

Г. С. САМОЙЛОВ

98 операций Вредена при Hallux valgus

Из Татарского ин-та ортопедии и травматологии и одноименной клиники Гос. ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в г. Казани (директор доц. Л. И. Шулутко)

Под термином Hallux valgus (H. v.) подразумевают отводящую контрактуру первого пальца стопы.

Сравнительно небольшой участок человеческого тела, занятый деформацией, с давних пор и по настоящее время привлекает внимание хирургов своей значительной распространенностью, невыясненностью этиологии и неудовлетворительными результатами лечения. Шкловский в своей диссертации указывает на 219 работ русских и иностранных авторов по данному вопросу. Фридланд считает заболевание „типичным вестиментарным обезображиванием“.

Под влиянием внутреннего края обуви, скошенного наружу, и узкого носка, вершина которого лежит против второго пальца, большой палец постоянно реддрессируется и отводится кнаружи, обуславливая тем самым наличие деформации. По Вредену H. v. бывает первичный женский и вторичный мужской. Женский H. v. образуется в силу соскальзывания ноги вперед и вниз с высокого каблука модной обуви; встречая сопротивление внутреннего скошенного края туфли, большой палец отводится наружу и ложится здесь на или под соседние пальцы. Прогрессирующее плоскостопие, при котором увеличивается длинник стопы, является причиной возникновения мужского или вторичного H. v. С увеличением длинника стопы, обувь, бывшая до развития плоскостопия нормальной, становится малой, и большой палец, под влиянием давления, отклоняется кнаружи.

Кроме указанной существует еще целый ряд самых разнообразных теорий, на которых мы не имеем возможности здесь остановиться. Материал нашей клиники заставляет предполагать, что этиология страдания чрезвычайно разнообразна; это предположение подтверждается описанными в литературе случаям H. v., происшедшими на почве полиомиелита, травмы, деформирующего артрита плюснефалангового сочленения, рахита и т. д.

Заслуживает также внимания случай H. v., наблюдавшийся нами у больной А., где заболевание возникло в связи с наличием остеохондропатии типа Келера II. Благодаря экзостозу на пораженной головке 2-й плюсневой кости, первая плюсневая кость была отеснена кнутри и тем самым вызвала вальгированное положение первого пальца. Этот случай не вошел в общее число описываемых ниже больных, т. к. больная оперировалась по поводу остеохондропатии.

Распространенность заболевания, судя по литературным данным, чрезвычайно велика, но колеблется у различных авторов (30% и ниже), что может быть объяснено различной трактовкой материалов обследования. Однако следует отметить, что не все лица, имеющие эту деформацию, являются больными. Число больных, которые под влиянием постоянных болей и, реже, по соображениям косметиче-

ского характера, обращаются за оперативным пособием, значительно меньше, чем действительное число лиц с Н. в.

Для лечения Н. в. можно пользоваться, как консервативным, так и оперативным методами. Консервативное лечение Н. в. имеет небольшое количество сторонников. Оно возможно лишь в начальных стадиях заболевания, когда анатомические изменения, боли и вальгирование пальца выражены незначительно. Заболевание купируется ношением рациональной обуви, аддуктированием большого пальца эластической тягой и назначением супинатора при наличии плоскостопия. В тех же случаях, когда заболевание резко выражено, когда имеется деформация головки плюсневой кости и постоянные боли, консервативное лечение не дает успеха.

Способов хирургического лечения Н. в. было предложено чрезвычайно много, Шкловский насчитывает их свыше ста. Для ясности их можно разделить на три основных группы (Вреден): операции на скелете, операции на мягких тканях и комбинации методов обеих предыдущих групп. К первой группе относятся корригирующие и радикальные операции типа резекций и остеотомий на первой плюсневой и клиновидной костях. Операции этой группы (Бом, Луазон, Ювара, Моклэр, Альбрехт и т. д.) в большинстве сложны по техническому выполнению, значительно удлиняют сроки восстановления трудоспособности, осложняют послеоперационное течение и требуют длительного ношения гипсовой повязки. Операции на мягких тканях, состоящие в ушивании капсулы плюсне-фалангового сустава, пластике и пересадке сухожилий мышц, могут быть применимы лишь в том случае, когда имеется нормальная головка первой плюсневой кости. При деформациях костного характера эти операции не дают желаемого результата. Так как третья группа операций заключается в одновременном применении методов обеих предыдущих групп, то понятна та сложность, которая возникает при их выполнении.

Наша клиника остановилась на наиболее простом и радикальном способе операции, описанной Вреденом в 1925 г.

