

МЕТОДИКА КОРРЕКЦИИ НАКЛОНА СУСТАВНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛОВКИ ПЕРВОЙ ПЛЮСНЕВОЙ КОСТИ ПРИ HALLUS VALGUS III СТЕПЕНИ

Конецкий А.А., Балабанович М.Ю.

*Гродненский государственный медицинский университет,
ГКБ СМП г. Гродно*

Актуальность. На сегодняшний день оперативные вмешательства при наружном отклонении первого пальца занимают одно из первых мест в хирургии стопы. Большое количество оперативных методик (более 400), высокий процент неудовлетворительных результатов, являются определяющими при выборе операций.

В своей практике зачастую хирург сталкивается с ситуацией, когда вальгусное отклонение первого пальца сочетается с варусным отклонением первой плюсневой кости, причем угол M1M2 превышает 15°. Методом выбора при такой деформации являются проксимальные остеотомии первой плюсневой кости. Критериями выбора для данного вида оперативного вмешательства являются: значительное варусное отклонение первой плюсневой кости (угол M1M2 свыше 15°), нейтральный угол наклона суставной поверхности первой плюсневой кости (PASA), относительная плюсневая протрузия (вторая плюсневая кость на 2-3 мм длиннее первой).

Цель. Модифицировать проксимальную клиновидную остеотомию с возможностью коррекции угла наклона суставной поверхности первой плюсневой кости и избежать ее укорочения при удалении костного клина.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты оперативного лечения 100 пациентов прооперированных в травматологическом отделении № 2 УЗ «ГК БСМП г. Гродно» с 2012 года по 2017 год.

У пациентов, которых варусная деформация первой плюсневой кости (угол M1M2) превышала 15 градусов наиболее радикальной, малоинвазивной и стабильной оказалась косая проксимальная остеотомия первой плюсневой кости с сохранением медиальной кортикальной пластинки (модификация Patton 1992). Но у пациентов с положительным углом наклона суставной поверхности первой плюсневой кости (угол PASA свыше 6°), а так же при отрицательной

плюсневой протрузии первой плюсневой кости (M1 значительно короче M2) выполнение данной оперативной методики не представлялось возможным, так как не осуществлялась коррекция данных показателей.

Результаты. С целью коррекции и нормализации показателей PASA и сохранения длины первой плюсневой кости нами предложена подголовчатая остеотомия первой плюсневой кости.

После удаления костно-хрящевого экзостоза, восстановления капсуло-связочного баланса, выполнения косой проксимальной остеотомии в модификации Patton, отступя 2 мм от наружного края суставной поверхности головки первой плюсневой кости с помощью маятниковой пилы нами выполнялась косая остеотомия под углом 45° по направлению снаружи кнутри, снизу вверх сохраняя внутренний кортикальный слой. Затем медленным редрессирующим движением отклонялась головка первой плюсневой кости до нормализации угла наклона суставной поверхности первой плюсневой кости. Образовавшийся треугольный дефект заполнялся трансплантатом с кортикальным слоем, изъятый после выполнения косой проксимальной остеотомии. В большинстве случаев остеотомия стабильная и не требует дополнительной фиксации. В случае нестабильности (перелом внутренней кортикальной пластинки при редрессации), зона остеотомии фиксировалась компрессирующим винтом.



Клинический пример 1
Пациентка К. 43 года
До операции



Клинический пример 1
Пациентка К. 43 года
После операции (стрелкой указан
перенесенный трансплантат)

Выводы. Предложенная методика косой дистальной остеотомии с сохранением внутренней кортикальной пластинки позволяет скорректировать и нормализовать угол наклона суставной поверхности первой плюсневой кости, а так же избежать избыточного укорочения первой плюсневой кости за счет перемещения и сохранения клиновидного трансплантата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карданов А.А. Оперативное лечение деформаций первого луча стопы: история и современные аспекты / М.: Медпрактика – М, 2008.-103с.
2. Прозоровский Д.В. Оценка результатов хирургического лечения деформаций переднего отдела стопы (обзор литературы) / Д.В. Прозоровский// Український морфологічний альманах. - 2010.-Т8, №3.
3. Прозоровский Д.В. Выбор способа фиксации при проксимальной остеотомии первой плюсневой кости /Д.В. Прозоровский, К.К.Романенко, Л.Д. Горидова, Д.В.Ершов //Травма.-2012.-Т.13. №3.
4. Robinson A.H.N. Modern concepts in the treatment of hallus valgus / A.H.N. Robinson, J.P.Limbers // J. Bone Joint Surg.-2005.-Vol.87-B.

ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КРИТЕРИЕВ ПРИ ВЫБОРЕ ОПЕРАТИВНОЙ МЕТОДИКИ КОРРЕКЦИИ HALLUS VALGUS

Конецкий А.А., Балабанович М.Ю.

*Гродненский государственный медицинский университет,
ГКБ СМП г. Гродно*

Актуальность. Впервые термин Hallus valgus ввел в 1871 году Carl Neuter, который назвал так отклонение первого пальца стопы кнаружи от центральной оси тела. Первая остеотомия плюсневой кости, как метод оперативного лечения данной патологии, была выполнена спустя 10 лет. 4 мая 1881 года Reverdin, после удаления экзостоза плюсневой кости выполнил клиновидную резекцию с противоположной стороны, что стало прообразом последующих операций по коррекции вальгусной деформации первого пальца при помощи остеотомии. На сегодняшний день проблема лечения деформации первого пальца не утратила своего значения. Описано более 400 видов оперативных вмешательств при наружном отклонении пальца стопы. Правильно выбранные показания и как следствие, выбор методики оперативного лечения - являются определяющими в лечении данной патологии.

Цель. Цель данной работы – оценить основные показатели и