

© М.Ю.Ежов, Р.Л.Шевц, 2005.

М.Ю.Ежов, Р.Л.Шевц

НОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HALLUX VALGUS

*Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии
Нижний Новгород, Россия*

Аннотация: Доклад касается современных проблем диагностики и лечения вальгусной деформации первого пальца стопы. Данное заболевание является полиэтиологическим синдромом, причем при его лечении довольно высок процент осложнений, что требует тщательного подхода к выбору хирургической тактики. Авторами разработана новая методика диагностики заболевания на основе многофакторной оценки состояния стопы, определяющая показания к виду операции.

Ключевые слова: Вальгусная деформация первого пальца стопы, диагностика, артроз первого плюснефалангового, поперечное плоскостопие, лечение, синдром дисплазии соединительной ткани

Проблема поперечного плоскостопия и, как следствие, вальгусной деформации первого пальца стопы продолжает оставаться одной из наиболее актуальных в современной ортопедии. Вопрос лечения больных с вальгусной деформацией первого пальца стопы освещен в научной литературе весьма подробно, однако до сих пор встречаются ошибки как в диагностике, так и в лечении этого заболевания.

По данным В.А. Копысовой (2003) 70% населения имеют различную степень распластанности переднего отдела стопы и вальгусной деформации первого пальца. Артроз первого плюснефалангового сустава, развивающийся, как правило, вследствие вальгусной деформации первого пальца стопы, по частоте стоит на третьем месте после артрозов коленного и тазобедренного суставов.

С целью совершенствования системы диагностики и выбора метода оперативного лечения данного заболевания нами была разработана система многофакторной оценки состояния стопы больных. Она заключается в следующем:

общее предоперационное обследование (подробный анамнез, всем пациентам выполняются биомеханическое и рентгенологическое исследования, а также рентгенометрия стоп и расчеты по скиаграммам);

использование анкеты многофакторной оценки состояния стопы в баллах;

компьютерное тестирование и автоматизированное создание базы данных на каждого больного (от паспортной части до выписного эпикриза);

тестирование на наличие сопутствующей генетической патологии;

автоматизация выбора хирургических приёмов для каждого конкретного больного (алгоритмирование хирургической тактики);

использование различных видов оперативных вмешательств в зависимости от степени патологии;

планирование послеоперационного периода с учётом генетического анамнеза.

Для определения степени заболевания по известным параметрам измеряют углы отклонения первого пальца, первой плюсневой кости и индекс поперечного свода стопы (по Фридланду).

Однако, для уточнения степени вальгусной деформации первого пальца стопы с учетом изменений в

головке первой плюсневой кости и ее основания нами были предложены рентгенометрические индексы анатомического состояния первой плюсневой кости. При вычислениях индексов головки, диафиза и основания (в норме) были изучены соответствующие показатели 30 здоровых стоп пациентов 20-62 лет.

По отношению ширины основания первой плюсневой кости к ее длине вычисляли индекс основания: 36-37% в норме соответствует I степени вальгусной деформации первого пальца стопы, 38-41% соответствует II степени, 42-44% – III степени и 45% и выше соответствует IV степени.

По отношению ширины головки первой плюсневой кости к ее длине вычисляли индекс головки первой кости: 29-30% соответствует I степени вальгусной деформации первого пальца стопы (не подлежит хирургической коррекции), 31-40% - II степени, 41-50% - соответствует III степени, более 50% - IV степень (рац. предложение № 2301 от 12.03.03, ННИИТО; патент РФ № 3311880). Эти показатели важны и даже необходимы для решения вопроса о способе (алло-?, ауто-?) и оптимальной зоне остеопластики или корригирующей резекции первой плюсневой кости.

Для измерения размеров и деформаций стопы по скиаграмме, рентгенограмме и непосредственно по стопе нами было разработано специальное устройство. Предложенное устройство изготавливается из листа прозрачной плёнки для печати на лазерном принтере. При расчётах лист накладывается на рентгенограмму или скиаграмму на негатоскопе, после чего все указанные параметры записываются в историю болезни.

