

закони гістогенезу загоювання маткової рани, у цілому сприятимуть оптимізації акушерсько-гінекологічного прогнозу подальшого здоров'я жінок, народжених кесаревим розтином.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Кесарево сечення* / Под ред. В. И. Краснопольского. — М.: ТОО «ТЕХЛИТ»; Медицина, 2000. — 285 с.
2. *Клинические лекции по акушерству и гинекологии* / Под ред. А. Н.

Стрижакова, А. И. Давыдова, Л. Д. Белоцерковцевой. — М.: Медицина, 2000. — 380 с.

3. Кулаков В. И., Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М. *Кесарево сечення*. — М.: Медицина, 2001. — 192 с.

4. Боцюра Д. І. Гістологічні зміни в стінці матки після кесаревого розтину // Вісн. морфології. — 2000. — № 2. — С. 221-222.

5. Григоренко А. П. Особливості репарації післяопераційного рубця на матці після кесаревого розтину // Там же. — С. 272-274.

6. *Раны и раневая инфекция* / Под ред. М. И. Кузина, Б. М. Костюченко. — М.: Медицина, 1990. — 592 с.

7. Лизин М. А., Дацун І. Г. *Матково-плацентарний комплекс при синдромі затримки росту вагітної матки*. — Івано-Франківськ: Тіповіт, 2002. — 222 с.

8. Серов В. В., Шехтер А. Б. *Соединительная ткань (функциональная морфология и общая патология)*. — М.: Медицина, 1991. — 312 с.

9. Сидорова И. С. *Физиология и патология родовой деятельности*. — М.: МЕДпресс, 2000. — 320 с.

УДК 617.587-007.56-089

Л. А. Гай, В. Ф. Венгер, В. В. Сердюк

## ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ HALLUX VALGUS НА 1–2-й СТАДІЯХ ЗАХВОРЮВАННЯ

Одеський державний медичний університет

### Вступ

Стопа зазнає значних статичних і динамічних навантажень, пов'язаних з опорою і переміщенням. Розлади, спричинені порушенням функції стопи, змінюють зовнішній вигляд людини, можуть призвести до суттєвих обмежень у повсякденному житті.

Серед складних проблем сучасної ортопедії важливе місце посідає лікування хворих, які страждають на статичні деформації стоп. При цьому поперечна плоскостопість та вальгусне відхилення першого пальця становлять від 50 до 70 % випадків у дорослих пацієнтів [1; 3; 4; 6–8].

Удосконалення методів хірургічного лікування хворих із поперечною плоскостопістю переднього відділу стопи залишається актуальним як через значну частоту даної патології, яка не має тенденції до зниження, так і з причини незадоволення результатами традиційного лікування.

Проведений нами аналіз клінічного матеріалу, зібраного в Одеському травматологічному центрі за останні 15 років, дозволив установити, що провідною патологією стоп, яка

була піддана оперативному лікуванню, було вальгусне відхилення першого пальця стопи. Більшість пацієнтів — це особи з тяжким ступенем деформації, для виправлення якої здійснювалися великі за обсягом реконструктивні операції стоп. Однак травматичні операції не завжди давали можливість досягти високої якості лікування. Як правило, через 1,5–2 роки виникали рецидиви.

На наш погляд, така ситуація була зумовлена не лише тим, що пацієнт пізно звертався до ортопеда, а й відсутністю адекватної передопераційної підготовки, вибором методу оперативного лікування, який не завжди відповідав тяжкості деформації, та нераціональним веденням післяопераційного періоду [2; 3].

Метою даного дослідження було підвищення результативності хірургічного лікування початкових стадій вальгусної деформації першого пальця стопи як ефективного засобу профілактики рецидиву.

### Матеріали та методи дослідження

Зібраний нами клінічний матеріал містив 221 спостережен-

ня: у контрольній групі було 156 хворих, а в основній — 65.

