

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Разрешено Минздравом Республики
Беларусь для практического использования

Первый заместитель министра здраво-
охранения, председатель комиссии по способам
профилактики, диагностики, лечения и
организационным формам работы МЗ РБ


5 февраля 2000 г. В.М. Ореховский
Регистрационный № 111-0012

ОСТЕОТОМИЯ SCARF's В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОПЕРЕЧНЫМ ПЛОСКОСТОПИЕМ И ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ

(инструкция по применению)

Учреждение-разработчик: Витебский государственный медицинский университет

Авторы: М.Г. Диваков, В.С. Осочук

[Перейти к оглавлению](#)

Оглавление

| | |
|---|----------|
| ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ | 3 |
| ПЕРЕЧЕНЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ И ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ | 3 |
| МЕТОДИКА ПРИМЕНЕНИЯ | 3 |
| ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И МЕТОДЫ ИХ УСТРАНЕНИЯ | 7 |
| ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА | 8 |

Показания к применению

Поперечное плоскостопие с вальгусным отклонением первого пальца стопы I–III ст.

Перечень хирургического оборудования и лекарственных средств

Хирургический инструментарий, используемый для выполнения операций на костях и суставах, осциллирующая пила, электродрель, сверла, шурупы для остеосинтеза диаметром 2,7 мм, гипс, антибиотики, обезболивающие средства.

Методика применения

Кожные покровы стопы готовят к операции по общепринятым в травматологии и ортопедии правилам. Операцию проводят под проводниковой анестезией на обескровленном операционном поле. Для доступа к первой плюсневой кости и плюснефаланговому суставу производят разрез от основания основной фаланги до медиального плюснеклиновидного сустава. Из капсулы сустава выкраивают лоскут треугольной формы с дистальным основанием. Проводят бурсэкзостозэктомию. Через отдельный разрез в первом межпальцевом промежутке выполняют аддукторотенотомию, латеральную капсулотомию первого плюснефалангового сустава с низведением и последующей (после проведения всех этапов операции) фиксацией сесамовидных костей к месту их нормальной анатомической топографии. Тело первой плюсневой кости скелетируют распатором от надкостницы только по внутренней поверхности для доступа осциллирующей пилы и осуществляют продольную Z-образную остеотомию (рис. 1). Полотно пилы по отношению к горизонтальной плоскости располагают по направлению на тело пятой плюсневой кости. Плоскость остеотомии в дистальной и проксимальной частях первой плюсневой кости — фронтальная, располагается соответственно на 3–3,5 мм от края хряща головки и на 1,5 см от плюснеклиновидного сустава. Для устранения пронации первой плюсневой кости с медиальной стороны

центрального фрагмента выпиливают небольшой клин в пределах 1–1,5 мм (в зависимости от величины угла пронации). За счет максимального вальгусного отклонения дистального фрагмента устраняют варусное положение первой плюсневой кости. При необходимости производят удлинение или укорочение первой плюсневой кости (рис. 2). Коррекция длины зависит от величины плюсневого индекса (процентное отношение длины первой плюсневой кости к длине второй плюсневой кости), который определяют по дооперационным рентгенограммам. Искомые величины коррекции длины первой плюсневой кости определяют по формуле:

$$X = \text{ПИ}_{\text{исх}} - 82,$$

где $\text{ПИ}_{\text{исх}}$ — плюсневый индекс исходный; $\text{ПИ}_{\text{исх}} = L1/L2 \times 100\%$ ($L1$ и $L2$ — длина первой и второй плюсневых костей в мм); 82 — плюсневый индекс в стопах без патологии.

