

617.586.6-009.7

БОЛЕЗНЬ ПОРТНЫХ (Ч. I): ОПИСАНИЕ ДЕФОРМАЦИИ, ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

С. Ю. БЕРЕЖНОЙ

Филиал «Мединцентр» ГлавУпДК при МИД России, Москва

Информация об авторе:

Бережной Сергей Юрьевич – д.м.н., врач травматолог-ортопед филиала «Мединцентр» ГлавУпДК при МИД России, e-mail: doctor-berezhnoy@mail.ru

Болезнь портных не столь привычна для травматологов-ортопедов, как hallux valgus, и нередко «просматривается» или ей не уделяется должное внимание оперирующими стопы хирургами. Практически все классификации деформации портных базируются на рентгенологических признаках. Клинические классификации заболевания не разработаны, несмотря на то, что именно клиническое обследование позволяет сформулировать показания к хирургическому лечению и во многом определяет его тактику. В работе описаны и сгруппированы основные клинические проявления деформации портных, способные влиять на выбор тактики ее хирургического лечения.

Ключевые слова: болезнь портных, чрескожная хирургия деформации портных, клиническая классификация деформации портных.

Введение

Болезненную выпуклость на наружной поверхности стопы в проекции пятого плюснефалангового сустава называют «деформацией», «выпуклостью» или «болезнью портных». Происхождение названия относится к XIX веку, и кто первым употребил его неизвестно. Точного и общепринятого определения данного заболевания нам встретить не удалось. Н. Davies одним из первых описал его в 1949 г. словами необычная выпуклость (unusual prominence) в области пятого плюснефалангового сустава (ПФС5) [1]. В различных работах деформация портных описывается как болезненная костная выпуклость на латеральной поверхности головки пятой плюсневой кости (М5) [2], болезненная выпуклость на подошвенной, латеральной и тыльно-латеральной поверхностях стопы в проекции пятого плюснефалангового сустава [3], часто сопровождающаяся отклонением кнутри пятого пальца [4] и, даже, как одна из разновидностей деформаций пятого пальца [5]. Многими авторами подчеркивается зеркальное клиническое и рентгенологическое сходство деформации портных с metatarsus primus varus [1] и hallux valgus [5, 6]. Бессимптомная выпуклость на наружном крае стопы в проекции ПФС5 – явление очень частое. В то же время, патологической выпуклости можно считать достаточно редко. Появление болевых ощущений, как правило, бывает обусловлено давлением обуви. В подавляющем большинстве случаев консервативное лечение болезни портных позволяет добиваться положительных результатов. Существует несколько сходных классификаций, выделяющих от 3 до 5 типов деформации портных в зависимости от размеров выпуклости на головке пятой плюсневой кости, формы ее диафиза и величины четвертого межплюсневого угла [3, 7, 8]. Известные на сегодня классификации базируются, прежде всего, на анализе рентгеновских, а не клинических проявлений заболевания.

Цель работы: улучшить результаты хирургического лечения пациентов с болезнью портных путем анализа основных клинических проявлений заболевания и выработки основан-

ного на проведенном анализе алгоритма хирургического, прежде всего – с применением чрескожных методик, лечения.

