

Анатолий ПРИВАЛОВ
травмотолог-ортопед, к.м.н.,
президент Русского общества
хирургии, ортопедии и эстетики стопы,
www.centerstopa.ru, Санкт-Петербург

ЧТО ТАКОЕ ДЕФОРМАЦИЯ ТЕЙЛОРА

В прошлых номерах журнала «Ногтевой сервис» мы рассказали о различных заболеваниях заднего отдела стопы. Одни из них проявляются только болью. Другие – болью и видимой деформацией. В данной статье мы возвращаемся к переднему отделу стопы и расскажем о природе возникновения и способах лечения деформации тейлора, которая сопровождается выра-

женной деформацией, болевым синдромом и патологическим перерождением ряда внутренних тканей стопы.

В повседневной практике мастер педикюра, подолог, нередко сталкивается с болезненным выступом («шишкой», «косточкой») в области основания пятого пальца стопы. Этот вырост немного напоминает шишку при вальгусной деформации первого пальца. Заболева-



РИС. 1. Варианты деформации тейлора: 1А – сочетание с вальгусной деформацией 1-го пальца, 1Б – изолированная деформация



РИС. 2. Обычное рабочее положение английского портного в XVIII веке (Б. Поттер «Глостерский Портной»)

ние сопровождается болью и гиперкератозами в области выступа, искривлением пятого пальца (нередко он может заходить под четвертый). Таким образом проявляется деформация тейлора. При этом она может возникать изолированно, сочетаться с вальгусной деформацией первого пальца или молоткообразной деформацией 2–4 пальцев (рис. 1). В большинстве случаев деформация Тейлора возникает на обеих стопах сразу. Клиенты часто жалуются на плотные выросты в области пятых пальцев, жгущие боли под пальцами, неудобства с выбором обуви. Косметическая сторона деформации – искривление пятого пальца, он может принимать крючковидную форму, полностью разворачиваться по оси, заходить на или ложиться под 4 палец. Нередко при такой деформации возникают болезненные трещины в 4-м межпальцевом промежутке и трудновыводимые стержневые мозоли на подошвенной поверхности под самим пятым пальцем.

Эта деформация была впервые описана в XVIII веке в Великобритании. В те времена портные часами сидели за работой в своих мастерских на специальных столах, поджав ноги под себя (по-турецки). От длительного трения наружного края стоп (в т.ч. и области пятых пальцев) о твердую поверхность столешницы возникали болезненные наросты, шишечки в области оснований пятых пальцев (рис. 2). Портной по-английски звучит как *tailor* (тейлор). Что и дало

название ортопедическому заболеванию – болезнь тейлора (в переводе на русский буквально болезнь портных). Таким образом в названии деформации лежит наименование профессии, а не имя врача, впервые описавшего патологию. Поэтому слово тейлор в диагнозе следует писать не с заглавной, а со строчной буквы.

Конечно, в наши дни в основе деформации тейлора лежит уже не принадлежность к конкретной профессии, а анатомическая особенность пятой плюсневой кости. В ряде случаев происходит значительное отклонение тела кости наружу, иногда у кости образуется чрезмерно большая головка. Нередко сочетание вышеперечисленных факторов. В результате отклонения, головка пятой плюсневой кости излишне

выдвигается наружу. Из-за постоянного тесного контакта с обувью возникают и становятся все более выраженными гиперкератозы. Отклонение кости приводит к дисбалансу между сухожилиями сгибателей и разгибателей пятого пальца. В итоге развивается вывих в пятом плюснефаланговом суставе стопы. В результате этих изменений деформируется ось пятого пальца (рис. 3). Палец может принять молоткообразную форму и прижаться к подошвенной поверхности стопы. Ось пальца изменяется, и он разворачивается вправо и влево. Нередко пятый палец заходит или располагается выше четвертого пальца. Нарушение правильной нагрузки при ходьбе приводит к возникновению грубой фиброзной ткани под основанием головки пятой плюсневой кости, которая также при-

