

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТАТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ

А.М. Троценко

МУЗ ГKB 9, г. Челябинск

Представлен опыт хирургического лечения поперечно распластанной стопы с вальгусным отклонением первого пальца.

Выделяют пять нозологических форм статической деформации стопы: функциональную недостаточность, вальгусную, плоско-вальгусную и поперечно-распластанную деформацию стоп, а также костно-фиброзные разрастания в области головки первой плюсневой кости [1].

Статическая деформация переднего отдела стопы встречается у 7–25 % взрослого населения. Деформация переднего отдела составляет около 63 % и чаще встречается у женщин.

Тяжесть патологии при вальгусной и плоско-вальгусной деформациях стоп определяют по рентгенограммам в профильной и переднезадней проекциях ориентируясь на выраженность угловых отклонений [3].

При первой степени деформации угол между осевыми линиями первой и второй плюсневых костей находится в пределах нормы и составляет 8–12 градусов, угол отклонения первого пальца кнаружи может достигать 20 градусов. При второй степени деформации угол между первой и второй плюсневыми костями выше нормы на 2–3 градуса, угол отклонения первого пальца достигает 30 градусов. Третья степень деформации характеризуется увеличением угла расхождения первой и второй плюсневой костями больше нормы на 36 градусов и угол отклонения первого пальца кнаружи достигает 40 градусов. Деформация четвертой степени характеризуется увеличением указанного межплюсневой угла на 4–8 градусов и отклонением первого пальца свыше 40 градусов [2].

Материалы и методы

За последние три года в ортопедическом отделении № 1 было прооперировано 50 больных из них только 5 человек (10 %) составляли мужчины, остальные 90 % пациентов были женщины. По возрастной категории больные распределились следующим образом: до 18 лет – 4 пациента (8 %), от 18 до 35 лет – 9 пациентов (18 %), от 35 до 50 лет – 14 пациентов (14 %), от 50 до 70 лет – 21 пациент (21 %), старше 70 лет – 2 пациента (4 %). По степени выраженности статической деформации стоп больные распределились следующим образом: у 8 больных – деформация первой степени (16 %), у 21 больного – деформация второй степени (42 %), у 12 больных – деформация третьей степени (24 %), у девяти больных – деформация четвертой степени (18 %). У 23 больных с поперечно распластанной стопой и вальгусным отклонением первого пальца

сопутствовала молоткообразная деформация второго пальца стопы, что составило 46%. Все пациенты жаловались на трудности в подборе обуви, однако только 8 (16%) пациентов пользовались супинаторами от случая к случаю. Ортопедической обувью не пользовался никто. Все пациенты предъявляли жалобы на боль в переднем отделе стопы, голеностопном суставе, в первом плюсне фаланговом суставе и в области головки второй плюсневой кости. Постоянные боли беспокоили 9 пациентов (18 %), у остальных боль появлялась при ходьбе.

Лечение

Кроме вальгусного отклонения первого пальца, заболевание включает деформирующий артроз плюснефаланговых суставов, хронический бурсит, экзостозы головки первой плюсневой кости, поперечную распластанность стопы, варусное и пронационное отклонение первой плюсневой кости. Наиболее неблагоприятным для больного является снижение опорной способности передне-внутреннего отдела стопы, возникающее после соскальзывания головки первой плюсневой кости с медиальной сесамовидной кости, находящейся под наружным краем суставной поверхности головки первой плюсневой кости. В результате чего нагрузка перераспределяется на головки средних плюсневых костей.

Для оперативного лечения поперечно-распластанных стоп с вальгусным отклонением первого пальца в настоящее время предложено более 200 способов и их модификаций. В клинической практике широкое распространение получили 8–10 оперативных методов.

В нашей клинике используются такие методики как операция Шеде (резекция экзостоза на боковой поверхности головки первой плюсневой кости) в исследуемой группе таких операций было произведено 2 (4 %), двойная реконструкция первого луча стопы с остеосинтезом аппаратом Илизарова (после резекции экзостоза головки первой плюсневой кости производилась кортикотомия в дистальном и проксимальном отделах, после осуществляемой коррекции производился остеосинтез аппаратом Илизарова). Таких операций в исследуемой группе произведено 3 (6 %), операция Бежануци (после резекции экзостоза головки первой плюсневой кости производят остеотомию основания первой плюсневой кости, куда с коррекционной целью внедряется костный фрагмент, полученный

при резекции экзостоза головки, образование подшошвенной поперечной связки лавсановой лентой или лентой сформированной из аллоперикарда) подобных операций произведено 6 (12 %), операция Бома (иссечение трапеции основанием внутрь в субкапитальной области первой плюсневой кости и сохранением хрящевой поверхности головки) произведено 14 (28 %) операций.

