



УКРАЇНА

(19) UA (11) 71478 (13) A  
(51) 7 A61B17/56МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЯТРОГЕННОЇ ВАРУСНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ВЕЛИКОГО ПАЛЬЦЯ  
СТОПИ

1

2

(21) 20031213240

(22) 31.12.2003

(24) 15.11.2004

(46) 15.11.2004, Бюл. № 11, 2004 р.

(72) Попов Василь Антонович, Левченко Василь  
Олексійович, Мохаммад Мохаммад Юсеф(73) КИЇВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ  
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМ. П.Л.ШУПИКА(57) 1. Спосіб хірургічного лікування ятрогенної  
варусної деформації великого пальця стопи, що  
включає артрорезування міжфалангового суглоба  
великого пальця, транспозицію сухожилка його  
довгого розгинача, який відрізняється тим, що  
транспозицію сухожилка довгого розгинача вели-  
кого пальця виконують шляхом перетинання його  
на рівні середньої третини плесна й фіксації дис-  
тальної частини до кукси сухожилка м'яза, що при-  
водить великий палець, відтягуючи від латеральної  
поверхні основи голівки першої плеснової кістки.2. Спосіб за п.1, який відрізняється тим, що після  
перетину сухожилка довгого розгинача великого  
пальця куксу його проксимальної частини фіксують  
до сухожилка короткого розгинача великого паль-  
ця, а дистальний кінець виводять до зони  
прикріплення і проводять через канал у м'яких  
тканинах до зони розташування кукси загального  
сухожилка м'яза, що приводить великий палець.3. Спосіб за п.1, який відрізняється тим, що  
здійснюють подовження сухожилка м'яза, що  
відводить великий палець за допомогою Z - пла-  
стики, після чого вертикально розтинають  
медіальний відділ капсули першого плесно-  
фалангового суглоба.4. Спосіб за п.1, який відрізняється тим, що опе-  
ративне втручання виконують з п'яти доступів,  
довжина кожного з яких не перевищує 2 см.

Винахід відноситься до медицини, зокрема ор-  
топедії, і може використовуватись для хірургічного  
лікування ятрогенної деформації великого пальця  
стопи.

Відомо, що операції міотенопластичної корек-  
ції переднього відділу поперечно розпластаного  
стопи типу операції McBride, які здобувають все  
більше прихильників серед вітчизняних ортопедів,  
поряд з безумовними перевагами мають специфі-  
чне, ускладнення у вигляді стійкої варусної дефо-  
рмації великого пальця, яке отримало назву "гіпе-  
ркорекція". За даними різних авторів його частота  
коливається від 3,6% до 19,0%. Цей стан переднь-  
ого відділу стопи значно деформує стопу і суттєво  
спотворює плесновий її перекаат в процесі руху.

Відомий спосіб хірургічного лікування ятроген-  
ної деформації великого пальця стопи, який вклю-  
чає артрорезування міжфалангового суглоба ве-  
ликого пальця, транспозицію сухожилка його

довгого розгинача шляхом відтинання його від  
місця прикріплення, проведення його під загаль-  
ним сухожилком м'яза, що приводить великий па-  
лець, і фіксацію в вертикальному каналі основи  
проксимальної фаланги з петлею на загальному  
сухожилку м'яза, що приводить великий палець.  
Вказаний спосіб передбачає також в якості обов'я-  
зкових етапів операції доступ від нігтьової фаланги  
великого пальця до основи першої плеснової кіст-  
ки, видалення медіальної сесамоподібної кістки і  
фіксацію першого плесно-фалангового суглоба  
металевою спицею в післяопераційному періоді  
впродовж 6 тижнів [1].

Вказаний спосіб вибрано в якості прототипу,  
оскільки за своїм основним призначенням та  
технікою виконання він найбільш близький до за-  
являемого.

Принциповим недоліком способу-прототипа є  
те, що момент сили, коригуючої варусне положен-

(13) A

(11) 71478

(19) UA

ня великого пальця, недостатній по своїй величині для досягнення поставленої мети в зв'язку з надто коротким плечем прикладання сили. Крім того, видалення медіальної сесамоподібної кістки першого плесно-фалангового суглоба веде до значного порушення його функціональних характеристик, оскільки вказана кістка є важливою складовою так званого "гамака" головки першої плеснової кістки. Недоліком є також те, що реалізація цього способу вимагає великого, довжиною близько 10см доступу, а тривала фіксація першого плесно-фалангового суглоба ініціює розвиток дегенеративно-дистрофічних змін і згинально-розгинальну контрактуру в ньому.

