

©Коллектив авторов, 2015

О ВЫВИХАХ МАЛОБЕРЦОВЫХ СУХОЖИЛИЙ

Н.А. Корышков, А.С. Ходжиев, А.М. Дзюба, С.М. Платонов, С.В. Ларионов, А.О. Щербаков

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова»
Минздрава России, Москва, РФ

Представлено клиническое наблюдение пациента с посттравматическим деформирующим артрозом подтаранного сустава вследствие перелома пяточной кости, у которого в ходе предоперационного обследования был выявлен закрытый застарелый вывих малоберцовых сухожилий левой стопы. Обоснована необходимость тщательного обследования пациентов с повреждениями заднего отдела стопы и целесообразность выполнения вмешательств не только на костных, но и на мягкотканых структурах, предусматривающих возвращение малоберцовых сухожилий в анатомическое ложе.

Ключевые слова: задний отдел стопы, посттравматический артроз, пяточная кость, посттравматическое плоскостопие.

Peroneal Tendon Dislocations

N.A. Koryshkov, A.S. Khodjiev, A.M. Dzyuba, S.M. Platonov,
S.V. Larionov, A.O. Shcherbakov

Central Institute of Traumatology and Orthopaedics named after N.N. Priorov,
Moscow, Russia

Clinical observation of patients with posttraumatic deforming arthrosis of subtalar joint resulted from calcaneus fracture and preoperatively diagnosed closed old dislocation of left foot peroneal tendons is presented. The necessity of thorough examination of patients with hindfoot injuries and expediency of surgical interventions not only on the bony but also on the soft tissue structures is substantiated. Such interventions will provide for the restoration of the normal anatomical position of peroneal tendons.

Key words: hindfoot, posttraumatic arthrosis, calcaneus, posttraumatic flatfoot.

Вывихи малоберцовых сухожилий в отечественной литературе освещаются нечасто [1]. Согласно данным зарубежных исследователей [2–4], они возникают преимущественно у спортсменов и людей физического труда. Однако существует еще одна категория пациентов — люди, перенесшие высокоэнергетические повреждения (пострадавшие в дорожно-транспортных происшествиях или при падении с высоты (кататравма)), у части из которых наряду с переломами одной или обеих пяточных костей встречаются и вывихи малоберцовых сухожилий. Описания подобных клинических наблюдений у отечественных ортопедов-травматологов мы не встретили.

Указанная травма проходит незамеченной, под флагом манифестирующей основной травмы. Для большинства специалистов, как и для нас в период набора опыта, эта ситуация является случайной находкой при выполнении операций подтаранного артродеза.

Сейчас мы выявляем эту патологию пальпаторно при первичном осмотре; подтвердить диагноз можно данными УЗИ (рис. 1).

В период с 2010 по 2015 г. нами было проведено 72 подтаранных артродеза у пациентов с последствиями переломов пяточной кости со смещением отломков и клиникой посттравматического дефор-

мирующего артроза подтаранного сустава. Среди них вывихи малоберцовых сухожилий встретились у 7 больных.

Считаем целесообразным привести одно из наших клинических наблюдений в связи с увеличивающимся интересом ортопедов к хирургии стопы и ростом числа выполняемых подтаранных артродезов [1–3].

Пациент К., 30 лет. 17.10.12 получил кататравму в результате падения с высоты 6-го этажа. Первая помощь оказана в больнице г. Горячий Ключ. В Краснодаре произведена закрытая ручная репозиция правой пяточной кости, фиксация перелома винтами. Послеоперационный период протекал с осложнениями (локальное нагноение), потребовавшими удаления конструкции. Дальнейшее лечение консервативное: антибиотики, задние гипсовые лонгеты на обе стопы и голени, перевязки. Вставать на ноги начал через 4 мес после травмы.

В июне 2013 г. направлен на консультацию в ЦИТО. Диагноз: консолидированные переломы обеих пяточных костей со смещением отломков, посттравматический деформирующий артроз обоих подтаранных суставов, болевой синдром больше справа (рис. 2, 3). Первым этапом в ЦИТО в июне 2013 г. был выполнен подтаранный артродез справа с фиксацией канюлированными винтами.

