкодження маломілкового нерва правої гомілки, паралітична стопа. Травма за 10 місяців до надходження в стаціонар. В плановому порядку пацієнтку взято в операційну, де під спинальною анесте-

зією виконано транспозицію сухожилків довгого згинача пальців та довгого згинача 1 пальця стопи на, відповідно, першу та п'яту плеснові кістки, фіксація виконана за допомогою анкерних гвинтів. Шви на шкіру. Після загоєння рани шви зняті на 14 добу, імобілізація знята через 4 тижні. Після фізіофункціонального лікування впродовж 1 місяця отримано добрий результат.

Перевагами цього способу лікування "паралітичної стопи" при пошкодженні маломілкового нерва є:

- завдяки зменшенню кількості та довжини необхідних для виконання операції розтинів шкіри є значно менш розповсюдженим рубцевий процес на функціонально значимій ділянці шкіри над гомілково-ступневим суглобом що поліпшує функціональний результат;

- фіксація сухожилків до плеснових кісток за допомогою анкерних гвинтів є значно надійніша ніж фіксація у сформованих кісткових тунелях, що дозволяє зменшити строки імобілізації кінцівки, що, у свою чергу, дозволяє уникнути контрактур суглобів ноги.

- висока надійність фіксації сухожилків та кістки за допомоги анкерних гвинтів дозволяє практично виключити вірогідність відриву сухожилків від місця кріплення в післяопераційному періоді та під час фізіофункціонального лікування.

Джерела інформації: прийняті до уваги:

1. Б. Бойчев Оперативная хирургия и травматология. - София: Гос. изд-во "Медицина и физкультура", 1962. - С. 705-706.



Фіг.1



Фіг.2