В большинстве случаев при использовании этих операций устраняются один или два компонента деформации и оставляют без внимания другие изменения.

При выборе метода оперативного лечения необходимо учитывать, что простота оперативного лечения и надёжность получения хороших результатов не всегда сочетаются друг с другом. Удовлетворительный ближайший косметический эффект после несложных операций, часто оборачивается для больного тяжёлыми вторичными деформациями и нарушением функции стопы.

Наибольшее количество операций произведённых для лечения поперечной распластанности стопы и вальгусного отклонения первого пальца – 25 (50 %) произведено по методике, на наш взгляд, максимально учитывающей коррекцию всех компонентов.

Техника операции следующая. Под спинномозговой анестезией производится дугообразный разрез по внутренней поверхности стопы от основания основной фаланги первого пальца до основания первой плюсневой кости, огибая плюснефаланговый сустав по тыльной поверхности. По внутренней поверхности первого плюснефалангового сустава, из капсулы сустава, выкраивается языкообразный лоскут основанием дистально. Пилой резецируются экзостозы головки первой плюсневой кости, скальпелем удаляется нежизнеспособный хрящ на головке первой плюсневой кости. После скелетирования основания плюсневой кости производят поднадкостничную остеотомию первой плюсневой кости дистальной её проксимального конца на 10 мм. Плоскость томии должна быть параллельна плоскости клиноплюсневого сустава. После этого производится коррекционный разворот дистального отдела кости на 35–45 градусов. Получив достаточную коррекцию пронационной деформации, производят выпиливание клина с учётом коррекции приведения первого луча и усиления продольного свода, выводя, таким образом, из нагрузки головки второй и третьей плюсневых костей. Добившись ожидаемой коррекции, производят остеосинтез перекрещивающимися спицами в разных плоскостях, с учётом силовых воздействий при полной нагрузке. После этого первый палец выводится в соосное положение с первой плюсневой костью и удерживается в этом положении натяжением языкообразного лоскута из капсулы сустава, который подшивается трансоссально. Спицы скусываются и загибаются настолько коротко, насколько это необходимо для

их полного укрытия кожей при зашивании операционной раны. В дальнейшем стопа фиксируется гипсовым сапожком с моделированием сводов на 2 мес. Разрешается полная нагрузка на оперированную конечность. По окончании сроков фиксации спицы удаляются. После операции рекомендуется ношение рациональной обуви и обязательное использование супинаторов с продольным и поперечным сводами.

Отдалённые результаты прослежены через год. Все пациенты довольны исходом оперативного лечения: стойкий косметический эффект, возможность пользоваться стандартной обувью без посторонних приспособлений, уменьшились или совсем исчезли боли при длительной ходьбе. Однако были пациенты, у которых сохранялись постоянные боли разной интенсивности 4 (16 %). У данных пациентов, на фоне изначально наиболее выраженной деформации, во время операции не были полностью устранены все элементы деформации, на коррекцию которых направлена данная операция. Нагноение получено у одного пациента (2 %) в ранний послеоперационный период, однако нам удалось справиться с осложнением, не удаляя фиксирующие спицы. У одного пациента (2 %) произошёл перелом спицы, что привело к повторному вмешательству для удаления фрагмента спицы. В целом, у 21 больного результат признан хорошим (84 %), у 4 пациентов результат признан удовлетворительным (16 %).

Заключение

Количество пациентов, оперированных в лечебном учреждении, напрямую зависит от количества положительных результатов, полученных при лечении больных.

Анализируя полученные результаты, мы пришли к выводу, что определяющим в выборе метода оперативного лечения является не возраст, а наличие деформаций, нуждающихся в коррекции. Наиболее положительный эффект возможно получить при невысокой степени деформации.

Показания к оперативному лечению необходимо выставлять уже при первой степени деформации. Тщательное устранение всех элементов деформации и соблюдение ортопедического режима в послеоперационном периоде является залогом успешного лечения.

Литература

1. Трофимов И.П. О причинах вальгусного отведения первого пальца стопы // *Ортопед. травматология*. – 1983. – № 5. – С. 44–46.
2. Черкес-Заде Д.И., Каменев Ю.Ф. *Хирургия стопы*. – М.: Медицина, 2002.
3. Шатковский В.В., Конюхов М.П. *Диагностика и лечение статической недостаточности переднего отдела стопы у детей и подростков* // *Травматология и ортопедия России*. – 2002. – № 3 – С. 92–97.