В 2014 г. поступил для второго этапа лечения. Местный статус: кожные покровы обеих стоп и голеней слегка цианотичны, на правой стопе по наружному краю имеется послеоперационный рубец. При осмотре левой стопы

в ходе выполнения тыльной флексии визуально и пальпаторно определялось смещение малоберцовых сухожилий подкожно на наружную лодыжку, на основании чего диагноз был дополнен: подтаранный анкилоз справа, посттравматический деформирующий артроз подтаранного сустава слева, закрытый застарелый вывих малоберцовых сухожилий левой стопы (рис. 4).

20.10.14 выполнена операция на левой стопе: подтаранный артродез с костной аутопластикой, вправление малоберцовых сухожилий.

Техника операции. Произведен дугообразный разрез, огибающий наружную лодыжку, с выделением дистального отдела малоберцового нерва, проведением его мобилизации и блока раствором анестетика. Остро и тупо

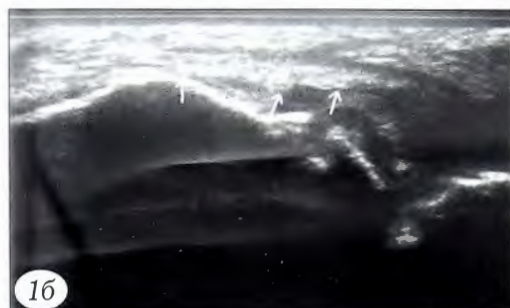


Рис. 1. Внешний вид правой стопы (а) и данные УЗИ (б) пациента со смещенными на наружную лодыжку малоберцовыми сухожилиями.

Рис. 2. Рентгенограммы обеих стоп в боковых и аксиальных проекциях при поступлении.

Рис. 3. Компьютерные томограммы во фронтальной плоскости при поступлении.

Определяется значительное смещение наружных стенок обеих пяточных костей в результате их посттравматической деформации.

Рис. 4. Рентгенограммы через 1 год после операции на правой стопе в ЦИТО.



Рис. 5. Этапы операции на левой стопе.

а — сухожилие короткой малоберцовой мышцы, лежащее на наружной лодыжке (верхушка лодыжки указана хирургическим зажимом);

б — вскрытое «псевдовлагалище» на наружной лодыжке с находящимся в нем сухожилием короткой малоберцовой мышцы. Сухожилие находится в положении вывиха на наружной лодыжке;

в — сухожилия обеих малоберцовых мышц вправлены в их анатомически правильное положение (за и под наружную лодыжку). Фиксация рубцово-надкостничным лоскутом, выполняющим роль удерживателя.

Рис. 6. Рентгенограммы до (а) и после (б) операции на левой стопе.



разъединены мягкие ткани. Отсечена в сагиттальной плоскости наружная часть «грушевидного» выпячивания смещенных отломков пяточной кости. Вскрыта и мобилизована зона подтаранного сустава, резецированы суставные поверхности таранной и пяточной костей. Выполнены забор аутотрансплантата из подвздошного гребня, моделирование его с последующим позиционированием в зоне артродеза. Временная фиксация спицами, ЭОП-контроль, введение винтов.

После завершения артродеза подтаранного сустава проведена ревизия и мобилизация малоберцовых сухожилий. Вывихнутые сухожилия находились в составе проксимального лоскута в рубцовом новообразованном сухожильном «псевдовлагалище» на наружной лодыжке (рис. 5, а). После его вскрытия (рис. 5, б) сухожилия были выделены. Для их фиксации мы использовали технику, подобную Azar [2]. Сформирован канал, огибающий сзади и снизу наружную лодыжку, создан поднадкостнично-рубцовый лоскут, сухожилия вправлены. Лоскут, играющий роль части удерживателя сухожилий сгибателей, чрескостно фиксирован к наружной кортикальной стенке пяточной кости (рис. 5, в; рис. 6).

Спицы удалены, рана отмыта и дренирована, послойно ушита. Заживление раны первичное.

Мы считаем, что хирурги, проводящие подтаранный артродез, должны выполнять и операцию вправления малоберцовых сухожилий с их фиксацией во вновь сформированный анатомически схожий канал. В результате восстанавливается натяжение сухожилий, возвращенных в их анатомическое ложе — под и за наружную лодыжку, которая представляет собой блок, и, соответственно, восстанавливается тонус короткой и длинной малоберцовых мышц, что обеспечивает поддержание сводов стопы. Это, на наш взгляд, является и формообразующим элементом, и играет важную роль в восстановлении биобаланса сил, способствующих компенсации посттравматического плоскостопия.

