

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ ПОЛИАРТРИТОМ

А.В. Пфейфер², С.С. Тертышник², И.В. Девальд², И.А. Атманский¹

¹Челябинская государственная медицинская академия,

²Дорожная клиническая больница на станции Челябинск, г. Челябинск

Дан анализ результатов хирургического лечения 16 пациентов с деформацией переднего отдела стопы на фоне ревматоидного полиартрита. Характерная особенность – комплексная ригидная деформация переднего отдела стопы. В результате резекционной артропластики плюснефаланговых и межфаланговых суставов и артродезы первого плюснефалангового сустава были получены хорошие результаты лечения у 57,9 % пациентов. Средний балл по шкале Kitaoka вырос с 21,5 до 46,7 балла из 75 возможных.

Ключевые слова: ревматоидный полиартрит, деформация переднего отдела стопы, резекционная артропластика.

Введение. Несмотря на системность ревматоидного процесса, в основе патогенеза которого лежит прогрессирующая дезорганизация соединительной ткани, все-таки преимущественно поражаются ткани периферических суставов [1, 3, 4]. В 27–30 % развивается стойкая утрата трудоспособности, приводящая к инвалидности. Поражение суставов стопы у больных ревматоидным артритом занимает одно из первых мест по частоте, уступая только ревматоидной кисти [2, 7, 9].

Артрит плюснефаланговых суставов (ПФС) у этой категории больных в отличие от артрита пястно-фаланговых суставов позднее приводит к ортопедическим изменениям [5, 10]. Сначала ревматические деформации являются мобильными, то есть пассивно корригируются. Однако очень быстро происходит переход в частичную, а затем и полную неподвижность с формированием деформаций, вызывающих нарушение ходьбы, затруднения при ношении обычной обуви с неподдающимися консервативному лечению болями, снижением качества жизни [6, 8].

Цель работы. Проанализировать результаты оперативного лечения больных с ревматоидной деформацией переднего отдела стопы.

Материалы и методы. В травматологическом отделении ДКБ в 2005–2011 годах по поводу приобретенной деформации переднего отдела стопы оперировано 225 пациентов на 401 стопе, из них по поводу ревматоидной деформации 16 (7 %) пациентов на 30 стопах (7,4 %). Возраст пациентов составил от 32 до 67 лет (одиннадцать женского пола – средний возраст 53,8 года и пять мужского пола – средний возраст 54 года). Длительность заболевания у всех пациентов более 10 лет. Характерной особенностью являлась комплексная ригидная деформация переднего отдела стоп – вальгусная деформация первых пальцев, молоткообразная или когтеобразная деформация средних и варусная – пятых пальцев.

По видам деформации все пациенты распределялись следующим образом: «пестрый вид», когда вальгусная деформация большого пальца сочеталась с когтеобразной деформацией средних пальцев и варусным положением пятого пальца, имел место в 10 случаях (62,5 %); деформация стопы «в виде ветряной мельницы», когда все пальцы отклонены фибулярно – 4 пациента (25 %); смешанная деформация первого и второго видов – 2 человека (12,5 %). При всех видах деформации имели место выраженные натоптыши под головками средних пальцев.

У 7 пациентов отмечалась тугоподвижность первых пальцев. У 9 имелась в той или иной степени деформация голеностопных, коленных, тазобедренных суставов в сочетании с деформацией суставов верхних конечностей. В клинической картине преобладали жалобы на нарушение опороспособности и деформации, мешающие ходьбе и ношению обычной обуви. Болевой синдром, как правило, выражен умеренно. У всех пациентов отмечено увеличение СОЭ до 30–35 мм/ч.

По классификации О. Steinbrocker пациенты распределялись следующим образом: III стадия – 5 пациентов, IV стадия – 11 пациентов. По степени активности ревматоидного процесса: I степень (минимальная) – 4 пациента, II степень (средняя) – 3 пациента, ремиссия – 9 пациентов.

При оперативном лечении учитывался ряд особенностей у этой категории пациентов: наличие системных проявлений болезни, снижение минеральной плотности кости с дальнейшим развитием выраженного остеопороза, длительная терапия гормональными и базисными препаратами с развитием гормонозависимости и усугублением иммунодефицита, высокий риск развития инфекционных осложнений. Все пациенты до и после операции консультировались ревматологом, также пациентам выполнялась ультразвуковая доплерография сосудов стоп и компьютерная подография.

В предоперационном периоде проводилась тщательная гигиена стоп, короткое подстригание ногтей, что зачастую требовало посторонней помощи.

