

УДК 617.587-007.56-02:617.586-007.58-089

DOI 10.17816/pmj36131-34

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ АРТРОЗЕ ПЕРВОГО ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА СТОПЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

А.Е. Токарев, В.Г. Козюков, Н.Б. Щеколова, Я.В. Ненахова*

Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера, Россия

SURGICAL TACTICS FOR ELDERLY PATIENTS WITH DEFORMING ARTHROSIS OF FIRST METATARSOPHALANGEAL JOINT OF FOOT

A.E. Tokarev, V.G. Kozyukov, N.B. Schekolova, Ya.V. Nenakhova*

E.A. Vagner Perm State Medical University, Russian Federation

Цель. Анализ результатов различных видов оперативных вмешательств у больных пожилого возраста с деформирующим артрозом первого плюснефалангового сустава стопы.

Материалы и методы. Проведен анализ отдаленных результатов лечения остеоартроза первого плюснефалангового сустава стопы у 70 человек пожилого возраста в зависимости от стадии заболевания. В диагностике и лечении использовали клиническое, рентгенологическое обследование, биомеханический и статистический методы.

Результаты. Разработана хирургическая тактика лечения пациентов пожилого возраста в зависимости от стадии заболевания, исходы хирургического лечения прослежены у 55 больных. Хорошие результаты достигнуты у 47 (85,4 %) пациентов, удовлетворительные – у 8 (15,6 %), неудовлетворительные результаты не отмечены.

Выводы. Дифференцированный подход к лечению зависит от выбора оптимального метода в каждом конкретном случае с учетом стадии заболевания, характера деформации, а проведение ранней комплексной послеоперационной реабилитации позволяет получить благоприятный косметический и функциональный исход, улучшить качество жизни больных.

Ключевые слова. Пальцы стопы, остеоартроз, хирургическое лечение.

Aim. To analyze the results of various types of surgical interventions, used in elderly patients with deforming arthrosis of the first metatarsophalangeal joint of the foot.

Materials and methods. The long-term results of treatment of osteoarthritis of the first metatarsophalangeal joint of the foot were analyzed in 70 elderly persons depending on the stage of disease. Clinical, roentgenological investigation, biomechanical and statistical methods were used for diagnosis and treatment.

Results. Surgical tactics of treatment for elderly patients depending on the stage of disease was developed, outcomes of surgical treatment were followed up in 55 patients. Good results were reached in 47 (85.4 %) patients, satisfactory – in 8 (15.6 %) patients, no unsatisfactory results were noted.

© Токарев А.Е., Козюков В.Г., Щеколова Н.Б., Ненахова Я.В., 2019

тел. +7 (342) 239 32 88

e-mail: rector@psma.ru

[Токарев А.Е. (*контактное лицо) – доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии; Козюков В.Г. – доктор медицинских наук, профессор кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии; Щеколова Н.Б. – доктор медицинских наук, профессор кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии; Ненахова Я.В. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии].

Conclusions. Differentiated approach to treatment depends on the choice of optimal method in each concrete case taking into account the stage of disease, character of deformity; early complex postoperative rehabilitation permits to obtain favorable cosmetic and functional outcome, improve patients' quality of life.

Key words. Toes, osteoarthritis, surgical treatment.

ВВЕДЕНИЕ

Деформирующий остеоартроз суставов стопы – заболевание, при котором преимущественно поражается первый плюснефаланговый сустав. Проявляется дегенерацией суставных хрящей, компенсаторным разрастанием новообразованной костной ткани, склеротической перестройкой сочленяющихся костей, что вызывает резкое ограничение движений в суставе и служит причиной ригидности первого пальца [3]. Заболевание занимает 3-е место среди деформирующих поражений суставов, уступая артрозам коленного и тазобедренного суставов [1].

На начальных стадиях заболевания основным видом хирургического лечения являются суставосберегающие операции, направленные на удаление костно-хрящевых разрастаний, кистозных образований костной ткани, иссечение склерозированной капсулы сустава. При поздних стадиях – артропластика, артродез или эндопротезирование сустава [5–7].

Следует отметить, что многие аспекты этой важной проблемы остаются спорными и до конца не изучены, мнения авторов противоречивы, а некоторые методики операций требуют дальнейшей разработки.

Цель исследования – анализ результатов различных видов оперативных вмешательств у больных пожилого возраста с деформирующим остеоартрозом первого плюснефалангового сустава стопы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обобщен опыт хирургического лечения 70 пациентов с деформирующим остеоартрозом первого плюснефалангового сустава стопы за период с 1997 по 2017 г. Возраст больных от 60 до 75 лет, преобладали лица женского пола (65), мужчин было 5. Всем больным до операции и в отдаленном периоде после оперативного вмешательства были проведены клинические, рентгенологические, биомеханические методы исследования.

Клиническое обследование включало в себя сбор жалоб и анамнеза заболевания с осмотром стоп, при котором исследовали: выраженность поперечной распластанности и ригидности переднего отдела стопы, выраженность костно-хрящевого экзостоза.

Кроме клинического осмотра решающим фактором при выборе метода лечения является рентгенологическая стадия процесса. Исследуя рентгенограммы, обращали внимание на расположение сесамовидных костей, изучали ширину и равномерность суставной щели первого плюснефалангового сустава, конгруэнтность суставных поверхностей, наличие кист дистальной головки первой плюсневой кости и основания основной фаланги, выраженность субхондрального склероза, образование краевых остеофитов. Стадию остеоартроза первого плюснефалангового сустава оценивали по клинико-рентгенологической классификации, предложенной Regnauld (1983 г.).