В основу винаходу поставлена задача вдосконалення способу хірургічного лікування ятрогенної варусної деформації великого пальця стопи шляхом введення нових технологічних прийомів та їх оптимізації з урахуванням забезпечення фізіологічності функціонування стопи та всіх її складових. Завдяки цьому досягається відновлення форми та амортизаційної і поштовхової функцій стопи за рахунок ліквідації варусного відхилення великого пальця стопи, призводящого до спотворення плесневого переката стопи в процесі руху.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі хірургічного лікування ятрогенної варусної деформації великого пальця стопи шляхом артродезування міжфалангового суглоба великого пальця, транспозиції сухожилка його довгого розгинача, згідно з винаходом на рівні середньої третини плесна перетинають сухожилок довгого розгинача великого пальця і зшивають його куксу проксимальної частини з сухожилком короткого розгинача, а дистальну частину сухожилка виводять в зону його прикріплення, після чого перетинають прикріплений до основи головки першої плеснової кістки загальний сухожилок-м'яза, що приводить великий палець, і фіксують сухожилок довгого розгинача великого пальця до кукси загального сухожилка м'яза, що приводить великий палець, виконавши Z-пластичне подовження сухожилка м'яза, що відводить великий палець, і вертикально розітнувши медіальний відділ капсули першого плесно-фалангового суглоба.

Після операції здійснюють бинтування переднього відділу стопи в положенні корекції великого пальця та проводять курс реабілітації, який включає лікувальну фізкультуру, масаж, фізпроцедури і рекомендації відносно раціонального взуття.

Новим у способі є те, що транспозицію сухожилка довгого розгинача великого пальця виконують шляхом перетинання на рівні середньої третини плесна і фіксації до кукси загального сухожилка м'яза, що приводить великий палець, попередньо відтягуючи від латеральної поверхні основи головки першої плеснової кістки, а сухожилок м'яза, що відводить великий палець, Z-пластично подовжують і вертикальним розрізом розтинають медіальний відділ капсули першого плесно-фалангового суглоба. При цьому, на відміну від відомого способу, медіальна сесамоподібна кістка першого плесно-фалангового суглоба зберігається. При виконанні операції використовують невеликі доступи, що дозволяє віднести її до класу малоінвазивних хірургічних втручань.

Спосіб ілюструється схематичними кресленнями, на яких: 1 - сухожилок довгого розгинача великого пальця; 2 - сухожилок короткого розгинача великого пальця; 3 - сухожилок м'яза, що відводить великий палець; 4 - сухожилок м'яза, що приводить великий палець; 5 - проксимальна частина сухожилка довгого розгинача великого пальця; 6 - дистальна частина сухожилка довгого розгинача великого пальця; 7 - металевий гвинт.

На фіг.1 схематично зображено стопу у горизонтальній площині і положення сухожилків її великого пальця при його ятрогенній варусній деформації.

На фіг.2 схематично зображено стопу в горизонтальній площині і положення сухожилків її великого пальця після корекції його ятрогенної варусної деформації заявляємим способом.

Запропонований спосіб здійснюють за допомогою п'яти доступів наступним чином.

По тильно-медіальній поверхні дистальної фаланги великого пальця розтином довжиною 2 см пошарово відкривають міжфаланговий суглоб, резекують хрящ зчленовних кісток і після їх взаємоадаптації фіксують металевим гвинтом, введеним горизонтально із доступу довжиною 1см в зоні торцевої поверхні дистальної фаланги так, щоб гвинт не виходив проксимальне за межі основи проксимальної фаланги.

Із третього доступу довжиною 2см в зоні проекції на тил стопи сухожилка довгого розгинача великого пальця на рівні середньої третини плесна вказаний сухожилок пошарово розкривають, перетинають, його проксимальну частину зшивають з сухожилком короткого розгинача, а дистальну частину виводять в рану на тильно-медіальній поверхні дистальної фаланги великого пальця.

