

© А.С. Золотов, 2000

РЕДКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПАЛЬЦА СТОПЫ

А.С. Золотов

Городская больница, г. Спасск-Дальний Приморского края

Вывихи в межфаланговых суставах пальцев стопы встречаются нечасто. Повреждаются при этом, как правило, I палец. Вывихи в межфаланговых суставах остальных пальцев крайне редки. Если в полости сустава ущемляется подошвенная фиброзная пластинка, вывих становится невправимым и требует оперативного лечения [1].

Приводим наше клиническое наблюдение.

Больной Г., 22 лет, учитель физкультуры, обратился с жалобами на незначительную боль, дискомфорт в области II пальца левой стопы. За день до обращения проводил в спортзале занятия по физкультуре, был босиком (без обуви). Во время быстрой ходьбы резко наступил на край выступающей поло-

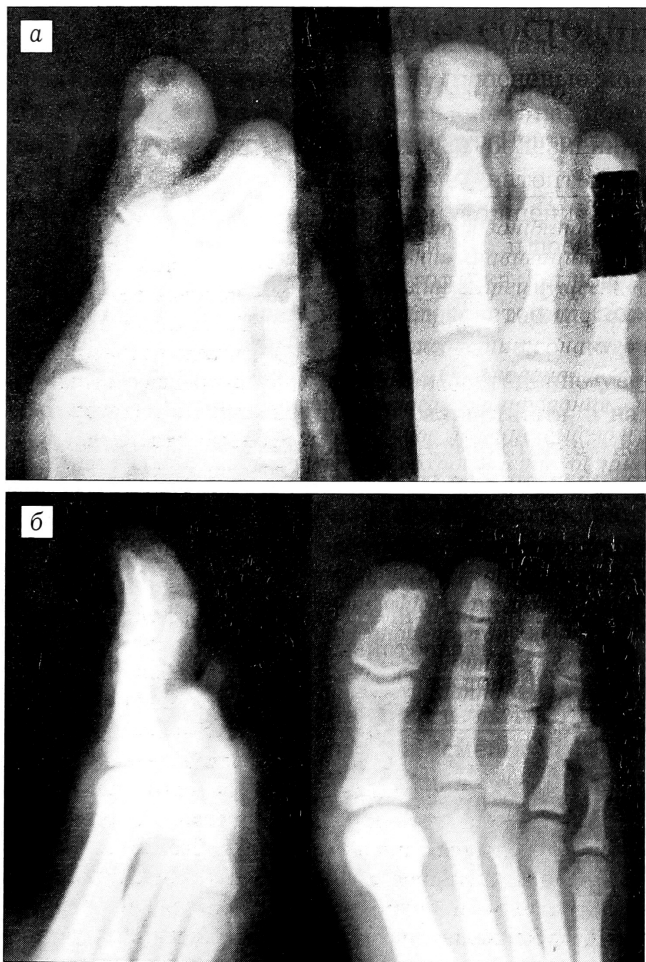
вицы кончиком II пальца левой стопы. При этом ногтевая фаланга переразогнулась, а затем вернулась в нейтральное положение. Возникли умеренная боль в пальце и чувство дискомфорта, которые не исчезли на следующий день.

Объективно: в области II пальца небольшой отек, кровоизлияние. Палец чуть длиннее здорового. Пальпация его почти безболезненна. Активные и пассивные движения в межфаланговых суставах пальца практически в полном объеме. На фоне невыраженной клинической картины повреждения обращает на себя внимание следующий феномен: если на здоровой ноге II палец согнуть в проксимальном межфаланговом суставе, переразогнуть в дистальном межфаланговом суставе, а потом резко отпустить, то палец мгновенно выпрямляется, подобно пружине; на больной стороне палец выпрямляется медленно, как потерявшая упругость пружина.

На рентгенограммах поврежденного пальца выявлено расширение суставной щели дистального межфалангового сустава и небольшое смещение дистальной фаланги к тылу (см. рисунок, а).

Закрытое вправление вывиха оказалось безуспешным. На 3-и сутки после травмы произведена операция — открытое вправление вывиха. Под местной анестезией 2% раствором новокаина (4 мл) по Лукашевичу—Оберсту дугообразным разрезом длиной 3 см на тыле пальца обнажено сухожильное растяжение. Последнее продольно рассечено, вскрыт дистальный межфаланговый сустав. Грубого смещения суставных поверхностей не определяется. Между суставными концами фаланг ущемлена фиброзная подошвенная пластинка толщиной 4 мм. С помощью микропинцета пластинка «вытолкнута» в подошвенную сторону. Суставные поверхности фаланг приблизились друг к другу. Тотчас исчез симптом «старой пружины». Рана послойно ушита наглухо. Наложена гипсовая шина. На контрольных рентгенограммах соотношения в суставе правильные (см. рисунок, б).