Биомеханический метод использовали для определения объема тыльного и подошвенного сгибания в первом плюснефаланговом суставе при осмотре пациента до и после операции. Объем движений в суставе измеряли с помощью угломера, устанавливая его бранши в сагиттальной плоскости по осям первого пальца и первой плюсневой кости. Отсчет величины углов производили от 0°. Величину тыльного сгибания в пределах 35–60° и подошвенного сгибания в пределах 25–35° считали нормой.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Отдаленные результаты оперативного лечения изучены у 55 больных, что составило 78,5 % всех наблюдений. Хорошие результаты достигнуты у 47 (85,4 %) человек, удовлетворительные – у 8 (15,6 %). Под удовлетворительными результатами подразумевалось ограничение амплитуды движений в суставе менее 30 % от нормы, с частичным сохранением болевого синдрома, что наблюдалось у пациентов с III стадией заболевания. Неудовлетворительных исходов (рецидивов болей, деформации сустава) не было, что свидетельствует о высокой эффективности разработанной тактики лечения при данном заболевании.

У пациентов с остеоартрозом первого плюснефалангового сустава операции, направленные на моделирование суставных поверхностей и выполнение субхондральной тоннелизации дистального метаэпифиза первой плюсневой кости, не позволяют устранить тугоподвижность в суставе. В связи с этим нами разработан и внедрен в клиническую практику способ оперативного лечения (патент № 2279875), заключающийся в одновременном выполнении хирургической

коррекции вальгусной деформации в показанных случаях, проведение хейлэктомии, субхондральной тоннелизации головки первой плюсневой кости и артропластики первого плюснефалангового сустава. Разработанный способ лечения позволяет устранить компоненты статической деформации переднего отдела стопы, а также следствия остеоартроза.

Наш опыт хирургического лечения свидетельствует о целесообразности применения комплексного способа коррекции восстановления формы и функции первого пальца стопы. Так, при остеоартрозе I стадии ($n = 28$) проводим органосохраняющие операции, бурсэкзостозэктомии дополняем тщательным моделированием головки первой плюсневой кости (хейлэктомией), синовэктомией, тоннелизацией и заканчиваем операцию проведением гемостаза резецированных костных поверхностей воском. За счет субхондральной тоннелизации пересекаются артериальные и венозные сосуды, расположенные в метафизе кости, что ведет к снижению внутрикостного давления и перестройке кровообращения кости в этой области; пересечение симпатических волокон способствует снятию болевого синдрома и ликвидации спазма сосудов и области сустава, в результате чего улучшается регенерация костной ткани и хряща [2].

При остеоартрозе плюснефалангового сустава II стадии ($n = 30$) проводим операцию Шаде – Брандеса, дополняем ее выполнением хейлэктомии и субхондральной тоннелизацией дистального метаэпифиза первой плюсневой кости. При этом резекционную артропластику в показанных случаях дополняем капсулопластикой, закрывая резекционный дефект основания основной фаланги тонким лоскутом, выкроенным из

капсулы [4]. Считаем важным проведение тщательного гемостаза воском.

При III стадии заболевания ($n = 12$) проводим хейлэктомию, тщательно моделируем дистальную головку первой плюсневой кости, выполняем субхондральную тоннелизацию, а резецированную поверхность основания основной фаланги во всех случаях закрываем лоскутом из капсулы с выведением пальца в среднефизиологическое положение.

Выводы

Таким образом, анализ отдаленных результатов различных вариантов хирургических вмешательств у больных пожилого возраста с деформирующим остеоартрозом первого плюснефалангового сустава стопы показал, что дифференцированный подход к лечению зависит от выбора оптимального метода в каждом конкретном случае с учетом стадии заболевания, характера деформации, а проведение ранней комплексной послеоперационной реабилитации позволяет получить благоприятный косметический и функциональный исход, улучшая качество жизни пациентов.

Предложенная хирургическая тактика в лечении больных пожилого возраста с деформирующим остеоартрозом первого плюснефалангового сустава стопы дала положительные результаты и может быть рекомендована для использования в практической хирургии.

Библиографический список

1. *Беляева А.А., Крамаренко Г.Н., Истомина И.С.* Особенности кровоснабжения стопы при ригидном первом пальце. Ортопедия, травматология и протезирование 1991; 7: 29–32.
2. *Кузьменко В.В.* Хирургическое лечение деформирующего артроза крупных суставов. Врач 1993; 1: 13–16.
3. *Паршиков М.В., Попов А.В., Зоря В.И., Сергеева В.В.* Лечение статических заболеваний стопы. Российский медицинский журнал 2000; 1: 18–21.
4. *Токарев А.Е., Степанова В.А.* Способ оперативного лечения вальгусного отклонения первого пальца стопы в сочетании с деформирующим артрозом первого плюснефалангового сустава. Патент 2279857 РФ, МПК 61В 17/56. Зарегистрирован в Гос. реестре изобретений РФ 5 июля 2006 г.
5. *Hamilton W.G., Hubbard C.E.* Hallus rigidus Excisional arthroplasty. Foot Ancl Clin 2000; 3: 663–671.
6. *Southgate J.J., Urry S.R.* Hallux rigidus: the longterm results of dorsal wedge osteotomy and arthrodesis in adults. J Foot Ankle Surg 1997; 2: 136–140.
7. *Zgonis T., Jolly G.P., Garbalosa J.C.* The value of radiographic parameters in the surgical treatment of hallus rigidus. J Foot Ankle Surg 2005; 3: 184–189.

Материал поступил в редакцию 18.11.2018