Перед оперативним втручанням було попередньо проведено розробку міжфалангових та плеснофалангових суглобів пальців стопи на фоні теплових процедур і магнітотерапії з метою усунення наявних стійких згинально-розгинальних контрактур [9].

Необхідність цього була зумовлена тим, що зазвичай для їх усунення хірург під час проведення операції змушений був здійснювати різноманітні остеотомії для одночасного виправлення вальгусної деформації першого пальця стопи. Втім, відновлення повного обсягу рухів у зазначених суглобах, проведене амбулаторно в передопераційний період спеціалістом лікувальної фізкультури, дозволяє значно зменшити як обсяг, так і тривалість оперативного втручання.

Суть запропонованої нами операції полягає в такому [10] (рисунк, а–г): через розріз шкіри на тильно-внутрішній поверхні стопи оголяли зону кістково-хрящового розростання головки першої плеснової кістки (а). Трикутної форми шматок,



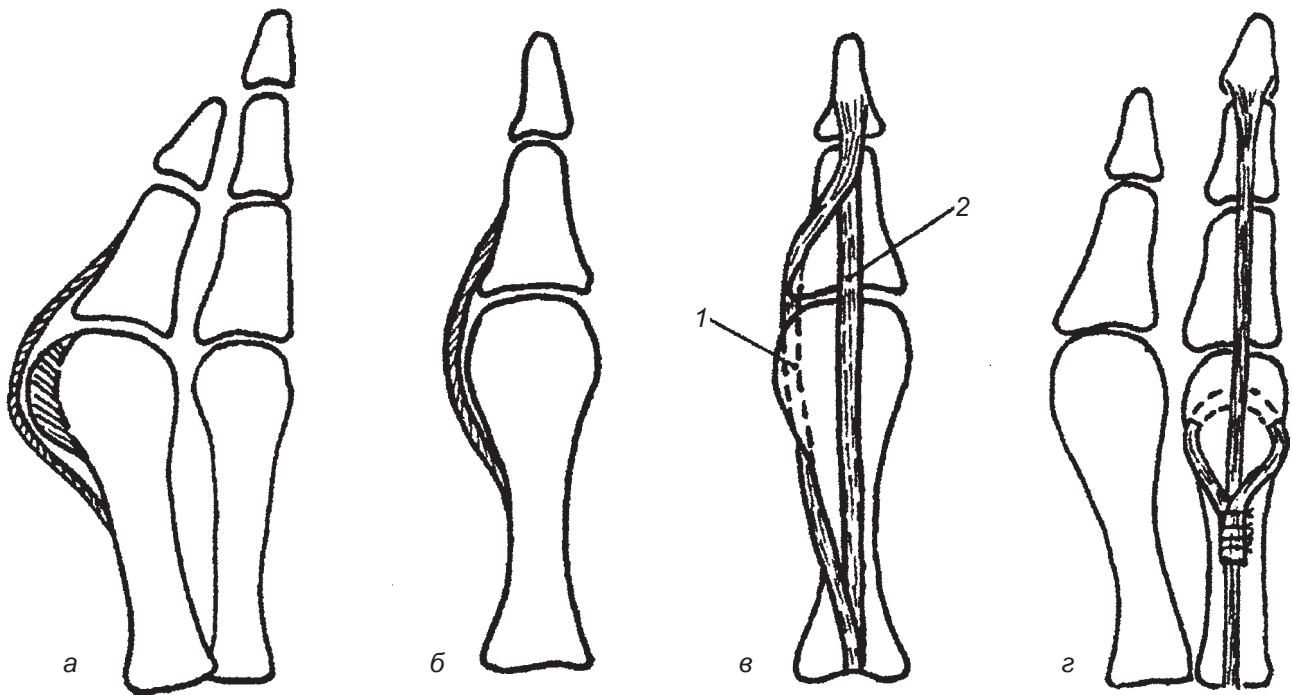


Рисунок. Комплексне лікування вальгусної деформації стопи

вирізаний із капсули першого плеснофалангового суглоба, був максимально широким (б), тому що потім його розсікали на дві нерівні частини. Після видалення кістково-хрящового розростання на медіальній поверхні головки першої плеснової кістки формували жолоб 5–6 мм у глибину та 15–20 мм у довжину, дно якого вистилали більшою порцією капсулярного шматка. В новоутворений жолоб переміщували сухожилок довгого розгинача першого пальця стопи (в, 1) і закривали зверху другою частиною фасціально-капсулярного шматка. Сухожилок короткого розгинача того ж пальця (в, 2) залишався на своєму місці.

