



**Анатолий ПРИВАЛОВ**  
кандидат медицинских наук,  
травматолог-ортопед,  
президент Русского общества  
хирургии, ортопедии и эстетики  
стопы (Санкт-Петербург)

## НОГТЕВОЙ СЕРВИС



# «БОЛЕЗНЬ ПОРТНЫХ» или Деформация тейлора

Благодаря развитию информационных технологий названия ряда деформаций и заболеваний стопы знают не только ортопеды и подологи, но и многие пациенты. Всем известна вальгусная деформация 1-го пальца стопы, сопровождающаяся появлением характерной болезненной косточки, или шишечки. Но подобная шишечка и искривление пальца в области переднего отдела стопы могут наблюдаться и в области 5-го пальца. Это заболевание нередко сопровождается выраженной деформацией, болью и патологическим изменением анатомии ряда тканей стопы. Речь идет о деформации тейлора.

Заболевание впервые было описано более 200 лет назад английскими хирургами, наблюдавшими эту патологию у портных. Рабочим местом портного того времени был широкий стол с грубой и жесткой поверхностью. Мастер часами сидел практически в центре этого стола, поджав ноги под себя (как говорится, по-турецки), а вокруг него располагался нехитрый инструмент, заготовки, ткани и изделия.

От длительного давления и трения наружного края стоп (в т.ч. и в области 5-х пальцев) о твердую поверхность столешницы возникали болезненные наросты, шишечки в области оснований 5-х пальцев (фото 1). Портной по-английски – *tailor* (тейлор). Так,

профессия дала название ортопедическому заболеванию – болезнь тейлора (в переводе на русский – «болезнь портных»). Таким образом, в названии деформации лежит наименование профессии, а не имя врача, впервые описавшего патологию. Поэтому слово «тейлор» следует писать не с заглавной, а со строчной буквы. Несмотря на этот, казалось бы, общеизвестный факт, мне часто приходится встречаться с медицинской документацией, где в диагнозе это слово пишется с заглавной буквы, что неправильно.

В наше время в основе деформации тейлора лежит уже не принадлежность к конкретной профессии, а анатомиче-



**ФОТО 1.** Классический внешний вид деформации тейлора: выступ в области головки пятой плюсневой кости и отклонение 5-го пальца кнутри

ская особенность пятой плюсневой кости. В ряде случаев происходит значительное отклонение тела кости кнаружи, иногда у кости образуется чрезмерно большая головка. Нередко наблюдается сочетание вышеперечисленных факторов. В результате отклонения головка пятой плюсневой кости излишне выдвигается в наружном направлении. Из-за постоянного тесного контакта с обувью возникают и становятся все более выраженными гиперкератозы. Отклонение кости приводит к дисбалансу между сухожилиями сгибателей и разгибателей 5-го пальца. В итоге возникает и нарастает вывих в пятом плюснефаланговом суставе стопы, деформируется ось 5-го пальца (фото 2).

Палец может принять молоткообразную форму и прижаться к подошвенной поверхности стопы. Ось пальца может изменяться, что приводит к его развороту вправо и влево. Нередко 5-й палец заходит под 4-й или располагается сверху него. Нарушение правильной нагрузки при ходьбе приводит к возникновению грубой фиброзной ткани под основанием головки пятой плюсневой кости (фото 3), которая также принимает участие в формировании выступа при деформации тейлора. Изменению кожи, опрелость способствуют появлению болезненных, труднозаживающих трещин между 4-м и 5-м пальцами.



**ФОТО 2.** Развитие «болезни портных»:

А – увеличение головки и отклонение оси пятой плюсневой кости, Б – внешний вид изменений

В повседневной практике ортопед, подолог или мастер ногтевого сервиса довольно часто сталкивается с деформацией тейлора. При этом она может быть изолированной (только деформация 5-го пальца при нормальной форме остальной стопы) или сочетаться с вальгусной деформацией 1-го пальца, а также молоткообразной деформацией 2–4-го пальцев (фото 4).



**ФОТО 3.** Внешний вид фиброзного рубца в области головки пятой плюсневой кости (интраоперационная фотография)

**ФОТО 4.** Сочетание деформации тейлора, вальгусной деформации 1-го пальца и молоткообразной деформации 4-го пальца

В большинстве случаев деформация тейлора возникает на обеих стопах сразу. Пациент часто жалуется на плотные выросты в области 5-х пальцев, жгущие боли под пальцами, неудобство при выборе обуви. Косметической стороной деформации является искривление 5-го пальца – он может принимать крючковидную форму, полностью разворачиваться по оси, заходить на 4-й палец ▷





## НОГТЕВОЙ СЕРВИС

# «БОЛЕЗНЬ ПОРТНЫХ», ИЛИ ДЕФОРМАЦИЯ ТЕЙЛОРА

или ложиться под него. Нередко при такой деформации возникает хроническое воспаление (бурсит) околосуставной сумки пятого плюснефалангового сустава (фото 5). Из-за скопления выпотной жидкости косточка становится еще больше. При хроническом течении процесса в области воспаленной сумки может сформироваться свищ (отверстие в коже, через которое суставная жидкость вытекает наружу). Это, в свою очередь, может привести к инфицированию раны.

Нередко пациента беспокоят болезненные трещины в четвертом межпальцевом промежутке и трудно выводимые стержневые мозоли на подошвенной поверхности под 5-м пальцем (фото 6).

