

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА ПЕРВОГО ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА СТОПЫ

Клыга А.В., Михнович Е.Р.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность.

Остеоартроз I плюснефалангового сустава (ОА I ПФС) 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 стопы (Hallux rigidus).

В среднем от данного заболевания страдают примерно 15–17 % населения (Кузьмин В.И., 2003). Заболевание занимает 3-е место среди деформирующих поражений суставов, уступая лишь артрозам коленного и тазобедренного суставов (Беляева А.А., Крамаренко Г.Н., Истомина И.С., 1991). Среди клинических проявлений ОА I ПФС лидируют боль, уменьшение объема движений, ощущение скованности в суставе.

Существуют различные методики хирургического лечения данного заболевания, начиная от хейлэктомии (удаления костного тыльного выступа, препятствующего разгибанию в суставе), резекционной артропластики I плюснефалангового сустава и заканчивая корригирующими остеотомиями проксимальной фаланги большого пальца, корригирующим артродезом и эндопротезированием I плюснефалангового сустава.

Цель.

Оценить эффективность применения корригирующего артродеза в хирургическом лечении остеоартроза I плюснефалангового сустава стопы III–IV стадии.

Материалы и методы.

С 2017 по 2022 год в 6-й ГКБ г. Минска корригирующий артродез I плюснефалангового сустава выполнен 13 пациентам (2 женщинам (15,4 %) и 11 мужчинам (84,6 %)) на 14 стопах с ОА I ПФС III–IV стадии. У 1 пациента операция была выполнена на обеих стопах.

Возраст пациентов колебался от 28 до 71 года. Медиана возраста Me [Q25; Q75] составила 56 [49; 63] лет.

Применяли классификацию ОА I ПФС по Coughlin M.J., Shurnas P.S. (2003).

Стадия 0: Тыльное сгибание (ТС) = 40–60° (ограничение менее 20 % от нормального объема движений (ОД)), боли нет. Рентгенологически: норма.

Стадия 1: ТС = 30–40° (ограничение менее 20–50 % от нормального ОД), небольшой болевой синдром. Небольшой тыльный остеофит, нормальная суставная щель.

Стадия 2: ТС = 10–30° (ограничение менее 50–70 % от нормального ОД), умеренный болевой синдром, связанный с движением. Умеренный тыльный (латеральный / медиальный) остеофит, сужение щели сустава < 50 %, остеосклероз.

Стадия 3: ТС < 10° (часто подошвенное сгибание (ПС) < 10°), боль в крайних положениях I ПФС, отсутствие боли в середине движения. Выраженный тыльный остеофит, сужение щели сустава > 50 %, субхондральные кисты или эрозии, сесамовидные кости увеличены, кистозно-дегенеративно изменены.

Стадия 4: Выраженная тугоподвижность, боль в крайних положениях I ПФС, боль в середине движения. Выраженный тыльный остеофит, сужение щели сустава > 50 %, свободные тела или остеохондральные дефекты, сесамовидные кости увеличены, кистозно-дегенеративно изменены.

В нашем исследовании ОА I ПФС 3-й стадии наблюдали на 10 стопах, 4-й стадии – на 4 стопах.

Артродез I плюснефалангового сустава выполняли под пневматической манжетой, наложенной на нижнюю треть голени. Применяли линейный доступ по тыльно-внутренней поверхности I ПФС от уровня межфалангового сустава большого пальца до шейки I плюсневой кости. Капсулу сустава рассекали, подготовку суставных концов осуществляли при помощи осциллирующей пилы с резекцией торца головки I плюсневой кости и основания основной фаланги I пальца. Плоскости резекции плюсневой кости и проксимальной фаланги пальца ориентировали таким образом, чтобы после их адаптации большой палец находился в положении тыльного разгибания 10–15° по отношению к плоскости опоры (угол инклинации I пальца) и вальгусного отклонения 10–15° по отношению к оси I плюсневой кости.

Фиксацию I плюснефалангового сустава винтами выполнили в 4 случаях (28,6 %), в 8 наблюдениях (57,1 %) использовали спицы Киршнера, в 2 (14,3 %) – применили пластины. В конце операции рану ушивали отдельными узловыми швами. После операции стопу фиксировали задней гипсовой шиной, начинавшейся от нижней трети голени и заканчивающейся дистальнее кончиков пальцев. На следующий день после операции пациенты начинали передвигаться в обуви Барука с дозированной нагрузкой на оперированную конечность.

Результаты.

Отдаленные результаты хирургического лечения изучены у всех 13 пациентов на 14 стопах в сроки от 18 до 46 месяцев с использованием шкал AOFAS-I (Американской ассоциации хирургов стопы и голеностопного сустава для I пальца) и ВАШ (Визуально-аналоговой шкалы боли). Медиана Ме [Q25; Q75] изучения исхода лечения составила 31 [22,5; 35,5] месяц.

Оценка болевого синдрома с помощью шкалы ВАШ показала значительное снижение интенсивности боли: медиана Ме [Q25; Q75] ВАШ до операции составила 6 [6; 8] баллов, после вмешательства – 1 [1; 2] балл.

Оценка с использованием анкеты AOFAS-I для большого пальца стопы показала следующие результаты: медиана Ме [Q25; Q75] до операции равнялась 40 [31; 45] баллам, после вмешательства – 86 [85; 90] баллам.

В итоге отличные исходы получены на 2 стопах (14,3 %), хорошие – на 9 (64,3 %), удовлетворительные – на 2 (14,3 %), неудовлетворительные результаты – на 1 стопе (7,1 %).

Выводы.

1. Hallux rigidus – распространенное заболевание, поражающее людей трудоспособного возраста и вызывающее значительное нарушение функции стопы при ходьбе.

2. Выбор метода лечения в каждом конкретном случае должен осуществляться с учетом стадии патологии и вида деформации.

3. Корректирующий артродез является методом выбора при III–IV стадии остеоартроза I плюснефалангового сустава и позволяет достичь положительных результатов в 92,9 % случаев.