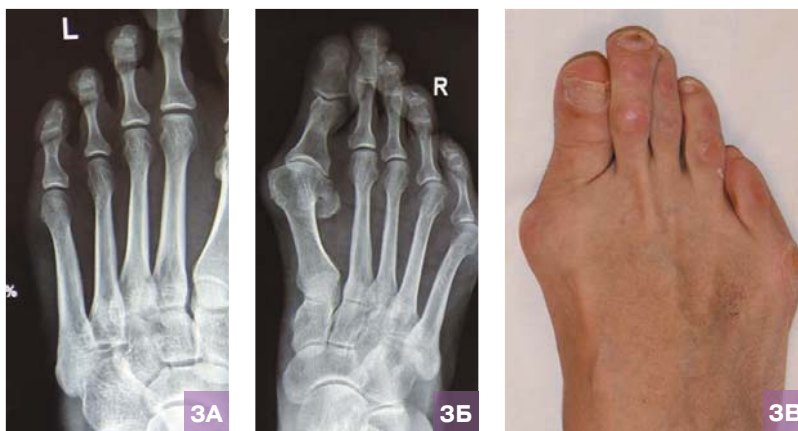


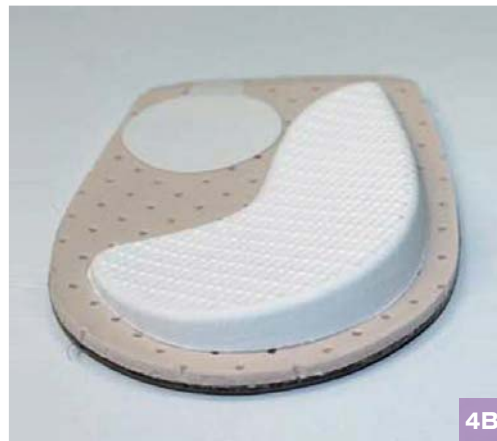
РИС. 3. 3А – нормальное анатомическое положение 5-й плюсневой кости, 3Б – отклонение наружу, 3В – вариант изменения оси 5-го пальца



4А



4Б



4В

РИС. 4. 4А – ортопедическая стелька с жестким краем и метатарзальным пелотом; 4Б, 4В – сменный косок под область пяточной кости

мает участие в формировании выступа при деформации тейлора. Изменение кожи, опрелости, приводят к появлению болезненных, труднозаживающих трещин между четвертым и пятым пальцами. Таким образом к деформация тейлора следствием различных анатомических изменений.

При лечении начальной стадии деформации тейлора, следует отдавать предпочтение консервативным методам. Пациенту рекомендуют носить обувь с мягким и широким носком или периодически расширять носок модельной обуви в сапожных мастерских. Обязательно назначение индивидуальных ортопедических стелек. При деформации тейлора применяют стельки, выполненные по технологии ortmann-pro – с жестким и поднятым наружным краем, а также специальным Т-образным метатарзальным пе-

лотом (специальным сменным элементом стельки, различных размеров и степени жесткости, разгружающим область поперечного свода). Данный тип индивидуальных стелек позволяет разгрузить наружный край стопы и область пятого плюснефалангового сустава. Также, если у пациента деформация тейлора сочетается с вальгусным отклонением пяточной кости, к вышеуказанным стелькам добавляют специальный сменный косок под область пятки. Сменные коски нивелируют отклонение пяточной кости и снижают нагрузку на наружный край стопы и область 5-го пальца (рис. 4). Необходимо аккуратно обрабатывать гиперкератозы в области выступа, никогда не счищая их более чем на две трети. Для лечения межпальцевых трещин целесообразно временно применять тонкие силиконовые прокладки для разгрузки и обеспе-



РИС. 5. Варианты устранения деформации тейлора методами подкожной хирургии стопы

чения хорошего дренажа четвертого межпальцевого промежутка.

При застарелой выраженной деформации, сопровождающейся постоянной болью и значительными гиперкератозами, пациента следует направить на консультацию к хирургу стопы для выбора метода оперативного лечения. Хирургическое лечение деформации тейлора технически несложно. Независимо от метода, пациент может смело оперировать обе стопы сразу – это никак не отразится на сроках заживления и реабилитации. Основным принципом операции является восстановление правильной анатомической оси пятой плюсневой кости за счет ее смещения внутрь.

