



УДК 617.587

П.Н. Телицын¹, С.С. Фролов¹, Н.Г. Жила²

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ВАЛЬГУСНОГО ИСКРИВЛЕНИЯ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ И ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПЕРВОЙ ПЛЮСНЕВОЙ КОСТИ

*МУЗ «Городская больница №2»¹,
681008, ул. Культурная, 5, тел.: 8(4217)-22-72-20, e-mail: hosp2@mail.ru, г. Комсомольск-на-Амуре;
Дальневосточный государственный медицинский университет²,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск*

По данным авторов [4, 5, 8, 9], до 70% взрослого населения имеют ту или иную степень нарушения целостности анатомических структур стопы, а также формирования различных деформаций стопы, приводящих к снижению статико-динамической функции всей нижней конечности. При этом артроз первого плюснефалангового сустава по частоте стоит на третьем месте после артрозов коленного и тазобедренного суставов [5, 6, 10]. Из деформаций нижней конечности синдром вальгусной деформации первого пальца стопы составляет 63% [2, 3, 6, 7, 12].

Разработано множество (более 300) методик оперативного лечения патологии переднего отдела стопы, большая часть их направлена на решение частных вопросов, то есть устранение одного-двух компонентов. Основные из этих операций можно объединить в 4 группы:

1. Остеотомия первой плюсневой кости и пластика поперечного свода стопы.
2. Лечение поперечной распластанности и вальгусного отклонения первого пальца.
3. Операции на мягких тканях.
4. Комбинированные виды операций.

Однако перечисленные виды оперативных вмешательств, обеспечив удаление одного или двух компонентов деформации, не приводят к ликвидации порочного положения переднего отдела стопы, что, как правило, способствует развитию осложнений и рецидивам деформации с более выраженной клинической картиной. Частота осложнений, по данным различных авторов [1, 4, 6, 8, 11], представлена в больших пределах — от 4 до 57%, а показатели удовлетворительных и неудовлетворительных результатов составляют от 4 до 42%.

Значительный процент осложнений при лечении больных с вальгусной деформацией первого пальца стопы

Резюме

Представлен анализ результатов лечения вальгусной деформации первого пальца стопы и варусной деформации первой плюсневой кости по оригинальной методике. Отдаленные результаты прослежены у 51 (75%) больного: хорошие результаты отмечены в 69,7% случаев, удовлетворительные в 30,3%, неудовлетворительных исходов не было.

Ключевые слова: вальгусная деформация первого пальца, варусная деформация первой плюсневой кости, конгруэнтность.

P.N. Telicin, S.S. Frolov, N.G. Zhila

SURGICAL TREATMENT OF SEVERE FORMS OF FOOT VALGUS CURVE OF THE FIRST TOE AND VARUS DEFORMATION OF THE FIRST INSTEP BONE

*Municipal Institution of Public Health city's hospital №2,
Komsomolsk-on-Amur;
Far East state medical university, Khabarovsk*

Summary

Analysis of remote results of treatment of valgus deformation of the first toe with the original method is presented. Remote results of 51 patients were assessed: good results were obtained in 69,7% of cases, satisfactory in 30,3%, there were no poor outcomes and failures.

Key words: valgus deformation of the first toe, varus deformation of the first instep bone, congruity.

обусловлен, на наш взгляд, отсутствием отчетливой возможности выбора оптимального способа хирургического вмешательства, что и способствовало разработке собс-

твенного хирургического способа лечения вальгусной деформации первого пальца стопы и варусной деформации первой плюсневой кости (Патент РФ № 2330625, 2006).

Цель исследования — изучить отдаленные результаты хирургического лечения вальгусной деформации первого пальца стопы с использованием оригинального способа.

Материалы и методы

Мы располагаем опытом хирургического лечения вальгусного искривления первого пальца стопы и варусной деформации первой плюсневой кости у 68 больных в возрасте от 20 до 65 лет. Произведено 76 операций по поводу данной патологии со II-IV степенью деформации. Распределение наблюдаемых больных по возрасту следующее: 20-29 лет — 10 (13,2%), 30-39 лет — 13 (17,1%), 40-49 лет — 19 (25%), 50-59 лет — 26 (34,2%), 60-65 лет — 8 (10,5%) чел.