Швы сняты через 2 нед после операции. Иммобилизация продолжалась 3 нед. Через



Рентгенограммы переднего отдела стопы больного Г. до операции (а) и после операции (б).

4 нед при отсутствии жалоб и полном восстановлении функции пальца пациент выписан на работу.

Обсуждение. В доступной литературе мы нашли лишь одно сообщение о неврвправимом вывихе дистальной фаланги II пальца стопы: японские хирурги описали трех больных с подобным повреждением [1]. Это были молодые (как и наш пациент) люди. Двое из них в момент травмы были босиком (как и в нашем наблюдении). Ни в одном случае вправить вывих закрыто не удалось, так как этому мешала ущемленная в суставе подошвенная фиброзная пластинка. Последняя отрывается от места своего проксимального прикрепления на средней фаланге в момент переразгибания дистальной. Несложная операция из тыльного доступа оказалась эффективной во всех наблюдениях.

Безусловно, подобное повреждение возможно и в дистальном межфаланговом суставе других пальцев стопы, но встречается, по-ви-

димому, еще реже. Ранимость II пальца стопы связана, вероятно, с его анатомическими особенностями. Древние скульпторы и художники различали три формы стопы: «греческую» (II палец стопы длиннее I), «египетскую» (II палец короче I) и «квадратную» (оба пальца одинаковой длины) [2]. Однако у большинства людей, даже на «египетской» стопе, дистальный межфаланговый сустав II пальца располагается впереди других и первым встречает препятствие (в нашем наблюдении — выступающая половина).

Таким образом, неврвправимый вывих дистальной фаланги II пальца стопы — очень редкое, но весьма специфическое повреждение с характерным анамнезом и клиникой, требующее оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Katayama M., Murakami Y., Takahashi H. // J. Bone Jt Surg. — 1988. — Vol. 70A, N 5. — P. 769–770.
2. Viladot A. // Orthop. Clin. North. Am. — 1973. — Vol. 4, N 1. — P. 165–166.



ИНФОРМАЦИЯ

Отчет о Всероссийской конференции с международным участием «Проблема остеопороза в травматологии и ортопедии»

Конференция состоялась 16–17 февраля 2000 г. в Центральном институте травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. В ее организации, помимо ЦИТО и Минздрава РФ, активное участие приняло Московское отделение Российской ассоциации по остеопорозу. Столь широкомасштабное мероприятие по проблеме остеопороза среди ортопедов и травматологов проводилось впервые и вызвало огромный интерес, о чем свидетельствуют его «география» (были представлены большинство регионов России, Украина, Белоруссия, Литва) и число участников (209 человек).

Во вступительном докладе проф. С.Т. Зацепин коснулся истории изучения остеопороза в нашей стране, проанализировал его современное состояние, отметил большое значение исследований генетического аппарата и экспрессии генов у больных с различными формами остеопороза. Генетические исследования — то направление, с которым все больше связывают надежды на прогресс в ранней диагностике и эффективном лечении остеопороза, так как 60–80% случаев заболевания обусловлены генетической предрасположенностью. Эта точка зрения нашла подтверждение в докладе М.В. Асеева и соавт. (Санкт-Петербург), отметивших повышенную

частоту неполноценных аллелей генов VDR3 и COL1A1 при уже развившемся первичном остеопорозе у взрослых и детей. В докладе В.К. Ильиной и соавт. (Москва) были представлены результаты изучения эффективности клонирования клеток-предшественников остеобластов у пациентов с ювенильной и идиопатической формами остеопороза. Выявленные нарушения гистогенеза клеток-предшественников, по мнению авторов, генетически предопределены.

В докладе С.П. Миронова и С.С. Родионовой (Москва) остеопороз был представлен как одна из важных проблем травматологии и ортопедии: 94,6% случаев переломов шейки бедренной кости происходят на фоне остеопороза, в 27% случаев это заболевание становится причиной несращения переломов. Разрежение костных структур, ломкость трабекул, истончение кортикального слоя, характерные для остеопороза, ограничивают возможности стабильного остеосинтеза, становятся причиной развития нестабильности эндопротезов тазобедренного и коленного суставов в раннем и позднем послеоперационном периоде. Своевременно начатое консервативное лечение стимулирующими костеобразование и антирезорбтивными препаратами не только уменьшает потерю костной ткани вокруг имплантатов, но в ряде случаев позволяет ее предотвратить. По мнению авторов, успешное лечение переломов и развитие эндопротезирования возможны лишь