Оскільки власне сухожилок не прошивали, то він зберігав життєздатність, а також можливість вільного пересування у новоствореному каналі. Таким чином, пересаджений сухожилок, подібно вуздечці, надійно утримував перший палець у правильному положенні, а трансосальна фіксація м'якотканинного компонента виключала можливість його міграції.

Потім за допомогою спиці Кіршнера, яку проводили крізь нігтьову й основну фаланги першого пальця і першу плес-

нову кістку, фіксувалося досягнуте правильне положення. Спиця зберігалася протягом двох тижнів.

За необхідності корекції поперечної плоскостопості переднього відділу стопи здійснювалася транспозиція сухожилка довгого розгинача другого та третього пальців на підголовкову зону відповідної плеснової кістки (г). Фіксацію виконували також спицею Кіршнера.

Матеріали клініки свідчать, що недостатня довжина пересаджуваного сухожилка і, відповідно, надмірно високий натяг у місці зшивання нерідко призводять до прорізання ниток, міграції сухожилка та, як наслідок, до рецидиву деформації.

Щоб усунути цей недолік відомої операції, пересаджуваний сухожилок, за нашою пропозицією, видовжувався за допомогою лавсанових ниток [11].

Після закінчення операції хворому накладали глибоку гіпсову шину, що, на відміну від циркулярної гіпсової пов'язки, яка звичайно використовується, дозволяло максимально зменшити розвиток післяопераційного набряку та полегшити доступ до післяопераційної рани.

Активне використання магнітотерапії у післяопераційному

періоді забезпечувало виразну протинабрякову й аналгезуючу дію, було засобом профілактики післяопераційних нагноєнь, стимулювало процес регенерації оперованих тканин.

Розроблена нами операція була застосована під час лікування 65 хворих із вальгусною деформацією першого пальця в ортопедо-травматологічних відділеннях 11-ї міської клінічної лікарні м. Одеси (клінічна база кафедри травматології та ортопедії Одеського державного медичного університету).

#### Результати дослідження та їх обговорення

Результати лікування ортопедичних хворих оцінювалися як у найближчі (до 6 міс), так і віддалені (до 3 років) терміни після операції. В наших спостереженнях порівнювали ефективність лікування вальгусної деформації першого пальця у контрольній та досліджуваній групах пацієнтів. При цьому в контрольній групі, де були застосовані різноманітні види операцій, що зазвичай проводяться в нашій клініці, результати лікування були простежені у 156 хворих (табл. 1).

В основній групі, де застосовувався розроблений нами



комплексний спосіб лікування, найближчі результати були простежені у 65 хворих, а віддалені — у 50. Оцінка ефективності лікування здійснювалася за чотирибальною системою (відмінно, добре, задовільно, незадовільно).

Відмінним визнавався результат, якщо хворі не висловлювали скарг, користувалися без обмежень будь-яким взуттям з можливим носінням супінаторів. При цьому відмічалося усунення усіх деформацій, хворі відчували цілковите задоволення результатом лікування.

Добрим вважали результат, коли залишалася яка-небудь деформація без виражених клінічних проявів. Хворі звичайно не скаржилися на болі в стопі, а вальгусне відхилення першого пальця зберігалася, але не перевищувало 10°. Обмежень щодо взуття не було. Як правило, хворі були задоволені результатом операції.