Основным патогенетическим параметром, характеризующим вальгусную деформацию первого пальца стопы, является величина первого межплюсневой угла. Чаще всего у наблюдаемых больных была III степень заболевания — 38 (50%) стоп, II степень — 30 (39%) стоп, IV степень — 8 (10,5%) стоп. Пациентов с I степенью рассматриваемой патологии не было. Наибольшее количество стоп подвергнуто хирургическому лечению в возрасте 40-59 лет — 45 (59,2%) стоп. У 8 (10,5%) пациентов операция произведена на обеих стопах. Коррекция молоткообразной деформации второго пальца стопы осуществлена на 9 (11,8) стопах при III степени варусного отклонения первой плюсневой кости и на 8 (10,5%) стопах при IV степени деформации.

Техника операции. По передне-внутренней поверхности обнажают основание первой плюсневой кости. Специальным желобовидным долотом¹, отступая от суставной поверхности, производят фигурную остеотомию первой плюсневой кости, обеспечивая подвижность фрагментов во время операции. Затем за счет максимального вальгусного отклонения дистального фрагмента устраняют варусное положение первой плюсневой кости и осуществляют фиксацию двумя спицами Киршнера, проведенными крестообразно, с захватом I-II клиновидных костей. Разрезом по внутреннебоковой поверхности первого плюснефалангового сустава обнажают его капсулу. Из капсулы сустава формируют лоскут треугольной формы с дистальным основанием. Удаляют экзостоз головки первой плюсневой кости. Производят резекцию основания основной фаланги первого пальца до 0,5 см и шарожками различной величины формируют плоскость сечения, конгруэнтную головке первой плюсневой кости. Устраняют вальгусную деформацию первого пальца с последующей временной трансартикулярной его фиксацией в физиологическом положении спицей Киршнера. Имобилизацию гипсовой повязкой в послеоперационном периоде не осуществляют ввиду стабильной фиксации фрагментов в области остеотомии. Спицу Киршнера, фиксирующую первый палец, удаляют через 12-14 дн. после операции. После этого начинают активную разработку движений в первом плюснефаланговом суставе, при имеющихся рентгенологических признаках консолидации в месте

osteotomii основания первой плюсневой кости спицы Киршнера удаляют через 1,5 мес.

Полная трудоспособность больного, как правило, наступает через 2 мес.

Результаты и обсуждения

Нами проанализированы отдаленные результаты (от 1 до 7 лет) оперативного лечения вальгусной деформации первого пальца стопы и варусной деформации первой плюсневой кости у 51 больного. Произведено 56 операций по оригинальной методике при различных степенях вышеуказанной патологии: II степень деформации — 22 (39,3%) стопы, III степень — 29 (51,8%) стоп, IV степень — 5 (8,9%) стоп. При этом использованы критерии оценки результатов хирургического лечения данной патологии стопы по трехбалльной системе [3]:

- хороший результат — жалобы на функцию стоп отсутствуют, исправленная форма стопы сохранена, движения в первом плюснефаланговом суставе в полном объеме и безболезненные, пациент пользуется обычной обувью, угол отклонения первого пальца в пределах нормы;

- удовлетворительный результат — жалобы на периодические боли в стопах, омокленность кожи под головками средних плюсневых костей, ограничение движений в первом плюснефаланговом суставе;

- неудовлетворительный результат — рецидив деформации, отсутствие движений в первом плюснефаланговом суставе и стойкий болевой синдром.

Хороший результат отмечен в 39 (69,7%) случаях: II степень деформации — 22 (56,4%) стопы, III степень деформации — 17 (43,6%) стоп. Удовлетворительный результат лечения зарегистрирован в 17 (30,3%) случаях: III степень деформации — 12 (70,5%) стоп, IV степень деформации — 5 (29,5%) стоп. Неудовлетворительных результатов не было.

Выводы

Предложенный способ хирургического лечения вальгусной деформации первого пальца стопы и варусной деформации первой плюсневой кости позволяет одновременно устранять вальгусную деформацию первого пальца, восстанавливать конгруэнтность в первом плюснефаланговом суставе и корригировать варусную деформацию первой плюсневой кости. При этом послеоперационная стабильная фиксация первого пальца и первой плюсневой кости позволяет обойтись без внешней гипсовой иммобилизации, что способствует нормализации работы «мышечной помпы» голени и стопы.

В результате высокие репозиционные возможности устранения деформации первого пальца стопы и первой плюсневой кости, а также стабильная фиксация в зоне остеотомии позволяют исключить рецидивы заболевания и значительно снизить общий срок нетрудоспособности больных с вальгусной деформацией первого пальца стопы и варусной деформацией первой плюсневой кости и добиться значительного улучшения качества жизни пациентов с вышеуказанной патологией.