Обязательно проводилась периоперативная антибиотикопрофилактика за 30 минут до наложения жгутов.

Операции выполнялись под спинно-мозговой анестезией с применением пневможгутов в надлодыжечной области.

На 30 стопах 16 пациентам были произведены следующие операции: корригирующие остеотомии первой плюсневой кости на 17 стопах у 11 пациентов (в том числе двойная остеотомия первой плюсневой кости 6 стоп – у 4 пациентов и остеотомия по Shevron 11 стоп – у 7 пациентов). Резекционная артропластика I плюсневой кости по Brandes-Keller выполнена на 10 стопах у 7 пациентов. У одного пациента одновременно с резекционной артропластикой первых плюснефаланговых суставов по Brandes-Keller произведена резекция головок вторых–пятых плюсневых костей и резекция дистальных и проксимальных головок основных фаланг второго–пятого пальцев. Артродез первого плюснефалангового сустава произведен на 3 стопах у 2 пациентов. Одновременно коррекция положения вторых–четвертых пальцев произведена на 27 стопах у 14 пациентов (производились резекции дистальных головок основных фаланг, резекции дистальных и проксимальных головок основных фаланг и резекция основных фаланг). Коррекция варусного положения пятых пальцев выполнена на 15 стопах у 8 пациентов (дистальная остеотомия V плюсневой кости по Shevron – 7 стоп, проксимальная остеотомия V по Shevron – 2 стопы, остеотомия по Kramer – 3 стопы, остеотомия по Ludloff – 3 стопы). Остеотомия средних плюсневых костей по Weil произведена на 11 стопах 7 пациентам.

Таким образом, у 10 пациентов оперативной коррекции подвергалось от 6 до 8 пальцев и шести пациентам выполнены операции на всех десяти пальцах и средних плюсневых костях. Одновременно всем пациентам выполнены вмешательства на мягких тканях – тщательная синовэктомия, релиз пальцев, Z-образное удлинение сухожилий тыльных сгибателей пальцев. Вмешательства на мягких тканях, наряду с костным компонентом позволяют достичь баланса мягких тканей и получить достаточно удовлетворительный результат.

В послеоперационном периоде активизация пациентов производилась на второй день в ортопедической обуви с жесткой подошвой – «роке-рь». Проводилась эластичное бинтование конечностей и ношение бандажей типа Digidress постоянно до 6 месяцев. Переход на ношение обычной обуви происходил индивидуально в пределах 6–8 недель.

Учитывая большой объем оперативного вмешательства рекомендовали пациентам возвышен-

ное положение конечностей до 75 % времени в первые десять дней.

В течение трех–пяти дней пациенты получали фраксипарин. Сохранялась базисная терапия у пациентов, получавших метатрексат, преднизолон. Но накануне операции и в течение трех дней после нее пациентов переводили на парентеральное введение преднизолона в/м по 15 мг. Обязательно проводилась активная и пассивная (с помощью рук) лечебная гимнастика и физиолечение. Снятие швов выполнялось не ранее 16–18 дней с момента операции из-за длительного заживления ран у пациентов, страдающих ревматоидным полиартритом.

Пациенты осматривались в сроки 6 месяцев, 12 месяцев и далее 1 раз в год. Субъективные данные оценивались по шкале Kitaoka.

Результаты и обсуждения. Сроки наблюдения составили от одного года до пяти лет. Инфекционных осложнений и обострения ревматоидного процесса не отмечено ни у одного пациента. У двух пациентов развилась ишемия второго пальца правой стопы, что потребовало у одного пациента экзартикуляции пальца.

У одной пациентки после артродезирования первого плюснефалангового сустава произошел перелом имплантата через 2 месяца, выполнено реартродезирование. Двум пациентам в сроки от 6 до 8 месяцев дополнительно произведена проксимальная остеотомия средних плюсневых костей по May. Трем пациентам по поводу вновь сформировавшегося порочного положения средних пальцев выполнены повторные вмешательства на мягких тканях в сроки 10–12 месяцев. Всего в сроки от двух месяцев до года повторно оперировано 7 пациентов.

Жалобы на умеренные боли в стопе к 6 месяцу после операции предъявляли 10 человек (62,5 % от всех оперированных больных), к одному году – 4 пациента (25 %).

Ограничение в определенных сферах деятельности к 6 месяцу после операции испытывало 7 пациентов (43,75 %) и ограничение в выборе обуви – 9 (56,25 %). К году эти показатели снизились до 4 (25 %) и 6 (37,5 %) человек соответственно.