Задовільний результат характеризувався залишковим вальгусним відхиленням першого пальця на 20–25°, попереочним сплюсненням склепіння, що збереглося, молотково-подібною деформацією 2–3-х пальців і ділянками змозолістості.

Незважаючи на залишкову деформацію, хворі рідко відчували біль при ходьбі, могли носити звичайне взуття, але обов'язково з супінаторами та ортопедичними прокладками.

Незадовільні результати характеризувалися збереженням як клінічної, так і рентгенологічної картини захворювання. Залишалися біль у стопі при ходьбі, деформація пальців і незадоволеність результатом операції.

У найближчі терміни лікування кращі результати були отримані у 60 пацієнтів основної групи хворих з другим ступенем деформації. Вірогідним було збільшення кількості відмінних результатів у 52 пацієнтів основної групи (86,62 %)

порівняно зі 145 хворими контрольної групи, з яких відмінні результати були отримані у 102 пацієнтів (70,34 %);  $P < 0,01$ . Вірогідно також знизилася частка пацієнтів основної групи хворих з другим ступенем деформації із задовільною оцінкою результатів лікування: з 8,27 % у контрольній групі до 0 % — в основній;  $P < 0,05$  (табл. 2, 3).

Віддалені результати свідчили про збереження якості лікування через 2–3 роки. За-

галом краща результативність лікування в основній групі підтверджувалася частішими відмінними результатами (82 % проти 67,31 % у контрольній групі;  $P < 0,05$ ) (табл. 4, 5).

Відмінні та добрі результати лікування в досліджуваній групі хворих багато в чому залежали не лише від застосування запропонованої нами операції, але й від обов'язкового проведення комплексу реабілітаційних заходів у перед-

Таблиця 1

**Види оперативних втручань**

Види операцій	Чоловіки	Жінки	Усього	%
Шеде	8	31	39	25,0
Шеде у поєднанні з остеотомією першої плеснової кістки на різних рівнях	5	34	39	25,0
Шеде у поєднанні з остеотомією першої плеснової кістки на різних рівнях і транспозицією сухожилка довгого розгинача другого або третього пальця стопи на підголовчасту зону	10	68	78	50,0
Загалом	23	133	156	100,0

Таблиця 2

**Результати лікування у найближчі терміни після операції у хворих контрольної групи**

Оцінка якості лікування	Ступінь деформації стопи							
	1-й		2-й		3-й		Усього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Відмінно	3	100,0	102*	70,34	1	12,5	106	67,94**
Добре	0	0	31	21,37	3	37,5	34	21,79
Задовільно	0	0	12**	8,27	2	25	14	8,97
Незадовільно	0	0	0	0	2	25	2	1,28
Разом	3	100,0	145	100,0	8	100,0	156	100,0

Примітка. У табл. 2–5: \* —  $P < 0,01$ ; \*\* —  $P < 0,05$ .

Таблиця 3

**Результати лікування у найближчі терміни після операції у хворих основної групи**

Оцінка якості лікування	Ступінь деформації стопи							
	1-й		2-й		3-й		Усього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Відмінно	0	0	52	86,62*	1	20	53	81,55**
Добре	0	0	8	13,3**	4	80	12	18,45*
Задовільно	0	0	0	0	0	0	0	0
Незадовільно	0	0	0	0	0	0	0	0
Разом	0	0	60	100,0	5	100,0	65	100,0



Таблиця 4

**Результати лікування у віддалені терміни після операції у хворих контрольної групи**

Оцінка якості лікування	Ступінь деформації стопи							
	1-й		2-й		3-й		Усього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Відмінно	3	100,0	102	70,34*	0	0	105	67,31**
Добре	0	0	30	21,68	4	50	34	21,79
Задовільно	0	0	13	8,96	1	12,5	14	8,97
Незадовільно	0	0	0	0	3	37,5	3	1,92
Разом	3	100,0	145	100,0	8	100,0	156	100,0

Таблиця 5

**Результати лікування у віддалені терміни після операції у хворих основної групи**

Оцінка якості лікування	Ступінь деформації стопи							
	1-й		2-й		3-й		Усього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Відмінно	0	0	40	88,89*	1	20	41	82**
Добре	0	0	5	11,11**	3	60	8	16
Задовільно	0	0	0	0	1	20	1	2
Незадовільно	0	0	0	0	0	0	0	0
Разом	0	0	45	100,0	5	100,0	50	100,0

операційний період, а також фізіотерапевтичного лікування — у післяопераційний.