Материал и методы

Работа является результатом изучения данных анамнеза, предоперационного обследования и результатов хирургического лечения 72 пациентов (109 стоп) с различными проявлениями болезни портных, оперированных автором исследования с 2010 по май 2016 г. Мужчин было 5, женщин – 67. Средний возраст группы 54,2 г. (от 18 до 85 лет). Средние сроки наблюдения составили 11 мес. (от 3 до 52). В 99 случаях операции были первичными, в 10 – повторными. На пяти стопах имелись длительно не заживавшие раны. Вывихи или подвывихи пятого пальца отмечены в 9 случаях. С синдромом диабетической стопы прооперированы четверо больных (4 стопы), с ревматоидными стопами – 5 пациенток (7 стоп). Для исправления всех компонентов деформаций использовались чрескожные методики: удаление латеральной выпуклости головок пятых плюсневых костей (всего 3 случая); остеотомии пятой плюсневой кости на различных уровнях; остеотомии основной фаланги пятого пальца; различные вмешательства на мягких тканях (в основном, при необходимости устранения варусной деформации пятого пальца). В трех случаях были осуществлены открытые вмешательства на мягких тканях: иссечение гигантской слизистой сумки; иссечение части послеоперационного рубца с нервомой кожной ветви; иссечение слизистой сумки при свищевой форме хронического гнойного бурсита. В большинстве случаев операция по поводу болезни портных сочеталась с исправлением других компонентов сложных деформаций стоп. Изолированные манипуляции на пятом луче выполнены на 16 стопах, составив 14,7% от общего числа анализируемых вмешательств.

Учитывая, что известные на сегодняшний день классификации болезни портных в большей степени основываются на анализе рентгеновской картины, мы постарались выделить основные клинические проявления заболевания и, наряду с данными рентгеновского исследования, использовать их при разработке алгоритма хирургического лечения болезни портных.

Результаты

Анализируя клинические проявления болезни портных, мы не стремились определить точные количественные соотношения тех или иных признаков. Исследуемая группа оказалась достаточно разнородной, включив в себя первичные и повторные случаи, пациентов с ревматоидными и диабетическими стопами. Основной задачей мы считали выделение и описание изменений, которые могут оказывать влияние на выбор тактики предстоящего хирургического вмешательства. Далее представлены основные подгруппы клинических проявлений деформации портных, выявленные нами в процессе настоящей работы.

В первую очередь, осматривая стопы пациентов с признаками болезни портных, мы оценивали состояние мягких тканей, покрывающих латеральную выпуклость. Кожа над выпуклостью могла быть не изменена (рис. 1, а), что характерно для пациенток, стремящихся не столько избавиться от болевых ощущений, сколько улучшить внешний вид стоп и носить модельную обувь, могла быть утолщена и гиперемирована без явлений гиперкератоза или была утолщена и покрыта гиперкератозными отложениями (рис. 1, б). Принимались во внимание также общее состояние кожных покровов и ногтевых пластинок, что важно, например, при синдроме диабетической стопы, некоторых других патологических состояниях и у пациентов старческого возраста (рис. 1, в), а также наличие, длительность существования и характер ранок на вершине деформации (рис. 1, г).



Рис. 1. Особенности кожного покрова латеральной выпуклости при болезни портных:

а – отсутствие изменений; б – кожа над выпуклостью утолщена и покрыта гиперкератозными отложениями; в – кожный покров стопы у пациентки 85 лет с синдромом диабетической стопы; г – ранка без признаков воспаления на вершине деформации у пациентки с ревматоидной стопой

При наличии бурсита области головки пятой плюсневой кости оценивали размеры выпуклости, а также – распространяется ли слизистая сумка на тыльную и подошвенную поверхности стопы (рис. 2, а, б, в). В случае свищевой формы бурсита определяли характер отделяемого (серозное, гнойное). Если же свищ на момент осмотра или операции был «закрыт» (рис. 2г), старались уточнить, каков был характер отделяемого в периоды обострений.

