

Климович А.Д.

ПЛАНТАРНЫЙ ФАСЦИИТ

Научный руководитель: ст. преп. Титова А.Д.

*Кафедра травматологии и ортопедии с курсом повышения квалификации и переподготовки
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Актуальность. Плантарная фасция является важнейшим элементом в механизме ходьбы. Натяжение фасции удерживает продольный свод, делает стопу более жесткой для эффективного толчка в фазе опоры при шаге. Повторяющиеся микротравмы этой структуры приводят к дегенеративным изменениям в толще фасции, особенно в месте инсерции к пяточной кости – плантарному фасцииту.

Цель: определить особенности строения плантарной фасции, являющиеся предпосылкой к развитию плантарного фасциита.

Материалы и методы. Для экспериментального исследования использовался кадаверный материал 10 ампутированных нижних конечностей человека на базе УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро» г. Минска. Ампутации выполнены по заболеваниям, не связанным с поражением голеностопного сустава и связочного аппарата. Проводили препаровку подошвенной области стопы с выделением плантарной фасции на всём её протяжении: от места инсерции к пяточной кости до места прикрепления к проксимальным фалангам пальцев. Отдельно препарировали зону инсерции ахиллова сухожилия с выделением связывающих пучков. После полной мобилизации фасции выполняли её пересечение в зоне, соответствующей типичной локализации пяточной шпоры (медиальный бугор пяточной кости) для визуализации места инсерции.

Результаты и их обсуждение. Основываясь на полученных данных и анализе литературы, мы выявили особенности строения плантарной фасции, а именно: коллагеновые волокна фасции организованы как в продольном направлении, так и имеют вертикальный, косой и поперечный ход. Они берут начало от пяточной кости и разделяются на три пучка. Медиальный пучок покрывает мышцу, приводящую большой палец, латеральный пучок – мышцу, отводящую мизинец, центральный же начинается от пяточного бугра, является самым мощным (составляет две трети толщи фасции) и считается истинной плантарной фасцией. Он покрывает подошвенные мышцы стопы и дистально разделяется на пять тяжей, прикрепляющихся к плюснефаланговым суставам. Также выявлено, что в половине случаев между местом инсерции и ахилловым сухожилием имеется явный переход волокон. Пяточная шпора выявлена в одном случае. Была выполнена модель оперативного релиза плантарной фасции (открытая плантарная фасциотомия медиальным доступом) и выявлено, что при релизе центральной порции существенно снижается степень натяжения пучков средней порции фасции.

Выводы. Совокупность анатомических особенностей – трёхпучковое строение, преобладание средней порции, её прикрепление к пяточному бугру и дистальное крепление к фалангам, а также сложная многослойная организация волокон – в сочетании с биомеханикой механизма «лебёдки» создаёт условия для хронической микротравматизации и развития процесса, характерного для плантарного фасциита. Операция по медиальному релизу является опцией при хронической боли у пациентов с плантарным фасциитом, при безуспешном консервативном лечении.