Отёк стопы к 6 месяцам после операции сохранялся у 4 больных (25 %), к году только 2 (12,5 %) пациента предъявляли жалобы на отёк в области операционного вмешательства. Тугоподвижность первого пальца к 6 месяцам имела у 14 человек (87,5 %), к году количество пациентов с тугоподвижностью первого пальца не изменилось.

Косметическим эффектом было удовлетворено к 6 месяцам 10 человек (62,5 %), к году количество пациентов за счёт реоперированных увеличилось до 14 человек (87,5 %). Рецидивы натоптышей наблюдались у 6 (37,5 %) пациентов после оперативного вмешательства.

Таким образом, в ближайшем послеоперационном периоде положительные результаты (отличные и хорошие) достигнуты в 25 % случаев (средний балл по шкале Kitaoka составил 44,2 бал-

ла), удовлетворительные – 37,5 % случаях (средний балл по шкале Kitaoka составил 31,3), неудовлетворительные – 37,5 % случаях (средний балл по шкале Kitaoka составил 24,0). Причиной неудовлетворительных результатов мы считаем недостаточную коррекцию мягких тканей при оперативном вмешательстве.

В отдалённом периоде (до 5 лет) положительные результаты (отличные и хорошие) достигнуты в 31,2 % случаях (средний балл по шкале Kitaoka составил 46,7 баллов), удовлетворительные – 68,8 % случаях (средний балл по шкале Kitaoka составил 34,8), неудовлетворительных результатов не было.

Таким образом, средний балл по шкале Kitaoka возрос с 21,5 до 46,7 баллов из 75 возможных. Несмотря на небольшие сроки наблюдения, все пациенты удовлетворены исходом оперативного пособия – значительно уменьшился болевой синдром, восстановилась опороспособность стопы, появилась возможность ношения обычной обуви, тем самым улучшилось качество жизни.

Выводы

1. Оперативное лечение ревматоидной деформации переднего отдела стопы является прогрессивным, перспективным и наиболее эффективным методом медицинской и социальной реабилитации данной категории больных.

2. Корректирующие операции при ревматоидной стопе значительно улучшают качество жизни пациентов.

3. Резекционные артропластики плюснефаланговых и межфаланговых суставов и в ряде случаев артродезы первого плюснефалангового сустава являются операциями выбора при ревматоидной стопе.

4. Оперативные пособия должны корректировать, как правило, все виды деформации переднего отдела стопы.

5. Целесообразным и важным является коллегиальность и преемственность в работе ортопедов и ревматологов.

Литература

1. Павлов, В.П. Ревмоортопедия / В.П. Павлов, В.А. Насонова. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 464 с.
2. Павлов, В.П. Сравнительная оценка артропластики и артродеза I плюснефалангового сустава в комбинации с резекцией головок II–V плюсневых костей при ревматических заболеваниях / В.П. Павлов // Научно-практическая ревматология. – 2007. – № 1. – С. 84–86.
3. Kadambande, S. Rheumatoid forefoot reconstruction: 1st metatarsophalangeal fusion and excision arthroplasty of lesser metatarsal heads / S. Kadambande // Acta Orthop. Belg. – 2007. – Vol. 73 (Suppl. 1). – P. 88–95.
4. Knupp, M. Triple arthrodesis in rheumatoid arthritis / M. Knupp // Foot Ankle Int. – Vol. 73. – P. 88–95.
5. Kumar, C.S. Hallux metatarsophalangeal arthroplasty in the rheumatoid forefoot / C.S. Kumar, G. Holt // Foot. Ankle Clin. – 2007. – Vol. 12. – P. 405–416.
6. Mulcahy, D. Rheumatoid forefoot deformity: a comparison study of 2 functional methods of reconstruction / D. Mulcahy // J. Rheumatol. – 2003. – Vol. 30. – P. 1440–1450.
7. Sammarco, V.J. Ankle arthrodesis in rheumatoid arthritis: techniques, results and complications / V.J. Sammarco // Foot. Ankle Clin. – 2007. – Vol. 12. – P. 475–495.
8. Skatak, M. Scarf osteotomy for the treatment of forefoot deformity / M. Skatak, J. Behounek // Acta Chir. Orthop. Traumatol. Cech. – 2006. – Vol. 73. – P. 18–22.
9. Torikai, E. Comparison between resection arthroplasty alone and resection arthroplasty with arthrodesis of the first MTP joint for forefoot deformities / E. Torikai // Mod. Rheumatol. – 2008. – Vol. 18. – P. 486–491.

Поступила в редакцию 16 сентября 2011 г.