

Слайд
1

Хирургическое лечение ревматоидной стопы

В.П. Павлов

ГУ Институт ревматологии РАМН

Слайд
2

Отделы стопы

Стопа условно подразделяется на 3 отдела:

- 1. **передний**, включающий пальцы, плюсневые кости с 9-ю межфаланговыми и 5-ю плюснефаланговыми суставами;
 - 2. **средний** - предплюсна - с тремя клиновидными кубовидной и ладьевидными костями ;
 - 3. **задний**, включающий таранную и пяточную кости.
- Во втором и третьем отделах имеется 6 суставов.
- *Всего в стопе насчитывают 20 суставов*

Слайд
3

Наиболее частой деформацией переднего отдела ревматоидной стопы является вальгусное отклонение 1-го пальца (*hallux valgus*), подвывихи (вывихи) II-III-IV и V плюснефаланговых суставов, латерализация 2 - 3 и 4 пальцев и варусная установка 5 пальца. Деформация называется «*digitis V rheumaticus*» (DVR)

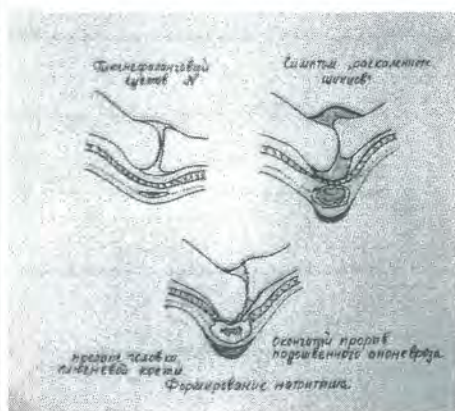
Слайд
4

Патогенез DVR

- А) В результате ревматоидного воспаления передний свод стопы уплощается с веерообразным расхождением плюсневых костей. Возникающее поперечное плоскостопие обуславливает дислокацию сухожилий, которая усиливается под действием мышечного спазма сгибателей, разгибателей и абдукторов. Этот патомеханизм сравнивают с феноменом «тетивы лука» (сухожилия спазмированных мышц), усиливающих кривизну лука

Слайд
5

Патогенез DVR



Окончатый
разрыв апоневроза,
пролабирование
головки п/кости в
дермальный слой
формирование
натоптыша

Слайд
6

Патогенез «DVR»

- Б) Прогрессирование этой деформации приводит к подвывихам и вывихам головок II - III - IV и V плюсневых костей. Воспалительные процессы в плюснефаланговом суставе и в подошвенной бурсе соответствующего сустава с дорсальной и волярной стороны сдавливают подошвенный апоневроз, расположенный между суставом и бурсой - синдром «раскаленных щипцов». В итоге происходит окончательный прорыв апоневроза, через который пролабируют головки плюсневых костей в дермальный слой подошвы стопы.

Слайд
7

ПАТОГЕНЕЗ DVR

- Подвывихи и вывихи плюснефаланговых суставов, артрит проксимальных межфаланговых суставов являются причинами формирования фиксированных молотчкообразных деформаций пальцев стопы. Все это в совокупности приводит к деформации стопы типа - *digitis V rheumaticus* - DVR

Слайд
8

Клинические проявления DVR

- 1. Затруднения во время ходьбы при перекате стопы с преимущественной опорой на пятки, ограничения дистанции ходьбы. Характерные жалобы: «ходьба на раскаленных угольках», «ходьба в обуви, в которую попали мелкие камешки»
- 2. Невозможность подбора обычной обуви.
- 3. Боли, усиливающиеся при ходьбе, длительном стоянии на ногах.
- *Эти клинические проявления являются показаниями к реконструктивной операции на переднем отделе ревматоидной стопы*

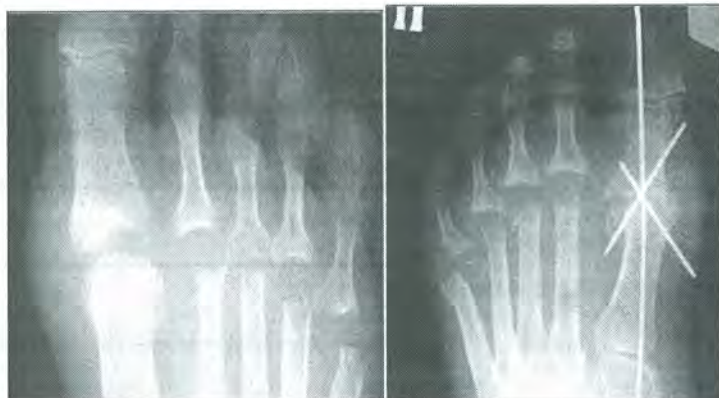
Слайд
9

Нами разработана, апробирована и внедрена в практику ревмоортопедического отделения Института ревматологии операция артродеза 1-го плюснефалангового сустава, резекции головок 2, 3, 4 и V плюсневых костей и при наличии молоткообразных деформаций пальцев резекция блока проксимальной фаланги в проксимальных межфаланговых суставах. Главными преимуществами этой реконструкции переднего отдела стопы является надежная профилактика рецидива *hallux valgus* и купирование воспалительного процесса в первом плюснефаланговом суставе. На следующем слайде рентгенограммы артродеза 1 плюснефалангового сустава в сравнении артропластикой того же сустава.

Слайд
10

Артропластика I пл\ф

Артродез I пл\ф

Слайд
11

Средний и задний отделы стопы

- Артрит таранно-пяточного сустава приводит к уплощению продольных сводов стопы и развитию plano-вальгусной установки
- Наиболее рациональным методом лечения этой деформации является 3-суставной артродез таранно-пяточного, таранно-ладьевидного и пяточно-кубовидного суставов. Стопа выводится из пронаторной установки в нейтральную, таранная щель заполняется ауто или гомокостью, в результате чего образуется единая кость из таранной, пяточной и кубовидной костей. Полностью купируется артрит, исчезают боли, восстанавливается опороспособность, движения сохраняются в голеностопном суставе, походка нормализуется. В 80-85% достигаются отличные и хорошие результаты после 3-суст. артродеза, сохраняющиеся в течение 10 и более лет

Слайд
12

Критерии оценки результатов

Клин-функц. показатели	РЕЗУЛЬТАТЫ			
	отличные	хорошие	удовлетворит	плохие
Боли в стопе при ходьбе	нет	временами слабые	+	такие, как и до операц.
Перекал стопы	восстановлен	восстановлен	частичное восстановление*	такой же как и до опер. as before operation
Подбор обуви	без затруднений	без затруднений	с некоторыми трудностями	только орт.обувь
Деформация стопы	нет	слабая	умеренная, рецидив Hallux valgus ±	рецидив Hallux valgus и подвывихи II-V пл\ф суставов
Дистанция ходьбы в км	без ограничений	До 5 км**	до 2 км, но боль шее, чем до опер.	не изменилась сравнительно с д/оп. данными

Примеч.: * - походка замедлена, изменения в ритме шага

** - после 5 км ходьбы могут возникнуть боли или мышечная слабость