Техника его такова. Местная анестезия 1% раствором новокаина. Полулунный разрез по внутреннему краю стопы, с лоскутом, обращенным вниз, центром которого служит деформированная головка первой плюсневой кости. Кожа с подкожной клетчаткой отсепаровывается и на крючке оттягивается вверх. При наличии слизистой сумки последняя иссекается. По длиннику раны из капсулы сустава выкраивается языкообразный лоскут основанием кпереди и откидывается в сторону большого пальца. Обнаженная деформированная головка плюсневой кости отсекается желобоватым долотом или скручивается щипцами Листона, с диастазом вновь образованной суставной поверхности с основанием фаланги на $1\frac{1}{2}$ —2 см. Языкообразный лоскут суставной капсулы, при значительном натяжении, подшивается к надкостнице внутреннего края плюсневой кости и удерживает палец в положении легкой гиперкоррекции. Швы на кожу. Между первым и вторым пальцем вкладывается ватный валик. Мягкая марлевая повязка. На 8—9-й день снимают швы; на 10—11-й день больные приступают к ходьбе. Одновременно начинается физиотерапевтическое лечение: теплые ванны, массаж, гимнастика. Наличие целостности хряща на одной из суставных поверхностей исключает возможность возникновения анкилоза плюсне-фалангового сочленения.

По описанному способу в нашей клинике за 12 лет было произведено 98 операций у 52 больных.

Двусторонней деформацией страдало 46 больных (88,4%), из них 35 (76,2%) женщины и 11 (23,8%) мужчин.

Односторонние деформации наблюдались у 6 больных, три женщины имели левостороннее поражение, у двух мужчин наблюдалась дефор-

мация правых стоп, одна женщина страдала правосторонним заболеванием. Причины, заставившие больных обратиться в клинику для оперативного лечения, заключались в быстрой утомляемости, невозможности носить нормальную обувь и в болях. За операцией, в силу косметических соображений, больные в клинику не обращались.

Начало заболеваний отмечается большинством больных значительно раньше появления болей, заставивших их обратиться в клинику.

Боли появились от начала образования деформации, через 5 лет в 17 сл., через 10 лет у 7, свыше 10 лет у 8, одновременно с деформацией у 14 больных, не выяснено в 6 случаях.

Появление деформаций у наших больных отмечается в следующих возрастах: до 10 лет у 11, от 10 до 15 л. у 5, от 16 до 20 л. у 11, от 21 до 25 л. у 9, от 26 до 30 л. у 4, от 31 до 35 л. у 3, от 36 л. до 40 л. у 3, от 41 до 45 л. у 3, от 46 до 50 л., от 51 до 55 л. и от 56 до 60 л.—по одному случаю.

Больные обращаются в клинику не сразу, так как боли усиливаются постепенно, вследствие этого между началом заболевания и моментом операции проходит иногда значительный срок.

Наши больные оперировались в следующие сроки от начала появления болей: через 3 г. 9, через 5 л. 3, через 10 л. 14, через 15 л. 9, свыше 15 л. 10; не выяснено в отношении 7 больных.

Большинство авторов указывает на связь между возникшей деформацией и условиями нагрузки стоп. В зависимости от рода и условий работы наши больные распределяются следующим образом: работа сидя 11 (21,2%), работа стоя 35 (67,3%), разнообразная 6 (11,5%).

Таким образом, наибольший процент—67,3—падает на лиц работающих стоя, к которым нужно причислить, в основном, лиц физического труда.

Полученные цифры весьма сходны с данными других авторов. Так, наличие деформации у лиц физического труда Рапопорт отмечает в 80%, Алексеева в 47%, Шкловский в 59,5%.

Что касается плоскостопия, то оно наблюдалось нами у большинства больных. Этот факт бесспорно указывает на связь данной деформации с Н. в.

Таблица

Пол	Стопа	Норма	Не выяснено	Всего
М	4	7	2	13
В %/о/о	30,8	53,8	15,4	—
Ж	8	21	10	39
В %/о/о	20,5	53,9	25,6	—
Всего	12	28	12	52
В %/о/о	23,0	54,0	23,0	—

Процент плоскостопных при Н. в. у различных авторов колеблется в значительных пределах. Рапопорт указывает лишь 5%, Шкловский 21%, Алексеева 23,3%, Кефер 100%.

Слизистые сумки наблюдались нами у 13 больных (25%) причем некоторые из них указывали на имевшие место воспалительные процессы.

