

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОДОШВЕННОГО ФИБРОМАТОЗА (БОЛЕЗНИ ЛЕДДЕРХОЗЕ)

Р.И. Мельцер, С.М. Ошуква, В.М. Милькин

Петрозаводский государственный университет

Авторы располагают четырьмя наблюдениями сравнительно редкой патологии — болезни Леддерхозе. Из четырех пациентов лишь один обратился к врачу в стадии образования узлов в подошвенном апоневрозе, остальные — значительно позднее, уже в стадии формирования десмогенных контрактур пальцев стоп. Поскольку данная патология часто сочетается с ладонным фиброматозом, для более ранней диагностики ее рекомендуется при обращении больных по поводу контрактуры Дюпюитрена обязательно осматривать и стопы. Предложен усовершенствованный план хирургического лечения болезни Леддерхозе, учитывающий многокомпонентность сгибательно-приводящей контрактуры I пальца.

Authors observed 4 patients with relatively rare pathology, i.e. Ledderhose disease. Only one out of 4 patients visited a clinician when the nodes started to form in plantar aponeurosis. The others consulted with the doctor when disease was at the stage of toe desmogenic contractures formation. As this pathology is often combined with palmar fibromatosis for its early diagnosis it is recommended to examine the feet in patients with Dupuytren's contracture. Perfected surgical technique for the treatment of Ledderhose disease is suggested. This technique takes into account a multi-component pattern of flexion-adduction contracture of the great toe.

При анализе данных литературы нам не удалось найти полного описания симптомокомплекса подошвенного фиброматоза. Скорее всего это можно объяснить редкостью заболевания и недостаточным вниманием к его клиническим проявлениям. Именно поэтому мы сочли целесообразным поделиться нашими наблюдениями.

Заболевание впервые описано немецким хирургом G. Ledderhose под названием «подошвенный фасциит». В современной литературе сообщения об этой патологии чрезвычайно скудны. Болезнь Леддерхозе, или подошвенный фиброматоз, представляет собой хроническое поражение апоневроза стоп, носит системный, склонный к рецидивированию характер и, как считают ряд авторов, является следствием нарушения кровоснабжения тканей стопы. Дегенеративные изменения подошвенного апоневроза идентичны изменениям ладонного апоневроза при контрактуре Дюпюитрена и имеют единые патогенетические механизмы.

Клинически заболевание дебютирует у мужчин в возрасте 30–60 лет образованием одного или нескольких узлов на подошвенной поверхности стопы, которые позднее трансформируются в плотные, спаянные с кожей тяжи. В этот период больные обычно не испытывают дискомфорта и потому обращаются за медицинской помощью крайне редко. Мы можем представить только одного пациента, лечившегося в травматологическом отделении больницы скорой медицинской помощи Петрозаводска по поводу болезни Леддерхозе в стадии образования узлов в подошвенном

апоневрозе без формирования контрактуры пальцев стопы.

Больной Т., 54 лет, поступил с жалобами на наличие уплотнений на подошвенной поверхности стопы. Около 3 лет наблюдался ортопедом. В последнее время обратил внимание на ограничение разгибания I пальцев стоп, в связи с чем и был госпитализирован. Пальпаторно ближе к внутреннему краю стоп определяются плотные безболезненные образования размером 1×0,5 и 1,5×1 см. Произведено иссечение рубцово-измененных участков апоневроза. Непосредственный и ближайший (через 3 мес) результат операции хороший, движения в суставах пальцев не ограничены, признаков рецидива нет.

Чаще же пациенты обращаются к врачу значительно позднее, уже в стадии формирования десмогенных контрактур пальцев стоп. Поражаются обычно обе стопы, и нередко это сочетается с ладонным фиброматозом, что свидетельствует о системном характере заболевания.

Иллюстрацией к сказанному может служить еще одно из четырех наших наблюдений.

Больной Р., 62 лет, впервые обратился в наше отделение в 1994 г. — как и описанный выше пациент, примерно через 3 года от начала заболевания, но уже с выраженной сгибательно-приводящей контрактурой I пальца левой стопы. Помимо деформации стопы, его беспокоило неудобство ношения обуви.

По медиальному краю подошвенной поверхности левой стопы располагается плотный, безболезненный тяж толщиной до 1 см, спаянный с кожей и идущий к основной фаланге I пальца. Последний отклонен кнутри на 45° и находится в положении сгибания под углом 90° (рис. 1, а). Тогда же отмечено формирование тяжа и начальное варусное отклонение I пальца и на правой стопе (рис. 1, б), однако в то время эти изменения мало беспокоили больного. Несмотря на длительность заболевания, к врачу больной обратился впервые,

хотя у него уже были выявлены контрактуры Дюпюитрена II–III степени на обеих кистях (рис. 2).

Произведены иссечение рубцово-измененного участка апоневроза левой стопы, устранение подвывиха и контрактуры I пальца, трансоссальная фиксация спицами Киршнера, гипсовая иммобилизация. От операции на кистях пациент отказался.