При лечении начальной стадии деформации тейлора следует отдавать предпочтение консервативным методам. Пациенту рекомендуют носить обувь с мягким и ши-

роким носком или периодически растягивать носок модельной обуви в сапожных мастерских. Обязательно назначение индивидуальных ортопедических стелек, которые имеют свои особенности. При деформации тейлора применяют стельки с жестким и поднятым наружным краем, а также специальным Т-образным метатарзальным пелотом (специальным выпуклым сменным элементом стельки различных размеров и степени жесткости, разгружающим область поперечного свода стопы). Данный тип индивидуальных стелек позволяет разгрузить наружный край стопы, особенно область пятого плюснефалангового сустава. Если у пациента деформация тейлора сочетается с вальгусным отклонением пяточной кости, к стелькам добавляют специальный сменный кусок под пятку; он нивелирует отклонение пяточной кости и снижает нагрузку на на-

ружный край стопы и область 5-го пальца. Подологу настоятельно рекомендуется аккуратно обрабатывать места гиперкератоза в области выступа, никогда не счищая кожные наслоения более чем на 2/3 их глубины (ни в коем случае не до так называемой розовой кожи). Для лечения межпальцевых трещин целесообразно временно применять тонкие силиконовые прокладки для разгрузки и обеспечения хорошего дренажа четвертого межпальцевого промежутка. Нельзя прижигать воспаленные ткани в области 5-го пальца йодом или подобными агрессивными антисептиками.

При наличии у пациента застарелой выраженной деформации, сопровождающейся постоянной болью, значительными гиперкератозами и стержневыми мозолями, его 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. Основной задачей операции является восстановление правильной анатомической оси пятой плюсневой кости за счет ее смещения кнутри.

В ряде случаев операцию можно выполнить из небольшого прокола. С помощью специальных тонких буров снаружи 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 во внутреннюю сторону (фото 7). На прокол накладывается один шов. Стопа фиксируется корригирующей мягкой повязкой.

При тяжелой степени отклонения пятой плюсневой кости целесообразно выполнение мини-инвазивной операции из небольшого доступа. В возглавляемом мною



**ФОТО 5.** Бурсит области пятого плюснефалангового сустава при «болезни портных»



**ФОТО 6.** Стержневая мозоль на подошвенной поверхности стопы



**ФОТО 7.** Рентгенограммы после устранения деформации тейлора различными методами подкожной хирургии стопы

Международном центре хирургии стопы устранение деформации тейлора проводится следующим образом: под основанием выступа выполняется небольшой разрез (длиной до 1,5 см). Удаляются все рубцы и иссекается перерожденная капсула сустава. Затем проводится специальная мини-остеотомия плюсневой кости. В результате кость сдвигают в нужное положение и фиксируют мини-винтом (фото 8). Современные мини-винты изготовлены из неаллергенных сплавов, они не мешают процессу ходьбы, не препятствуют выполнению МРТ и могут оставаться в организме пожизненно. Важные особенности операции, о которых, к сожалению, нередко забывают оперирующие хирурги, – необходимость удаления грубого фиброзного рубца из-под головки пятой плюсневой кости, сформировавшегося за годы деформации (устранение демонстрируется на фото 3) и иссечение излишков кожи в области устраненного выступа. Невыполнение этих манипуляций не позволит достичь хорошего функционального и косметического эффекта.

Операции по устранению деформации тейлора непродолжительны, они выполняются на обеих стопах приблизительно за 25 минут. Вмешательство проходит без кровопотери и выраженного болевого синдрома, поэтому специалисты нашего Центра



**ФОТО 8.** Устранение застарелой деформации тейлора:  
А – фиксация мини-винтом сдвинутой плюсневой кости,  
Б – послеоперационная рентгенограмма – восстановлена правильная ось пятой плюсневой кости

выполняют его в амбулаторных условиях; мы не практикуем госпитализацию. Устранение деформации тейлора – одна из немногих операций на стопе, которая выполняется под местной анестезией и не является неудобной для пациента.

Послеоперационное ведение несложное. При устранении изолированной деформации тейлора мы рекомендуем до одной недели ходить в специальной разгрузочной обуви, затем, по мере снижения отека, пациент может перейти на обычную обувь с жесткой подошвой и широким носком. Швы снимаются на 10–12-й день. Целесообразно сразу после снятия швов изготовить и носить жесткие индивидуальные стельки, выполненные по вышеописанной технологии. В течение 4 недель после операции ограничивают тепловые процедуры (баня, сауна), занятия спортом, запрещают вставать на носки. По истечении 4 недель после осмотра оперировавшего ортопеда и выполнения контрольных рентгенограмм все ограничения снимаются.

Таким образом, в основе возникновения деформации тейлора лежит отклонение пятой плюсневой кости кнаружи. Деформация сопровождается образованием болезненного выступа в области основания 5-го пальца стопы, болью, возникновением грубых гиперкератозов, искривлением или

смещением самого 5-го пальца. На начальных стадиях деформации достаточно носить рациональную обувь с широким мягким носком и использовать индивидуальные стельки с жестким приподнятым наружным краем, позволяющие разгрузить наружные отделы стопы и область 5-го пальца. Мастеру педикюра следует аккуратно обрабатывать гиперкератозы в области выступа, применять тонкие силиконовые вкладыши при возникновении трещин в области четвертого межпальцевого промежутка, избегать прижигания воспаленных тканей области 5-го пальца агрессивными антисептиками. 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.

\*\*\*

Знание причин, приводящих к деформации тейлора, и конструктивное сотрудничество подолога с хирургом стопы способствуют раннему выявлению и эффективному лечению пациентов с подобной патологией. **LNE**