

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОПЕРЕЧНОГО ПЛОСКОСТОПИЯ И ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА

Хайдаров Одилхон Лазизович
студент 408-группы лечебного факультета

Жураев Исломбек Иззатуллаевич
студент 426-группы лечебного факультета

Жураев Ильхом Гуломович
научный руководитель, ассистент кафедры травматологии
Самаркандский государственный медицинский университет, г.
Самарканд, Узбекистан

Актуальность

К наиболее распространенным видам патологии стопы относится поперечное плоскостопие, его следствие - вальгусная деформация первого пальца стопы. Взгляды на патогенез поперечного плоскостопия различны. Большинство авторов основным в патогенезе считают медиальное отклонение первой плюсневой кости, иногда в сочетании с латеральным отклонением пятой плюсневой кости и веерообразным расхождением всех плюсневых костей. К настоящему времени предложено свыше 400 методов оперативного лечения этой патологии стоп. Из-за неудовлетворенности результатами поиск новых способов продолжается. Выделяют три степени поперечного плоскостопия в зависимости от угла отклонения первого пальца стопы. Одной из задач лечения является нормализация свода стопы. Кроме пяти продольных сводов имеется и поперечный свод, арка которого образована головками плюсневых костей. Опорными являются головки первой и пятой плюсневых костей.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения поперечного плоскостопия и вальгусной деформации первого пальца путем дифференцированного применения и совершенствования малотравматичных и патогенетически обоснованных оперативных вмешательств.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 41 больных с поперечным плоскостопием и hallux valgus в возрасте от 12 до 50 лет, находившихся на лечении в ортопедотравматологической отделении. Среди 23 женщин и 18 мужчин наиболее представительной (78,4%) оказалась группа лиц в возрасте 18-40 лет. Длительность болезни составила от 1 года до 10 лет. Подавляющее число пациентов (82,7%) обратилось за хирургической помощью позже 5 лет с начала заболевания, а большинство мужчин (69,8%) - в срок свыше 8 лет. Полученные данные свидетельствовали о медленном прогрессирующем течении заболевания, которое достигает значительного развития в период 10-15 лет, когда возникают выраженные изменения переднего отдела стопы, осложненные болевым синдромом. Выбор метода оперативного лечения в наших наблюдениях определялся, прежде всего, формой деформации переднего отдела стопы. Нефиксированная деформация ("мягкая" стопа) являлась показанием для выполнения транспозиции приводящей мышцы большого пальца на I плюсневую кость. При фиксированной форме деформации ("ригидная" стопа) выполняли корригирующую остеотомию основания I метатарзальной кости или применяли комбинированную методику, сочетающую остеотомию с миотранспозицией. Наряду с радикальными хирургическими вмешательствами, ликвидирующими поперечную распластанность, проводили и паллиативное лечение, заключающееся в резекции костно-хрящевого экзостоза по Шеде.

Результаты. Результаты лечения в сроки от 6 месяцев до 3 лет изучены у 41 больных (63,5%) на 82 стопе. Исходы лечения нефиксированной формы поперечного плоскостопия прослежены у 41 больных, которым было выполнено операции транспозиции приводящей мышцы большого пальца. Отличные результаты составили 25,0%, хорошие - 52,7%, удовлетворительные - 14,3%, неудовлетворительные - 8,0%. Транспозиция приводящей мышцы в костный канал и метод миолаванснотранспозиции позволили получить преимущественно отличные и хорошие результаты (84,9-86,4%). В то же время, разработанный способ обеспечил наиболее полноценную и стабильную



коррекцию деформации при поперечном плоскостопии (91,6% отличных и хороших исходов).

Заключения. Таким образом при фиксированной форме поперечного плоскостопия наиболее оправдано применение комбинированной операции, сочетающей корригирующую остеотомию основания I плюсневой кости с транспозицией приводящей мышцы, что позволяет устранить патологическое воздействие последней при поперечном плоскостопии и использовать ее функцию для удержания плюсневых костей в корригированном положении.