Только через 5 лет больной обратился вновь в связи с прогрессированием заболевания правой стопы, приведшим к формированию сгибательно-приводящей контрактуры с подвывихом I пальца (приведение 45° , сгибание 40°). Определялся плотный, спаянный с кожей тяж, идущий от середины стопы до межфалангового сочленения и удерживающий палец в порочном положении, в том числе и в состоянии сгибательной контрактуры в межфаланговом суставе. Рентгенологически подтвержден подвывих пальца кнутри и выявлены признаки вторичного деформирующего артроза.

Оперированная ранее левая стопа не деформирована, ось I пальца правильная, но определяется тугоподвижность в I плюснефаланговом сочленении с амплитудой движений в пределах $10^\circ/0^\circ/10^\circ$.

С учетом многокомпонентности и длительности существования контрактуры у данного больного нами усовершенствован вариант оперативного вмешательства. Дело в том, что в предлагаемой обычно схеме операции (иссечение рубцово-измененного подошвенного апоневроза) не учитываются: 1) сгибательная контрактура в I плюснефаланговом и межфаланговом сочленениях; 2) подвывих I пальца кнутри, объясняющийся асимметричным расположением рубцово-измененной части апоневроза и отсюда — эксцентриситетом тяг; 3) возможность появления дефицита покровных тканей при выведении I пальца стопы в положение гиперкоррекции.

При выполнении оперативного вмешательства мы использовали волнообразный операционный разрез по внутреннему краю подошвенной поверхности стопы с целью предупреждения формирования нефункционального послеоперационного рубца. Длина разреза определялась границами распространения рубцовых изменений. Было произведено выделение и иссечение рубцового тяжа. Поскольку, несмотря на увеличение подвижности пальца, вынужденное положение его сохранялось, с целью полного выведения пальца из порочного положения произведена медиально-подошвенная капсулотомия на уровне I плюснефалангового сустава, учитывающая комплексный сгибательно-приводящий характер контрактуры. Выполнена также подошвенная капсулотомия на уровне межфалангового сустава, где отмечался только сгибательный компонент деформации. Дополнительная мягкая редрессация позволила

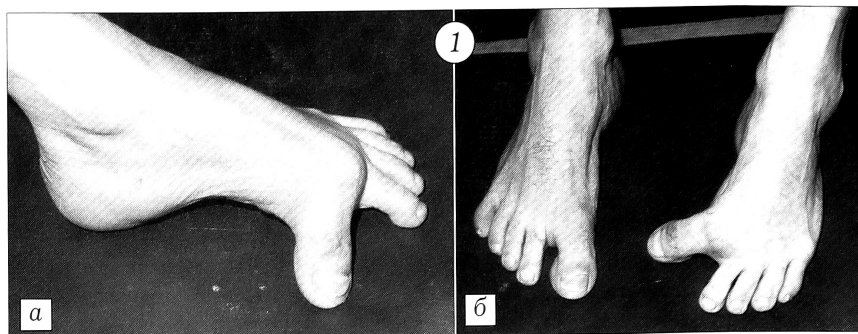


Рис. 1. Пациент Р. 62 лет с болезнью Леддерхозе.

а — левая стопа (вид сбоку),
б — правая и левая стопы (вид спереди) при первом обращении к врачу.

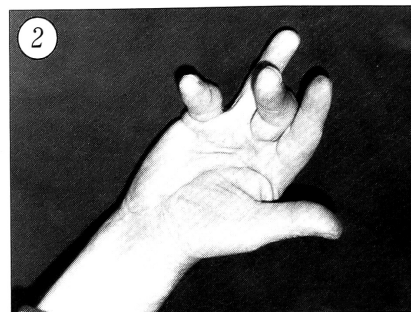


Рис. 2. Тот же больной. Контрактура Дюпюитрена.

сравнительно легко преодолеть сопротивление других структур и вывести палец в положение гиперкоррекции.

Учитывая длительность существовавшей деформации, в том числе варусного подвывиха в I плюснефаланговом суставе, и возможность рецидива, был сделан дополнительный разрез длиной 2 см по тыльно-наружной поверхности указанного сочленения. Латеральный капсульно-связочный комплекс пересечен на уровне суставной щели, а затем шит с укорочением путем создания дубликатуры. Корректированное положение I пальца зафиксировано пароссально проведенной спицей Киршнера. Ушивание раны прошло без технических сложностей.

Предложенная схема оперативного вмешательства позволила полностью устранить имеющуюся деформацию.

Через 4 мес после операции на правой и через 5 лет после вмешательства на левой стопе косметический результат хороший, рецидива заболевания нет. Сохраняется ограничение движений в плюснефаланговых суставах, особенно выраженное на левой стопе, связанное с развитием у больного деформирующего артроза I плюснефаланговых сочленений.

Этого осложнения можно было бы избежать в случае более раннего обращения больного. Считаем целесообразным при обследовании пациентов, обращающихся по поводу контрактуры Дюпюитрена, обязательно осматривать и стопы.

Данным сообщением нам хотелось напомнить о сравнительно редко встречающемся заболевании стоп и представить предложенный нами план устранения сгибательно-приводящей контрактуры I пальца стопы при болезни Леддерхозе.