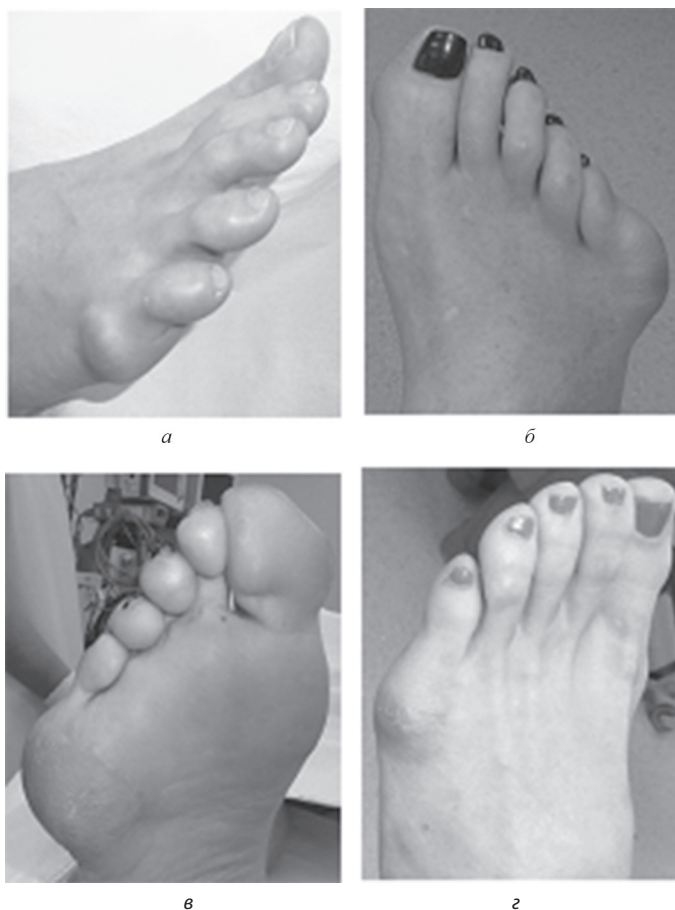


Рис. 2. Различные проявления бурсита головки М5:

а – слизистая сумка небольших размеров без признаков воспаления; б, в – гигантская слизистая сумка у пациентки с ревматоидной стопой и вывихом пятого пальца, распространяющаяся на тыльную и подошвенную поверхности стопы; г – свищевая форма хронического экссудативного бурсита головки М5 вне обострения.

Следующий важный признак, во многом определяющий тактику хирургического вмешательства при болезни портных – положение пятого пальца. По нашим наблюдениям, в большинстве случаев пятый палец составляет прямую линию с латеральным краем стопы (рис. 3, а) или слегка отклонен кнутри. Легкая степень *quintus varus* удобна для пациентов, поскольку уменьшает ширину переднего отдела стопы. Выраженное отклонение (рис. 3, б) может доставлять неудобства или являться источником болевых ощущений. Хронический болевой синдром при болезни портных также может быть обусловлен наружной ротацией пятого пальца (рис. 3, в).

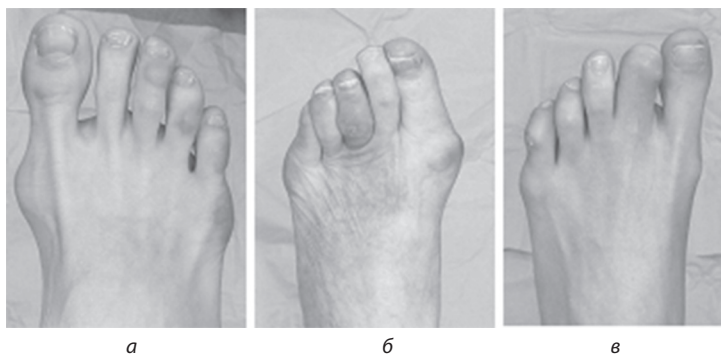


Рис. 3. Особенности положения пятого пальца при болезни портных: а – отсутствие отклонения пятого пальца кнутри; б – пятый палец отклонен кнутри и располагается под четвертым; в – наружная ротация пятого пальца в совокупности с его легкой молоткообразной деформацией привели к появлению болезненной мозоли на тыльнонаружной поверхности пальца

Вывихи и подвывихи пятого пальца, как правило, можно диагностировать только при рентгеновском исследовании. Чаще всего они встречаются у пациенток с ревматоидным артритом или являются ятрогенными. Стопа с вывихом пятого пальца внешне практически не отличается от стоп других больных с деформацией портных (рис. 4, а, б, в). В редких случаях вывих можно заподозрить, увидев и пропальпировав «ступеньку» у основания пятого пальца (рис. 4, б).



