



## Особенности ведения послеоперационного периода при лечении поперечной деформации переднего отдела стопы

*В настоящее время все большее число ортопедов при лечении поперечной распластанности переднего отдела стопы с вальгусной деформацией первого пальца отдают предпочтение сухожильно-мышечной пластике, так как она отвечает современным требованиям: устраняет основную причину имеющейся деформации – поперечное плоскостопие, является малотравматичной с относительно коротким и комфортным послеоперационным периодом. В случае наличия сопутствующего остеоартроза первого плюснефалангового сустава стопы сухожильно-мышечная пластика дополняется артропластикой первого плюснефалангового сустава, а послеоперационный период включает в себя комплекс реабилитационных мероприятий ФТЛ, ЛФК, массажа, а также хондропротективную терапию.*

### Цель исследования

Улучшение результатов лечения поперечной распластанности переднего отдела стопы при сопутствующем остеоартрозе первого плюснефалангового сустава.

### Материал исследования

Нами была разработана и внедрена в практическое здравоохранение операция, осуществляемая по следующей методике (патент РФ на изобретение № 2093096). Продольным разрезом длиной 4 см на тыльной поверхности стопы между I и II плюсневными костями от межпальцевого промежутка до средней трети I плюсневой кости осуществляли доступ к сухожилию приводящей мышцы I пальца. Сухожилие вместе с наружным участком капсулы I плюснефалангового сустава тщательно отсекали – сначала от основания I плюсневой кости, а затем от наружной сесамовидной кости. Выделен-

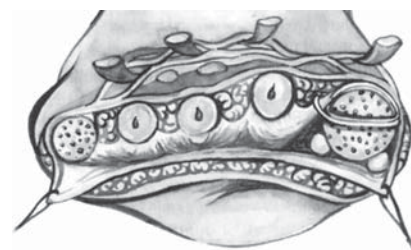
ное сухожилие приводящей мышцы несколько раз прошивали прочной синтетической нитью длиной до 20 см и подтягивали к тылу стопы. Рассекали склерозированную капсулу I плюснефалангового сустава по ходу суставной щели и удаляли костно-хрящевые разрастания на латеральной поверхности головки I плюсневой кости и у основания фаланги.

На внутренней поверхности стопы в области головки I плюсневой кости дугообразным разрезом, обращенным в подошвенную сторону, рассекали кожу и подкожную клетчатку. Слизистую сумку, если она успела сформироваться, удаляли. Из внутренней поверхности капсулы I плюснефалангового сустава выкраивали языкообразный лоскут, основанием обращенный к I пальцу. Экзостоз и другие разрастания на головке I плюсневой кости тщательно удаляли. На внутренней подошвенной поверхности I плюсневой кости, у основания головки, выделяли и пересекали сухожилие отводящей мышцы I пальца. Проксимальный конец сухожилия подшивали одним тонким капроновым швом к окружающим мягким тканям. Пересечение сухожилия отводящей I палец мышцы производили с целью предотвращения отклонения I пальца кнутри.

Над головкой I плюсневой кости в мягких тканях формировали тоннель, через который проводили сухожилие приводящей мышцы I пальца. Через отверстие в головке I плюсневой кости выводили нити на наружную сторону. Сухожилие подтягивали за концы нитей, одновременно устраняли поперечную распластанность стопы и варусное отклонение I плюсневой кости. При корригированном положении I плюсневой кости концы нитей завязывали над сухожилием приводящей мышцы. После данного этапа операции устранялась варусная деформация I плюсневой кости и вальгусная деформация I пальца. Языкообразный лоскут, выкраенный из капсулы I плюснефалангового сус-



Классификация поперечной деформации переднего отдела стопы.



Мышца, приводящая большой палец, транспозирована на первую плюсневую кость.

тава, подшивали на прежнее место. Накладывали послойные швы на рану. Гипсовую иммобилизацию не применяли.

В позднем послеоперационном периоде, на 30-е сутки, для улучшения кинетики, устранения болевого синдрома и увеличения амплитуды движений в I плюснефаланговом суставе мы вводили в его полость «Ферматрон» 1% – 0,6–0,7 мл. Во всех случаях отмечался хороший клинический эффект. Помимо увеличения объема движений и устранения болевого синдрома больные отмечали общее улучшение качества жизни и полное удовлетворение проведенным лечением и полученным результатом.

### Вывод

Лечение поперечной распластанности стопы с вальгусной деформацией I пальца с сопутствующим остеоартрозом I плюснефалангового сустава с использованием «Ферматрона» 1% позволило пациентам сократить сроки общей послеоперационной реабилитации с двух до полутора месяцев,

**Помимо увеличения объема движений и устранения болевого синдрома больные отмечали общее улучшение качества жизни и полное удовлетворение проведенным лечением и полученным результатом**

значимо снизить выраженность болевого синдрома, избежать тугоподвижности в I плюснефаланговом суставе и улучшить качество жизни.

Ассистент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии с курсом травматологии и ортопедии ФУВ, к.м.н. Д.Ю. Петров



До операции.



Рентгенограммы до операции.



Наложение жгута (до операции).



Выполнение внутрикостной анестезии раствором лидокаина.



Выполнен оперативный доступ. Мышца, приводящая большой палец, прошита.



Вторым разрезом, огибающим головку первой плюсневой кости, осуществлен доступ к первому плюснефаланговому суставу. Из капсулы сустава выкроен лоскут треугольной формы. Осуществлен доступ к головке первой плюсневой кости.



С помощью долота удален экзофит головки первой плюсневой кости.



В первой плюсневой кости проделан канал, через который к ней фиксирована мышца, приводящая большой палец.



Результат операции на вторые сутки. Палец в корригированном положении, поперечный свод стопы сохранен. Рана заживает первичным натяжением. Спустя 1,5 месяца.