Для объективизации оценки патологии предложена методика обследования больных, включающая в себя пятидесятибалльную анкету и тестирование с использованием более десяти новых специальных компьютерно автоматизированных подпрограмм. В анкету включено десять групп признаков, каждый из которых имеет оценку от одного до пяти баллов. При этом пять баллов составляет норму, один балл - крайнюю степень патологии. Таким образом, здоровая стопа оценивается в 50 баллов или 100%.

Количественная оценка позволяет получать конкретные числовые показатели степени патологии стопы. Это способствует постановке диагноза, составлению плана и определению показаний к оперативному

методу лечения, выбору методики операции. При этом все перечисленные показатели определяются в числовых значениях - в процентном отношении к норме. Кроме того, балльная оценка стопы позволяет контролировать в динамике адекватность периода реабилитации, делать вывод об эффективности проведенного лечения.

Предложенный показатель поперечного свода стопы – функциональный индекс поперечного свода (ФИПС) – наглядно информативен при характеристике поперечного свода в условиях нагрузжений. С повышением ригидности поперечного свода стопы его значения от нулевой степени повышаются до третьей:

- за 0 степень ФИПС принято обозначение состояния т.н. «мягкой, или резиновой» стопы, когда изменение в ручную конфигурации поперечного свода в форму «лодочки» не вызывает болевых ощущений у больного. Это состояние стопы указывает на большую вероятность дефекта связочного коллагена при синдроме дисплазии соединительной ткани (СДСТ).

- при ФИПС 1 степени попытка хирурга совместить продольные оси и сблизить I –V плюсневые кости с помощью руки обследующего хирурга возможна, с ощущением боли, при этом на плоскости пола с подошвенной стороны стопы образуется арка высотой, соот-

ветствующей диаметру 2-го пальца руки.

- при ФИПС 2 степени попытка восстановления поперечного свода болезненна и малоэффективна, 2-й палец исследователя не укладывается в арку поперечного свода.

- при ФИПС 3 степени конфигурация поперечного свода под компрессирующим воздействием рук исследователя не изменяется.

Учет ФИПС необходим при назначении больным в обувь ортопедических стелек поперечного свода. При этом клиническая эффективность последних наибольшая при 0 и I степенях и минимальная при 3 степени ригидности, что коррелирует с частотой жалоб больных на усиление болей после ходьбы в обуви со стельками. Наиболее стойкий клинический эффект стельки обеспечивают при исходном ФИПС 1-2 степени.

Таким образом, заболевание вальгусной деформации первого пальца стопы следует рассматривать в качестве полиэтиологического синдрома. Для эффективности лечения требуется многофакторно обоснованный выбор операции. Поэтому алгоритмирование всех этапов операции является обязательным условием для повышения эффективности лечения больных с вальгусной деформацией первого пальца стопы.

M.Y.Yezhov, R.L.Shevtz

NEW METHOD OF HALLUX VALGUS DIAGNOSTICS

*-Nizhegorodian scientific-research institute of traumatology and orthopaedics
Nizhniy Novgorod, Russia*

The summary: The article concerns modern problems of hallux valgus diagnostics and treatment. This disease is a multyethiological syndrome. Also there are high score of complications. So it should be given more attention during surgical method selection. Common method of diagnostics and surgical treatment is absent in modern medicine. Sometimes it leads to inadequate tactics and following complications such as postoperative arthritis of the 1st metatarsophalangeal joint, remaining of pain syndrome, cosmetic defect etc. With the aim of improvement the tactics of hallux valgus diagnostics and elaboration of adequate operative method selection authors have worked out new system of diagnostics. .

Ежов Михаил Юрьевич, Шевц Рафаил Лазаревич

E-mail: ezha@pochta.ru