Рис. 4. Внешние проявления болезни портных при наличии вывиха пятого пальца:

а – отсутствие каких-либо видимых изменений (пациентка с ревматоидной стопой); б – «ступенька» на наружной поверхности стопы у основания пятого пальца у пациентки с ятрогенным вывихом (сведений об особенностях первичной операции нет)

Следующая подгруппа изменений, которую мы выделили, отличается разнородностью и имеет ятрогенный характер. В случаях, когда речь идет о рецидиве деформации, ничего может не отличать ее от одной из вышеописанных разновидностей, кроме наличия послеоперационного рубца. Наиболее яркие внешние отличия характерны для случаев избыточной резекции латеральной выпуклости головки М5 или моделирующей резекции самой головки (рис. 5а). Неудачные исходы вмешательств по поводу болезни портных также могут проявляться различными деформациями пятого пальца, патологическими изменениями послеоперационного рубца (рис. 5, б) и т.д.

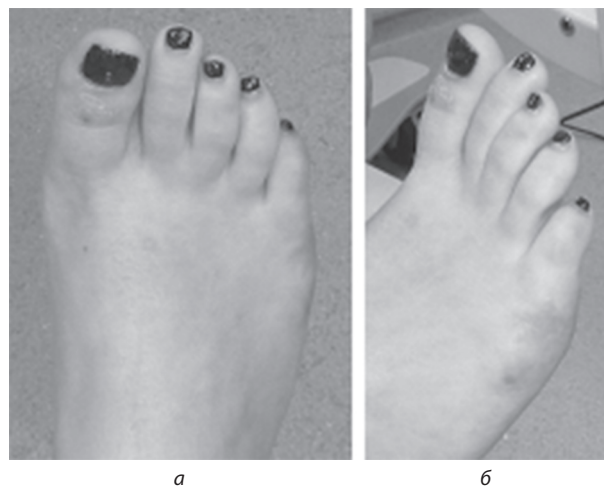


Рис. 5. Внешние проявления после избыточной моделирующей резекции головки М5:

а – не совсем обычная округлость внешнего края стопы; б – болезненная выпуклость в проксимальной части послеоперационного рубца (неврома кожной ветви)

Последняя подгруппа пациентов, которую мы выделили, имела не типичные для деформации портных изменения, благодаря отсутствию выпуклости на латеральном крае стопы в проекции головки М5 (рис. 6, а, б). Относить или нет изолированную болезненную тыльную выпуклость головки М5 и изолированные болезненные натоптыши под головкой пятой плюсневой кости к болезни портных – вопрос спорный.

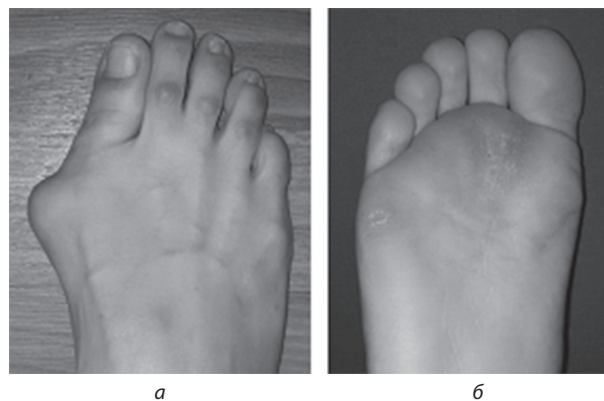


Рис. 6. Не типичные, благодаря отсутствию латеральной выпуклости, изменения при болезни портных:

а – болезненная тыльная выпуклость головки М5; б – болезненный изолированный натоптыш под головкой М5

И если описание изолированного подошвенного гиперкератоза нам удалось встретить в одном из классических руководств по оперативной ортопедии в посвященной болезни портных главе [9], то упоминания о болезненной тыльной выпуклости головки М5 нам не встретились. Тем не менее, учитывая сходство клинических проявлений и тактики чрескожного хирургического лечения подобной деформации с симптомами и оперативным лечением более типичных форм болезни портных, мы посчитали возможным отнести болезненную тыльную выпуклость головки пятой плюсневой кости к исследуемой в работе деформации.

