

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИНЕВРАЛЬНОГО ФИБРОЗА

А.А. Бибикова к.м.н., Л.П. Пикалова к.п.с.н., доцент, Н.В. Блинова к.м.н.,
ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет
Минздрава России

Периневральный фиброз, известная также под названием «подошвенная невралгия», «фокальный неврит подошвенного нерва», болезнь Мортонна является весьма распространённым заболеванием стопы, в основном у женщин среднего возраста. Для клинической картины настоящей патологии характерна сильная «жгучая», «невыносимая» боль по подошвенной поверхности стопы в третьем межпальцевом промежутке у основания III-IV пальцев. Боль усиливается при нагрузке и длительной ходьбе; ослабевает в покое и при снятии обуви.

Фиброз может возникнуть вследствие сдавливания нерва костями плюсны, которые проходят между третьим и четвёртым пальцами; поперечного плоскостопия; острых травм, гематом, облитерирующих заболеваний ног, а также хронических инфекций; длительного нахождения в положении стоя; ношение тесной обуви, которая вызывает болевые ощущения и дискомфорт при ходьбе, что служит причиной давления на нерв; избыточного веса - большая масса тела оказывает давление на ткани нервов нижних конечностей.

Начальная стадия заболевания визуально может быть не заметна, то есть при осмотре даже опытный специалист может сделать ошибочное заключение. Основным признаком наличия патологического процесса является боль при сжатии области между пальцами в поперечном направлении.

Пациенты жалуются на онемение в области пальцев ног; ноющие боли и жжение; дискомфорт и покалывание; ощущение инородного тела в области локализации заболевания.

Симптоматика болезни носит невыраженный характер и может утихать на некоторое время, иногда затишье длится на протяжении нескольких лет. Обострения невромы возникают в период ношения узкой или тесной обуви, а также туфель на высоком каблуке. Болевые ощущения возникают только в период ходьбы, после снятия обуви и разминания стопы все признаки заболевания угасают.

Последняя стадия болезни имеет выраженные симптомы, заключающиеся в жгучей и стреляющей боли, которая становится постоянной. Подобные проявления возникают независимо от нагрузок и обуви, и распространяются от стопы к кончикам пальцев. Чем «старше» заболевание, тем сильнее болевые ощущения в межпальцевом промежутке, между четвёртым и третьим пальцем. Пациенты с периневральным фиброзом могут обращаться к неврологу, ортопеду, травматологу. Установить диагноз возможно, основываясь на клинических данных. Патогномоничным симптомом является положительная проба со сжатием стопы во фронтальной плоскости, которая характеризуется

нарастанием боли и ее иррадиацией в пальцы, иннервируемые пораженным пальцевым нервом.

Для уточнения диагноза применяется рентгенография стопы, которая у большинства пациентов выявляет наличие продольно-поперечного плоскостопия. Однако рентгенография, как и КТ стопы не позволяет визуализировать невриному. При проведении МРТ невринома Мортона определяется как нечетко отграниченный участок повышенной интенсивности сигнала. Однако визуализация невриномы при помощи МРТ затруднена и может давать ложноотрицательные результаты. Оптимальным методом диагностики выступает УЗИ в области предполагаемой локализации невриномы. Инструментальные исследования также позволяют исключить наличие травматических повреждений, опухолей (хондромы, остеомы, липомы), гематом; дифференцировать периневральный фиброз от артрита стопы и деформирующего остеоартроза.

Цель исследования: определить эффективность хирургического лечения периневрального фиброза после проведенной УЗИ диагностики.



Рисунок 1. *УЗИ, тыльный доступ, без компрессии*

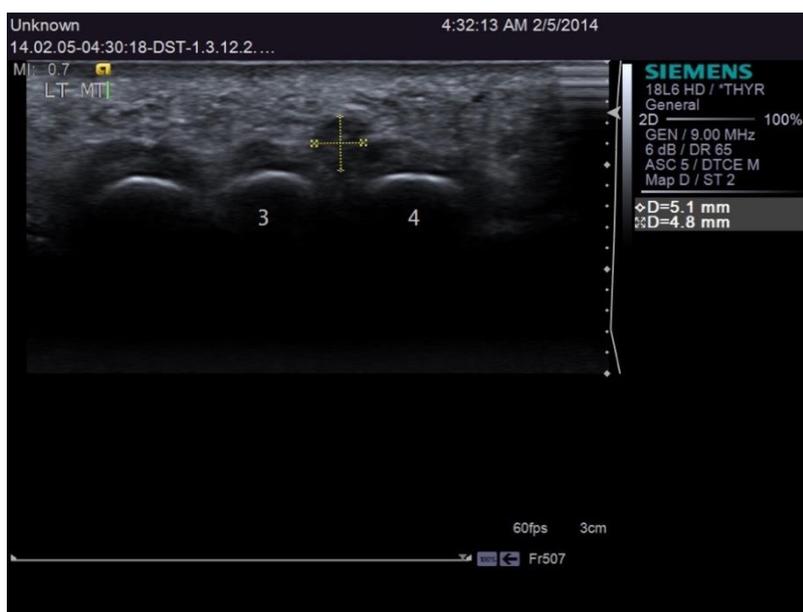


Рисунок 2. УЗИ, тыльный доступ, боковая компрессия стопы на уровне плюснефаланговых суставов

Материалы и методы исследования

Было обследовано 20 пациентов в возрасте от 30 до 61 года. 19 женщин и один мужчина. Средний возраст 46 лет. Заболевание левой стопы имело место в 9-то случаях, правой – в 8-ми, обе стопы – в 3-х наблюдениях. Всем пациентам были выполнены радикальные хирургические вмешательства – резекция болезненной невromы.

Результаты исследование

В 3% случаях операции были выполнены одновременно на обеих стопах; в 2-х – поочередно (с промежутком 3-6 месяцев) было произведено хирургическое вмешательство на противоположной стопе. Таким образом, оперативный метод лечения применим на 23-х стопах. Тыльный доступ к патологическому участку использован в 14 случаях, подошвенный – в 9-ти.

Выводы

УЗИ дает возможность установить наличие периневрального фиброза. Отдаленные результаты проведенных хирургических вмешательств изучены по прошествии года после операции. Все пациенты отмечали исчезновение боли и полноценную функциональную нагрузку оперированных стоп. Таким образом, хирургический метод лечения фокального неврита подошвенного нерва является эффективным.

Литература

1. Баиров, Г.А. Травматология и ортопедия/Г.А. Баиров– «Медицина», 1976,424с.
2. Бойчев, Б.А. Оперативная ортопедия и травматология/ Б.А.Бойчев - София: «Медицина и физкультура»,1962. – 356с.
3. Корнилов, Н.В., Грязнухин, Э.Г., Осташко, В.И., Редько, К.Г. Ортопедия. Краткое руководство для практических врачей/ Корнилов Н.В. –

СПб.:Гиппократ,2001. – 368 с.

4. Мовшович, И.А. Оперативная ортопедия/ Мовшович И.А.-М.: Медицина, 1985. – 245с.
5. Чаклин, В.Д. Основы оперативной ортопедии и травматологии/ В.Д. Чаклин - М.: Медицина,1964. – 163с.