При операции в основном применялось местное обезболивание, но были случаи применения и других видов анестезии. Это относится исключительно к периоду производства первых операций по способу Гютер—Вредена. Местная инфильтрационная анестезия 1/2% раствором новокаина была применена в 44 случаях. Семь больных оперировалось под общим смешанным ингаляционным наркозом (хлороформ + эфир). Одна больная оперировалась под спинномозговой анестезией. Последние годы больные оперируются исключительно под местным инфильтрационным обезболиванием. При достаточной плотности инфильтрата операция протекает бескровно и безболезненно.

Первичным натяжением раны зажили у 50 (96,2%) больных. В двух случаях (3,8%) имелось нагноение, но воспалительный процесс ограничился мягкими тканями и носил лишь поверхностный характер. В одном из этих двух случаев нагноение совпадало с наличием у больного слизистой сумки.

Срок пребывания больных в клинике после операции сравнительно невелик: от 10 до 15 дней—18 больных (34,6%), от 15 до 20 дн.—19 (36,5%), от 20 до 30 дн.—15 (28,9%). Всего 52 (100%).

Нужно отметить, что до операции каждому больному в течение 2-3 дней подготавливалась кожа теплыми ваннами и вазелиновыми повязками. Большинство больных могло быть выписано и ранее указанных сроков, но они задерживались в стационаре для физиотерапии до получения функционально-удовлетворительных результатов.

Основная масса больных начала ходить в первые же дни после снятия швов: через 10 дней после операции—36 чел. (69,2%), через 15 дней после операции—12 (23,1%), через 20 дней и больше после операции—4 (7,7%).

В первые дни, при попытках к ходьбе, больные отмечали значительную болезненность в области операции, а также невозможность полностью нагружать стопу, в силу чего они вынуждены были опираться лишь на наружный край стопы.

Больные, прошедшие в дальнейшем курс амбулаторного лечения в поликлинике института, вновь в клинику не обращались и не предъявляли каких бы то ни было жалоб.

Для оценки отдаленных результатов операции Вредена нам удалось вызвать десять больных. Эти больные по давности операции случайно подобраны так, что мы могли наблюдать отдаленные результаты операции на десяти разных сроках—от одного года до 10 лет.

При обследовании вызванных больных нам удалось выяснить следующие моменты:

1. Все больные отмечают полную удовлетворенность полученным результатом операции. Они могут длительное время стоять и ходить в нормальной обуви, к ношению которой перешли в сроки от одного месяца до одного года.

2. К моменту осмотра боли отсутствовали у всех больных. Боли ликвидировались в сроки от десяти дней до трех месяцев после операции.

3. Отечность стопы имела лишь у одной больной, оперированной пять лет тому назад. Эти изменения нужно отнести за счет варикозного расширения вен голени.

У четырех больных отек, с момента операции, держался до 1½ месяцев, у шести его совершенно не было.

4. Наличие омозолелости в области головок 2 и 3 плюсневых костей, на подошвенной стороне стопы, наблюдалось у одной больной, оперированной 4 года тому назад. При ношении летом обуви с высоким каблуком натоптыши появляются, зимою их нет.

5. Плоскостопие в той или иной степени отмечено у всех осмотренных больных. У большинства оно имелось и до операции. Лишь у двух б-ных плоскостопие приняло более выраженную форму после операции.

6. Рецидив вальгусного положения большого пальца обнаружен у одной больной; деформация появилась, судя по истории болезни, в первые же дни после произведенной операции.

7. Нормальная подвижность большого пальца отмечена у всех больных.

8. К своей обычной работе больные приступили в сроки от 15 дней до четырех месяцев.

Все указанное выше позволяет сделать следующие выводы:

1. Н. в. является в основном заболеванием вестиментарного происхождения, но может проявляться и как симптом целого ряда общих страданий организма.

2. Операция Гютер-Вредена наиболее радикальна и проста по своему выполнению.

3. Анатомический и функциональный результат операции нужно признать вполне удовлетворительным.

4. Операцию можно производить исключительно под местной анестезией.

5. Послеоперационный период проводится в мягкой повязке с ватным валиком между I и II пальцами.

6. На 9—10-й день, при первичном заживлении раны необходимо приступить к физиотерапии (ванны, массаж).

7. Для борьбы с плоскостопием нужно рекомендовать ношение индивидуальных супинаторов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Проф. М. О. Фридланд, Курс ортопедии, ч. II, 1936.—2. Шкловский, Hallux valgus, диссертация, 1937.—3. Вреден, Практическое руководство по ортопедии.—4. Алексеева, Ортоп. и травматология, кн. 5—6, 1930.—5. Рапопорт, Новая хирургия, т. XII, кн. 5, 1931.

Поступила 8.XII.1938.