Обсуждение и выводы

Болезнь портных не является столь привычной для травматологов-ортопедов, как hallux valgus. Тем не менее, деформация не относится к редким и достаточно часто «просматривается» или ей не уделяется достаточное внимание оперирующими стопы хирургами [9]. Таким образом, целенаправленные сбор анамнеза, осмотр и клиническое обследование пациентов с патологией переднего отдела стопы важны для установки диагноза и показаний к хирургическому лечению болезни портных. Большинство классификаций данной группы деформаций, прежде всего, ориентируются на рентгенологические изменения. Клинических классификаций в доступной литературе нам найти не удалось. Исходя из вышесказанного, мы посчитали целесообразным исследовать и сгруппировать основные клинические проявления болезни портных, которые могут определять и менять тактику хирургического лечения. Вопросы хирургического лечения с преимущественным использованием чрескожных техник, в зависимости от клинических и рентгенологических проявлений болезни портных, будут рассмотрены во второй части данной работы.

Список литературы

1. *Davies H.* Metatarsus quintus valgus. *British Medical Journal.* 1949; 1: 664-65.
2. *Ajis A., Koti M., Maffulli N.* Tailor's bunion: a review. *J Foot Ankle Surg.* 2005; 44(3): 236-45.
3. *Лукин М.П.* Хирургическое лечение деформации пятого плюснефалангового сустава. Дисс. ... канд. мед. наук. Москва, РУДН, 2009, 117 стр.
4. *De Prado M., Ripoll P.L., Golano P.* Cirugia percutanea del pie. Barcelona, Spain: Masson. 2003; 253 p.
5. *Deveci A., Yilmaz S., Firat A. et al.* An Overlooked deformity in patients with hallux valgus Tailor's bunion. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2015; 105(3): 233-7.
6. *Бережной С.Ю.* Чрескожные операции в лечении статических деформаций переднего отдела стопы. Дис... д-ра мед. наук. М.: ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, 2014. 299 с.
7. *Coughlin M.* Instructional course lectures, the American Academy of orthopaedic surgeons – etiology and treatment of the bunionette deformity // *JBJS.* 1990; 39: 37-48.
8. *Fallat L.* Pathology of the fifth ray, including the tailor's bunion deformity // *Clin. Podiatr. Med. Surg.* 1990; 7 (4): 689-715.
9. *Canale T.* (editor). *Campbell's operative orthopaedics*, 10th edition. Philadelphia, USA: Mosby, 2003. P. 4074.

TAILOR'S BUNION (PART I): DEFORMITY DESCRIPTION AND MAIN CLINICAL MANIFESTATIONS

S. YU. BEREZHNOY

Medincenter GlavUpDK by the Ministry of Foreign Affairs of Russia, Moscow

Information about author:

Berezhnoy S. Yu. – MD, PhD, Medincenter GlavUpDK by the Ministry of Foreign Affairs of Russia

Tailor's bunion is not as familiar to orthopedic surgeons as hallux valgus. They are often «overlook» or do not pay enough attention to this deformity. Almost all bunionette classifications are based on radiological signs. Clinical classifications of the disease are not developed despite the fact that it is a clinical examination that allows formulating the indications and determines its tactics. Clinical manifestations that may influence bunionette surgical treatment strategy are described and grouped in this work.

Key words: tailor's bunion, bunionette deformity percutaneous surgical treatment, tailor's bunion clinical classification.