Л и т е р а т у р а

1. Буали Н.М. Хирургическое лечение вальгусной деформации первых пальцев: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1988.

2. Истомина И.С. Ошибки и осложнения при оперативном лечении статических деформаций переднего от-

¹ Фигурный остеотом для проведения корригирующей остеотомии. Рац. предложение №2663 (ДВГМУ, 2010 г.) .

дела стопы, профилактика и лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1980.

3. Истомина И.С., Кузьмин В.И., Левин А.В. Оперативное лечение поперечного плоскостопия, HALLUS VALGUS // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. - 2000. - №1. - С. 55-60.

4. Карданов А.А., Завгородский Н.В., Лукин М.П. и др. Модифицированная операция МАК-Брайда в хирургическом лечении HALLUX VALGUS: возможности и ограничения // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. - 2007. - №4. - С. 61-65.

5. Копысова В.А., Каплун В.А., Жуков А.Е. и др. Хирургическое лечение статических деформаций стоп с использованием устройств с термохимической памятью. - Новокузнецк, 2003. - С. 1-12.

6. Процко В.Г. Выбор оптимального метода лечения вальгусной деформации первого пальца стопы: дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2004. - 195 с.

7. Распутин Д.А. Новое в хирургическом лечении вальгусного отклонения первого пальца стопы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Самара, 2009. - 23 с.

8. Савинцев А.М. Хирургическая коррекция молоткообразной деформации пальцев в комплексном лечении

поперечного плоскостопия: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - СПб., 1992.

9. Kitaoka H.B. // Foot Ankle Int. - 1997. - Vol. 18, №3. - P. 187-188.

10. Myerson M.S., Schon L.C., McGhigan F.X. et al. Result of arthrodesis of the hallux metatarsophalangeal joint using bone graft for restoration of length // Foot of vitale Int. - 2000. - Vol. 21. - P. 297-306.

11. Rochwerger A., Curvale G., Groulier P. Application of Bone Graft to the Medial Side of the First Metatarsal Head in the Treatment of Hallux Varus // J.Bone Jt.Surg. - 1999. - Vol. 81, №12. - P. 1730-1735.

12. Zembsch A., Trnka H., Kitsch P. // Clin. Orthop. - 2000. - №376. - P. 183-194.

Координаты для связи с авторами: Телицын Павел Николаевич — канд. мед. наук, врач-травматолог-ортопед высшей категории Городской больницы №2, тел.: 8 (4217)-22-72-20; Фролов Сергей Степанович — зам. гл. врача по организационно-методической работе, врач-травматолог-ортопед высшей категории; Жила Николай Григорьевич — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой детской хирургии, травматологии и ортопедии ДВГМУ.



УДК 617.95 : 611.69

А.С. Даненков, Е.В. Николаев, Н.И. Бояринцев

ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ АУГМЕНТАЦИОННОЙ ПЛАСТИКИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПОЛИАКРИЛАМИДНЫМ ГЕЛЕМ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;
МУЗ «Городская клиническая больница № 11», ул. Аксенова, 41, тел.: 8(4212)-53-61-30, г. Хабаровск

В 90-х гг. прошлого века большое распространение для контурной и объемной пластики лица и тела получило применение ПААГ [2-4]. Однако вслед за этим стало расти количество сообщений о серьезных ранних осложнениях острого воспалительного характера после введения данного полимера [1, 5, 6]. Хотя применение ПААГ практически повсеместно прекращено, к врачам различных специальностей продолжают обращаться больные с осложнениями после коррекции молочных желез. В то же время, виды и характер поздних осложнений не определены, а способы диагностики и лечения разработаны не полностью [1, 2].

Цель настоящего исследования — оптимизировать методы диагностики и лечения поздних осложнений после применения ПААГ для контурной пластики молочных желез.

Задачи исследования:

1. Выявить характерные признаки и наиболее результативные методы диагностики поздних осложнений после аугментационной пластики молочных желез ПААГ.

2. Выработать показания и противопоказания для различных способов лечения поздних осложнений и оценить их эффективность.

Материалы и методы

Исследование основано на анализе результатов лечения 31 пациентки в возрасте от 36 до 62 лет, обратившихся за медицинской помощью в МУЗ «Городская клиническая больница №11» в период с 2003 по 2010 г. по поводу осложнений после введения ПААГ с целью пластики молочных желез. Срок от введения геля до обращения составлял от 6 до 18 лет, поэтому все данные