Лінія четвертого доступу, довжина якого також не перевищує 2см, проходить в першому міжкістковому проміжку плесна від міжпальцевої зморшки до рівня дистальної третини першої плеснової кістки. Розтинають шкіру, рубці та ідентифікують загальний сухожилок м'яза, що приводить великий палець. Цей сухожилок виявляють прикріпленим до латеральної поверхні основи головки першої плеснової кістки, що є обов'язковим компонентом операцій типу McBride, - його відтинають від вказаної кістки. Після цього в м'яких тканинах тупо виконують канал, який з'єднує зону розташування кукси сухожилка, що приводить великий палець, з зоною розташування, - співпадаючою з місцем прикріплення, - дистальної частини сухожилка довгого розгинача великого пальця, який проводять через канал і фіксують в положенні корекції варусного відхилення великого пальця до кукси загального сухожилка м'яза, що приводить великий палець.

Із п'ятого доступу по медіальній поверхні першого плесно-фалангового суглоба довжиною 2см розтинають шкіру, рубці, ідентифікують та Z-пластично подовжують сухожилок м'яза, що відводить великий палець, і вертикальним розрізом розтинають медіальний відділ капсули суглоба.

Після операції здійснюють бинтування переднього відділу стопи в положенні корекції великого пальця та проводять курс реабілітації, який вклю-

чає лікувальну фізкультуру, масаж, фізпроцедури і рекомендації відносно раціонального взуття.

Загальний термін тимчасової непрацездатності після такого оперативного втручання не перевищує 6-7 тижнів.

В результаті проведеної операції досягається корекція ятрогенної варусної деформації великого пальця стопи і ліквідується спотворення плеснево-

го переката, що сприяє відновленню поштовхової і амортизаційної функції стопи та фізіологічності всіх її складових.

Джерела інформації:

1. Jonson K.A., Spiegl P.V. Extensor hallucis longus transfer for hallux varus deformity // J. Bone Joint Surg. - 1984, -Vol. 66-a, №5. - P.681-686.

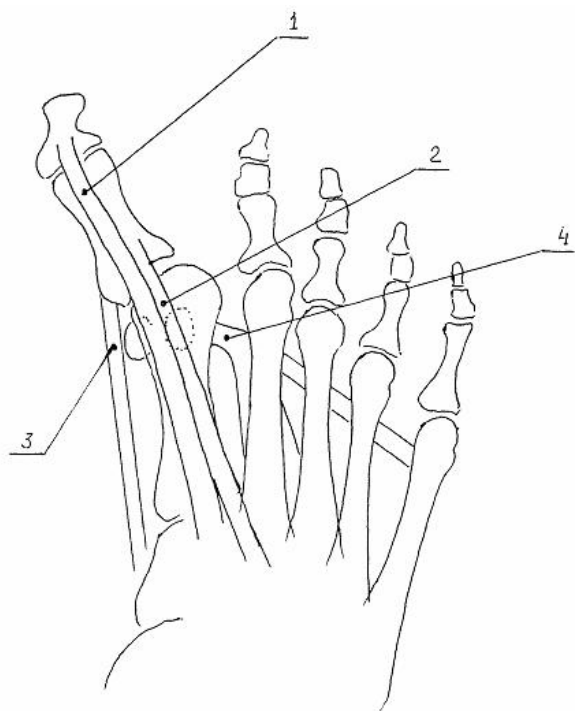


Fig. 1

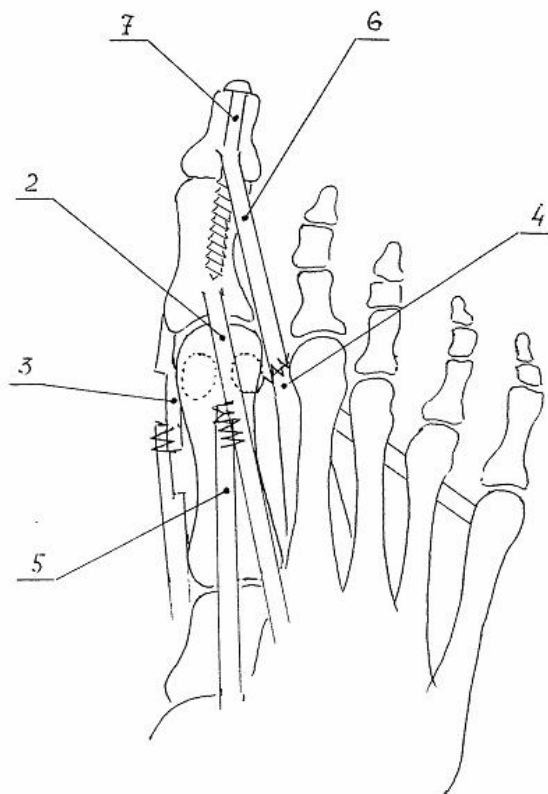


Fig. 2