Під час підбиття підсумків лікування нас цікавив і термін відновлення працездатності. Так, у контрольній групі він становив (64±3,2) дня, а в основній — (48±2,2) [5]. Різниця у два тижні пояснювалася кількома факторами. У контрольній групі операції ґрунтувалися в більшості випадків на остеотоміях першої плеснової кістки; іммобілізація тривала 6–7 тиж. В основній групі застосовувалася розроблена нами малотравматична операція, не пов'язана з остеотомією плеснової кістки. Завдяки використанню спиць Кіршнера, іммобілізація здійснювалася лише задньою гіпсовою шиною терміном до 5 тиж.

Така нетривала іммобілізація дозволяла почати реабілітацію прооперованої стопи до утворення контрактур у міжфалангових і плеснофалангових суглобах. Цьому ж сприяла

проведена в післяопераційний період магнітотерапія.

### Висновки

1. Усунення контрактур пальців стопи у передопераційному періоді дозволяє підвищити ефективність оперативного втручання за рахунок зменшення його обсягу.

2. Пересадження сухожилка довгого розгинача першого пальця на внутрішню поверхню плеснової кістки виправляє їх дефектне положення за деформації 1–2-го ступеня.

3. Відмова від використання гіпсового чобітка на користь внутрішньокісткової фіксації прооперованих пальців спицями створює можливість для підвищення ефективності реабілітаційних заходів у післяопераційному періоді.

4. Найближчі та віддалені результати лікування вальгусної деформації стопи із застосуванням нового комплексного способу показали його високу

клінічну, анатомічну та функціональну ефективність, що зводить до мінімуму можливість рецидивів.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Бойчев Б., Чоканов К. Оперативная ортопедия и травматология. — София, 1961. — С. 753.

2. Истомина И. С., Кузьмин В. И., Левин А. Н. Оперативное лечение поперечного плоскостопия и Hallux Valgus // Вестн. травматол. и ортопедии. — 2000. — № 1. — С. 55-60.

3. Крупко И. Л. Руководство по травматологии и ортопедии. — Л., 1975. — С.150-151.

4. Маркс В. О. Ортопедическая диагностика. — Минск, 1978. — С. 500-504.

5. Мерков А. М., Поляков Л. Е. Санитарная статистика. — Л., 1974. — С. 54-56.

6. Юмашев Г. С. Травматология и ортопедия. — М., 1983. — С. 538-539.

7. Chapman W. Operative orthopedics. — Philadelphia, 1993. — Vol. 3. — P. 2141-2345.

8. Mann R. A. Treating Hallux Valgus deformities: versatility is required // Orthopedics. — 1997. — Marth. — Vol. 20, N 20. — P. 253-257.

9. Спосіб передопераційної мобілізації міжфалангових суглобів першого пальця стопи: Посвідчення на рац. пропозицію № 3511 від 30.05.2003 р. (Гай Л. А., Венгер В. Ф., Сердюк В. В., Гурієнко О. В., Радутна І. М., Рахул К.)

10. Спосіб оперативного лікування Hallux Valgus на початкових ступенях деформації за В. В. Сердюком: Патент України № 47338 від 17.06.2002 // Бюл. Держ. департаменту інтелект. власності. — 2002. — № 6.

11. Спосіб збільшення довжини сухожилля: Посвідчення на раціоналізаторську пропозицію № 3280 від 26.12.2001 р. (Гай Л. А., Сердюк В. В., Гурієнко О. В.)

