

© А.М. Привалов, 2014

ОПЕРАТИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ ТЯЖЕЛОЙ ВТОРИЧНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ

А.М. Привалов

Центр хирургии стопы Международной клиники «МЕДЕМ», Санкт-Петербург, РФ

Представлен клинический случай успешной коррекции тяжелой ятрогенной деформации стопы у пациентки, перенесшей несколько неудачных операций по коррекции поперечного плоскостопия. Применение совокупности нескольких оперативных методик в сочетании с восстановлением анатомических соотношений костей стопы позволили достигнуть положительный результат.

Ключевые слова: ятрогенная деформация стопы, поперечное плоскостопие, реконструктивно-пластические операции.

Surgical Correction of Severe Secondary Anterior Foot Deformity

A.M. Privalov

Foot Surgery Center of the International Clinic «MEDEM», St. Petersburg, Russia

Clinical case of successful correction of severe iatrogenic foot deformity following several failed operations for transverse platypodia correction is presented. Application of several surgical techniques totality in combination with restoration of foot bones anatomical arrangement enabled to achieve positive result.

Key words: iatrogenic foot deformity, transverse platypodia, reconstructive-plastic operations.

Хирургия стопы — одно из динамически развивающихся направлений современной травматологии и ортопедии. Применение усовершенствованных оперативных методик, фиксирующих приспособлений, средств ортопедической поддержки в послеоперационном периоде позволило существенно улучшить результаты лечения, снизить частоту рецидивов деформации, сократить сроки реабилитации [1–3].

Тем не менее остается открытым вопрос хирургической коррекции рецидивов деформации переднего отдела стоп у пациентов, перенесших оперативные вмешательства, выполненные по устаревшим (на сегодняшний день) методикам [4, 5], особенно в отдаленном периоде, на фоне выраженных анатомических изменений стопы. В доступной медицинской литературе нам не удалось найти описания клинических случаев и способов коррекции повторной деформации переднего отдела стопы после хирургических вмешательств, современными методиками. В Центре хирургии стопы Международной клиники «МЕДЕМ» выполнено несколько успешных операций повторной коррекции ятрогенной деформации стоп. Приводим описание одного из наших клинических наблюдений с длительным положительным клиническим результатом лечения.

Больная С., 47 лет, обратилась за помощью 15.01.2010 с жалобами на грубую деформацию переднего отдела правой стопы, постоянные боли при ходьбе, трудности с выбором и ношением обуви. Из анамнеза известно, что с 17 лет начала формироваться деформация переднего отдела обеих стоп, вызванная поперечным плоскостопием, с образованием вальгусной дефор-

мации первых пальцев. После консультации хирурга 20 лет назад в стационарных условиях пациентке была выполнена операция по Шедде — Брандесу на обеих стопах. В послеоперационном периоде боли в области правой стопы не прекращались, вновь стала формироваться вальгусная деформация I пальца. Жалоб в отношении левой стопы не предъявляла. Через 3 года перенесла повторную операцию по McBride на I пальце правой стопы. Положительный клинический эффект сохранялся не более 2 лет, после чего возникла варусная деформация I пальца и молоткообразная деформация II и III пальцев. Повторно возник и вырос болевой синдром. Десять лет назад перенесла очередную операцию на сухожилиях сгибателей II–III пальцев и связочном комплексе I пальца. В течение 2 лет после последней операции повторно возникла варусная деформация первого I пальца и молоткообразная деформация II и III пальцев. За годы, предшествующие обращению в Центр, деформация усилилась. Сформировался выраженный болевой синдром.

При осмотре: ходьба с умеренной хромотой на правую ногу. Кожные покровы подошвенной поверхности правой стопы обычной окраски. Местная температура не повышена. Венозный рисунок изменен. Грубая варусная деформация I пальца с диастазом более 1,5 см по отношению ко II пальцу. Выраженная молоткообразная деформация II и III пальцев с ригидным проксимальным межфаланговым суставом II пальца (рис. 1, а). Выраженные болезненные гиперкератозы по медиальной поверхности I пальца, тыльной поверхности межфаланговых суставов II–III пальцев, на подошвенной поверхности в области II–III плюснефаланговых суставов и вдоль латерального края стопы. Деформация тейлора. При пальпации передний отдел правой стопы болезненный. Амплитуда движений в суставах I–III пальцев ограничена. Для уменьшения выраженности болевого синдрома и обеспечения возможности носить обувь пациентка была вынуждена ежедневно накладывать циркулярную повязку на передний отдел стопы канцелярским скотчем или лейкопластырем для формирования подобия свода и приведения I пальца. При ходьбе, также для уменьшения боли, основная опора приходилась на латеральный край стопы.



Рис. 1. Внешний вид (а) и рентгенограммы (б) правой стопы при поступлении в клинику.

Рис. 2. Рентгенограммы правой стопы после операции

Рис. 3. Внешний вид и функция правой стопы через 3,5 года после операции.