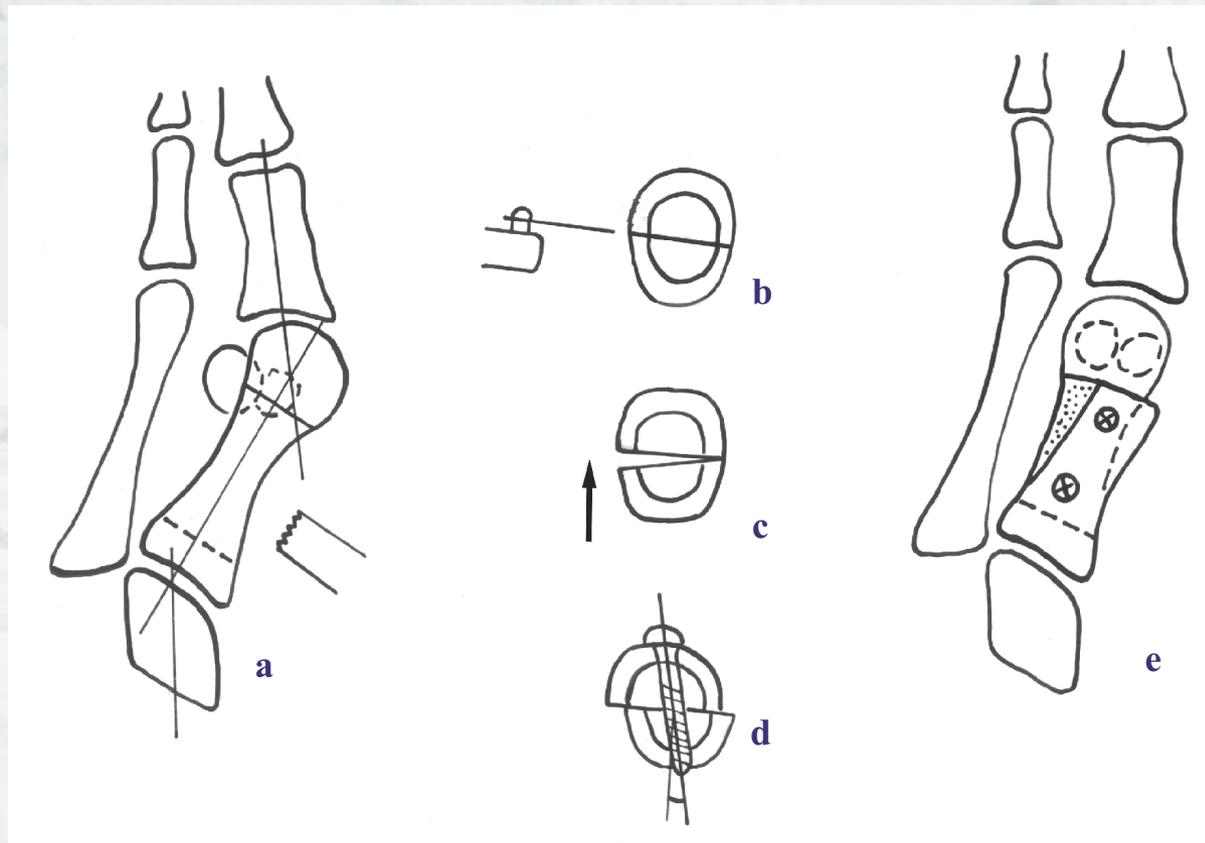


Рис. 1. Схема остеотомии SCARF's: a,b — направление остеотомии первой плюсневой кости; c — устранение пронационного смещения первой плюсневой кости за счет выпиливания клина (объяснения в тексте); d, e — устранение варусного положения дистального фрагмента первой плюсневой кости и остеосинтез винтами