На это же направлено и низведение пяточного бугра при расклинивающем подтаранном артродезе с костной алло- или аутопластикой. Опускание точки прикрепления пяточного сухожилия вместе с костным фрагментом способствует восстановлению тонуса трехглавой мышцы голени (*m. triceps sure*). Формирующийся в результате этой операции костный анкилоз зоны подтаранного сочленения — один из факторов, обуславливающих исчезновение посттравматического болевого синдрома.

Сведения об авторах: Корышков Н.А. — доктор мед. наук, вед. науч. сотр., рук. группы патологии стопы и голеностопного сустава ЦИТО им. Н.Н. Приорова; Ходжиев А.С. — аспирант ЦИТО им. Н.Н. Приорова; Дзюба А.М. — врач-травматолог поликлиники ЦИТО им. Приорова; Платонов С.М. — канд. мед. наук, врач травматолог БСМП им. Н.В. Соловьева, Ларионов С.В. — канд. мед. наук, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии ЯГМУ; Щербак А.О. — канд. мед. наук, доцент кафедры нормальной физиологии с биофизикой ЯГМУ.

Для контактов: Корышков Николай Александрович. 127299, Москва, ул. Приорова, д. 10, ЦИТО. Тел.: +7 (926) 908-51-86. E-mail: nik-koryshov@yandex.ru.

Заключение. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует, что пациенты, перенесшие перелом пяточной кости, подлежат тщательному обследованию. При предоперационном планировании следует учитывать клинические проявления и данные методов лучевой диагностики (УЗИ, МРТ). Наш опыт показывает, что частота вывихов малоберцовых сухожилий среди пациентов с переломом пяточной кости может достигать 10%, поэтому реконструкция у них должна проводиться в полном объеме с использованием костных и мягкотканых хирургических методик.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Гиршин С.Г., Лазишвили Г.Д., Дубров В.Э. Повреждения и заболевания мышц, сухожилий и связок (клинический опыт и обзор литературы). М.: ИПК Дом книги; 2013: 467–71 [Girshin S.G., Lazishvili G.D., Dubrov V.E. Injuries and diseases of the muscles, tendons and ligaments: clinical experience and literature review. Moscow: Dom knigi; 2013: 467–71 (in Russian)].
2. Azar F.M. Displacement of tendons; peroneal tendons; posterior tibialis dislocations. In: Canale S.T., ed. Campbell's operative Orthopedics. 10th ed. vol. 3. Elsevier; 2003: 2484–9.
3. Платонов С.М., Корышков Н.А. Лечение осложнений переломов пяточной кости. Травматология и ортопедия России. 2006; 2 (40): 236–7 [Platonov S.M., Koryshkov N.A. Treatment for complications of heel bone fractures. *Travmatologiya i ortopediya Rossii*. 2006; 2 (40): 236–7 (in Russian)].
4. Тихилов Р.М., Фомин Н.Ф., Корышков Н.А., Емельянов, В.Г., Привалов А.М. Современные аспекты лечения последствий переломов костей заднего отдела стопы. Травматология и ортопедия России. 2009; 2: 144–9 [Tikhilov R.M., Fomin N.F., Koryshkov N.A., Emel'yanov V.G., Privalov A.M. Current aspects of treatment of hindfoot fracture complications. *Travmatologiya i ortopediya Rossii*. 2009; 2: 144–9 (in Russian)].
5. Пахомов И.А. Хирургическая тактика и организация специализированной помощи пациентам с ортопедической патологией стопы и голеностопного сустава: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Новосибирск; 2012 [Pakhomov I.A. Surgical tactics and organization of specialized care to patients with hindfoot and ankle joint orthopaedic pathology. Dr. med. sci. Diss. Novosibirsk; 2012 (in Russian)].
6. Porter D., McCarroll J., Knapp E., Torma J. Peroneal tendon subluxation in athletes. Fibular grooved deepening and retinacular construction. *Foot Ankle Int*. 2005; 26 (6): 436.