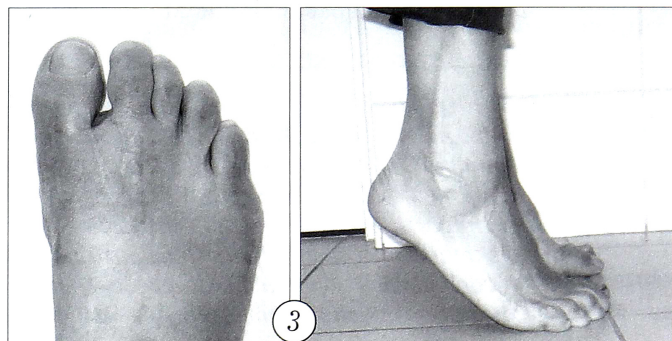
На рентгенограммах определялись признаки поперечного плоскостопия, выраженная деформация головки I плюсневой кости и основания проксимальной фаланги I пальца, признаки деформирующего артроза I плюснефалангового сустава, медиального подвывиха I пальца, тыльного вывиха II пальца (рис. 1, б).

Диагноз: двустороннее поперечное плоскостопие III степени, состояние после реконструктивно-пластических операций на обеих стопах, деформирующий артроз I плюснефалангового сустава III степени с полным вывихом в суставе, молоткообразная деформация II–III пальцев, деформация тейлора, выраженный болевой синдром справа.

Операция. Из линейного доступа по старому послеоперационному рубцу на тыльной поверхности I пальца после иссечения рубцов и обработки суставных поверхностей специальными фрезами выполнен артродез плюснефалангового сустава. Фиксация канюлированным винтом и скобой. Из мини-доступа по старому рубцу во втором межпальцевом промежутке выполнен релиз области II и III плюснефаланговых суставов, Weil-остеотомия III плюсневой кости с фиксацией микровинтом. Произведены следующие вмешательства: операция Гомана на II пальце, закрытая реддрессация III пальца, фиксация пальцев в правильном положении спицами Киршнера. Из мини-доступа по латеральной поверхности луча V пальца выполнена Austin-остеотомия V плюсневой кости, фиксация канюлированным винтом (рис. 2). Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты на 14-й день после операции, спица удалена через 3 нед. Пациентка в течение 5 нед передвигалась в специальной послеоперационной обуви. После контрольной рентгенографии на 6-й неделе осуществлен переход на обычную обувь с индивидуально изготовленными ортопедическими стельками. Проведен курс реабилитационного лечения (специальная гимнастика, физиотерапевтическое лечение, массаж). Функция нижней конечности в полном объеме восстановилась к 10-й неделе после операции.

В результате оперативного и последующего реабилитационного лечения восстановлена форма стопы, купирован болевой синдром, пациентка получила возможность ношения модельной обуви. На последнем контрольном осмотре (через 3,5 года после операции) активно жалоб не предъявляет, гиперкератозы отсутствуют, ходит с полной и правильной нагрузкой на стопу, носит обувь на каблучке, свободно встает и удерживается на носках и пятках (рис. 3).

Знание особенностей анатомических изменений при различных степенях статической деформации и правильное применение современных оператив-



ных методик позволяют успешно корригировать тяжелую степень деформации стопы. Пациентам с подобной патологией в послеоперационном периоде целесообразно проводить специализированное реабилитационное лечение и ортопедическую поддержку (в том числе с использованием индивидуальных стелек) под наблюдением оперировавшего ортопеда.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Диваков М.Г. Остеотомия «scarf» в лечении больных с вальгусной деформацией 1-го пальца стопы. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2001; 1: 41–5 [Divakov M.G. «Scarf» osteotomy in treatment of patients with hallux valgus deformity. Vestnik travmatologii i ortopedii im. N.N. Priorova. 2001; 1: 41–5 (in Russian)].
2. Карданов А.А., Макинян Л.Г., Лукин М.П. Оперативное лечение деформаций первого луча стопы: история и современные аспекты. М.: Медпрактика-М; 2008: 24 [Kardanov A.A., Makinyan L.G., Lukin M.P. Surgical treatment of first ray of the foot deformities: history and modern aspects. Moscow: Medpraktika-M; 2008: 24 (in Russian)].
3. Корж Н.А., Прозоровский Д.В., Романенко К.К., Горидова Л.Д. Тактика лечения пациентов в послеоперационном периоде после ортопедических оперативных вмешательств на переднем отделе стоп. Травма. 2011; 1 (12): 39–42 [Korzh N.A., Prozorovskiy D.B., Romanenko K.K., Goridova L.D. Therapeutic approach to patients in postoperative period after orthopedic surgery on forefoot. Travma. 2011; 1 (12): 61–4 (in Russian)].
4. Lagaay P.M., Hamilton G.A., Ford L.A., Williams M.E., Rush S.M., Schuberth J.M. Rates of revision surgery using Chevron-Austin osteotomy, Lapidus arthrodesis, and closing base wedge osteotomy for correction of hallux valgus deformity. J. Foot Ankle Surg. 2008; 47 (4): 267–72.
5. Richard V., Haupt D.J., Heaslet M.W., Walston S. Complications of screw-fixed chevron osteotomies for the correction of hallux abducto valgus. JAPMA. 2003; 93 (6): 499–502.