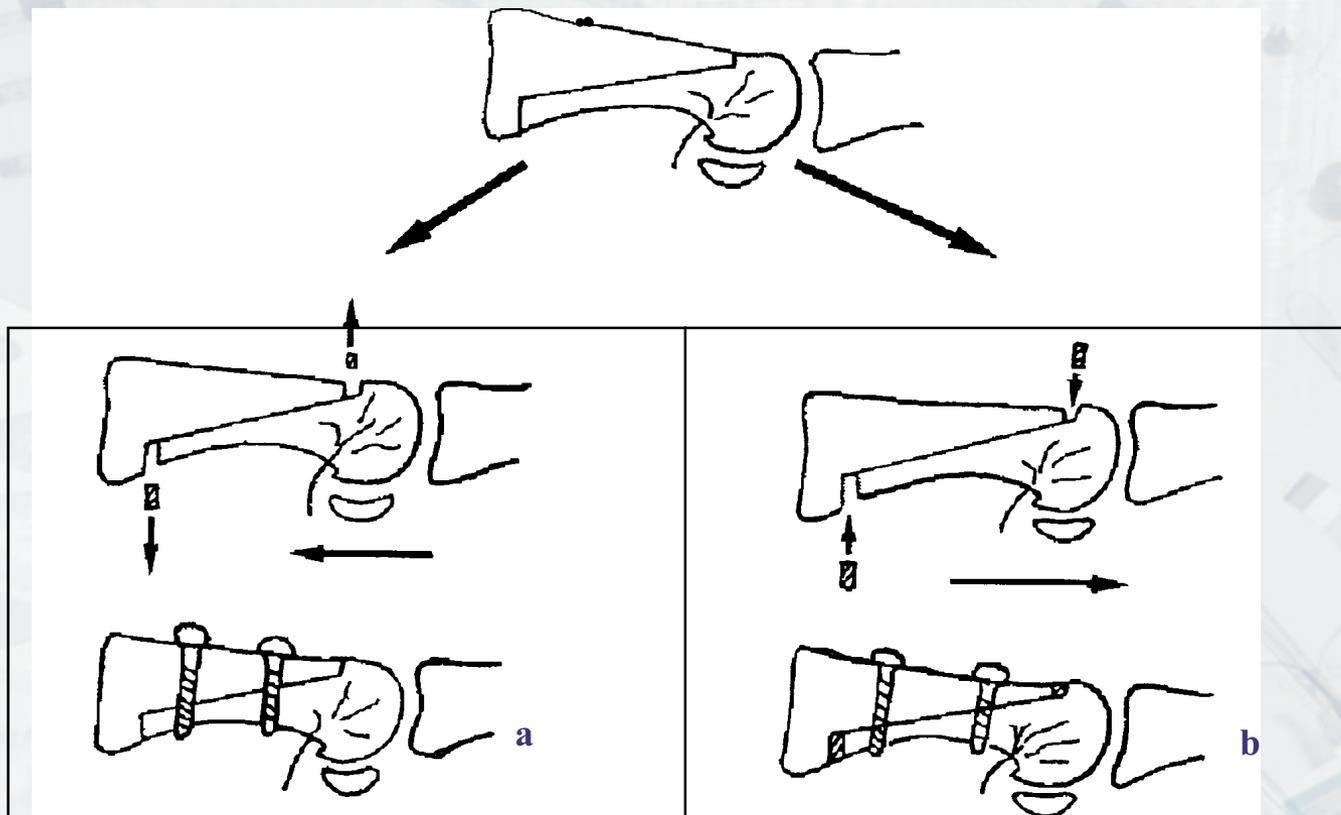


Рис. 2. Схема коррекции длины первой плюсневой кости при остеотомии SCARF's: а — схема укорочения первой плюсневой кости при величине плюсневой индекса более 82; б — схема удлинения первой плюсневой кости при величине плюсневой индекса менее 82

Если плюсневый индекс более 82,0, производят укорочение, если индекс менее 82,0, выполняют удлинение на определенную по формуле величину X (в мм). Остеосинтез первой плюсневой кости производят двумя кортикальными шурупами Ш 2,7 мм и одновременным устранением пронационного смещения при плотном соприкосновении костных фрагментов. После проведения всех этапов операции первый палец легко выводят в правильную позицию и фиксируют натяжением выкроенного из капсулы сустава треугольного лоскута. Медиальный край тыльного фрагмента первой плюсневой кости подравнивают осциллирующей пилой. Снимают жгут. Производят тщательный гемостаз, послойно ушивают и дренируют рану.

В первый межпальцевой промежуток помещают марлевый валик. Имобилизацию в послеоперационном периоде осуществляют при помощи гипсовой сандали с разгрузкой переднего отдела стопы на один месяц. Больным разрешают ходить на следующие сутки после операции с использованием дополнительных средств опоры.

Возможные осложнения и методы их устранения

1. Образование послеоперационных гематом и нагноение раны. Для исключения этих осложнений производят обязательное дренирование раны после операции и назначают антибиотики широкого спектра действия.

2. Развитие асептического некроза головки первой плюсневой кости в отдаленном периоде после операции. Избежать подобного осложнения можно при тщательном и atraumaticном подходе к головке первой плюсневой кости с учетом того, что питающая артерия проникает в первую плюсневую кость с подошвенной поверхности по направлению от наружной сесамовидной кости. Foramen nutritivum располагается на подошвенной поверхности первой плюсневой кости в субкапитальной зоне на расстоянии 15 мм от шейки.

Противопоказания к применению метода

1. Общие противопоказания к операции.
2. Рецидив hallux valgus после оперативных вмешательств на первой плюсневой кости с развитием ее значительной деформации, которая не позволяет выполнить коррекцию варусного положения первой плюсневой кости по данной методике.