В ряде случаев операцию можно выполнить через небольшой прокол. При помощи набора специальных буров (о них мы неоднократно писали в предыдущих номерах журнала) аккуратно удаляется излишняя часть головки пятой плюсневой кости. Затем с внутренней стороны под головкой в теле плюсневой кости производят пропил треугольной формы, и головка смещается внутрь (рис. 5). На прокол накладывается один шов. Стопа фиксируется корригирующей мягкой повязкой.

При тяжелой степени отклонения пятой плюсневой кости в нашем Центре Хирургии стопы считается целесообразным выполнение миниинвазивной операции из небольшого доступа. Под ос-



РИС. 6. Устранение деформации тейлора: 6А – фиксация минивинтом сдвинутой плюсневой кости; 6Б – иссечение рубца; 6В – рентгенограмма после устранения деформации

нованием выступа выполняется небольшой разрез (длиной до 1,5 см). Удаляются рубцы и иссекается перерожденная капсула сустава. Затем выполняется специальная мини-остеотомия плюсневой кости. В результате кость сдвигают наружу и фиксируют минивинтом. Современные минивинты изготовлены из неаллергенных сплавов, они не мешают процессу ходьбы и могут оставаться в организме пожизненно. Важными особенностями операции, о которых, к сожалению, нередко забывают оперирующие хирурги, является необходимость удаления грубого фиброзного рубца из-под головки 5 плюсневой кости, сформировавшегося за годы деформации и иссечения излишков кожи в области устраненного выступа. Невыполнение этих манипуляций не позволит достичь хорошего функционального и косметического эффекта (рис. 6).

Операции по устранению деформации тейлора непродолжительны, так в нашем Центре Хирургии стопы они выполняются на обеих стопах не более чем за 25 минут. Вмешательства проходят без кровопотери и выраженного болевого синдрома, поэтому мы выполняем их в амбулаторных условиях и не практикуем госпитализацию. Устранение деформации тейлора одна из немногих операций на стопе, которую без технических сложностей, может выполнять под местной анестезией.

Послеоперационное ведение несложное. При устранении изолированной деформации тейлора мы рекомендуем до одной недели ходить в специальной разгрузочной обуви, затем по мере спада отека, пациент может перейти на обычную обувь с жесткой подошвой и широким носком. Швы снимаются на 10–12 день. Сразу после снятия швов необходимо изготовить и носить жесткие индивидуальные стельки, выполненные по вышеописанной технологии. В течении четырех недель после операции ограничивают тепловые процедуры (баня, сауна), занятия спортом, запрещают вставать на носки. По истечению четырех недель, после осмотра оперировавшего ортопеда и выполнения контрольных рентгенограмм, все ограничения снимаются (рис. 7).

Таким образом в основе возникновения деформации тейлора лежит отклонение V плюсневой кости наружу. Деформация сопровождается образованием болезненного выступа в области основания пятого пальца стопы, сопровождается болью, возникновением грубых гиперкератозов, деформацией (искривлением или смещением) самого пятого пальца. В начальных стадиях деформации достаточно носить рацио-

нальную обувь с широким мягким носком и использовать индивидуальные стельки с жестким приподнятым наружным краем, позволяющим разгрузить наружные отделы стопы и область пятого пальца. Мастеру педикюра следует аккуратно обрабатывать гиперкератозы в области выступа и применять тонкие силиконовые вкладыши при возникновении трещин в области четвертого межпальцевого промежутка. При выраженном болевом синдроме и запущенной деформации следует рекомендовать консультацию хирурга стопы для выбора оперативного лечения. Пациент должен быть осведомлен об особенностях послеоперационного периода – ходьба в разгрузочном башмаке с переходом на обычную обувь с жесткой подошвой. Изготовление и ношение жестких ортопедических стелек, сразу после снятия швов. Можно оперировать обе стопы сразу.

Знание природы деформации тейлора и правильное взаимодействие подолога с хирургом стопы, способствуют раннему выявлению и эффективному лечению пациентов с подобной патологией стопы.

Фотографии предоставлены автором



РИС. 7. 7А – внешний вид стопы до операции, 7Б – внешний вид после операции, 7В – функция стопы (4 недели после операции)