

Аль Магарбех Фуад Муса

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОСТЕОТОМИИ WEIL ПРИ МОЛОТКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПАЛЬЦЕВ СТОПЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Михнович Е. Р.

Кафедра травматологии и ортопедии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Одной из причин, вынуждающей пациентов с поперечным плоскостопием и молоткообразной деформацией средних пальцев стопы соглашаться на оперативное лечение, является так называемая перегрузочная метатарзалгия, которая характеризуется выраженным болевым синдромом под головками II-III-IV плюсневых костей. Поэтому задачами хирургического лечения является не только коррекция молоткообразной деформации пальцев, но и ликвидация болевого синдрома в переднем отделе стопы.

Цель: оценить эффективность применения остеотомии Weil для устранения перегрузочной метатарзалгии при хирургическом лечении молоткообразной деформации II-III-IV пальцев стопы.

Материалы и методы. С 2017 по 2021 год в 6-й городской клинической больнице г. Минска остеотомия II-III-IV плюсневых костей по Weil выполнена 26 пациентам (25 женщинам (96,2 %) и 1 мужчине (3,8 %)) на 28 стопах с молоткообразной деформацией средних пальцев стопы и выраженной перегрузочной метатарзалгией. Медиана Ме [Q25; Q75] возраста составила 56 [49; 63] лет. Вначале проводили оперативное лечение поперечного плоскостопия и hallux valgus, затем приступали к коррекции молоткообразных пальцев. Выделяли головку и шейку соответствующей плюсневой кости, палец выводили в положение подошвенного сгибания, сечение остеотомии проводили в косом направлении спереди назад и сверху вниз. Головку смещали проксимально на 3-8 мм и производили ее фиксацию к проксимальному фрагменту плюсневой кости спицами (на 24 стопах) или компрессирующими винтами (на 4). Сгибательную контрактуру в проксимальном межфаланговом суставе молоткообразного пальца в большинстве случаев устраняли с помощью ручной редрессации, и только на 8 пальцах потребовалось дополнительно выполнить резекцию головки проксимальной фаланги. Хирургические вмешательства проведены: на II луче – в 27 случаях, на III – в 11, на IV – в 2 наблюдениях. Отдаленные результаты оперативного лечения прослежены у всех пациентов в сроки от 18 до 46 месяцев. Медиана Ме [Q25; Q75] изучения исхода лечения составила 31 [22,5; 35,5] месяц.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты прошли обследование до операции и в отдаленном периоде после вмешательства. Амплитуда пассивных движений в плюснефаланговых суставах до вмешательства была следующей: II палец – 53° [52; 57], III – 51° [48; 52] и IV – 52° [48; 55]; после операции: 48° [46; 50], 46° [45; 49] и 48° [43; 53] соответственно. Оценка болевого синдрома с помощью Визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ) показала значительное снижение его интенсивности: медиана Ме [Q25; Q75] ВАШ до операции составила 6 [6; 8] баллов, после вмешательства – 1 [1; 2] балл. Оценка с использованием анкеты Американской ассоциации хирургов стопы и голеностопного сустава для малых пальцев стопы (AOFAS-II-V) показала следующие результаты: медиана Ме [Q25; Q75] до операции равнялась 40 [31; 45] баллам, после вмешательства – 86 [85; 90] баллам.

Выводы. Полученные нами данные убедительно свидетельствовали о высокой эффективности использования остеотомии Weil для устранения перегрузочной метатарзалгии (медианное значение ВАШ снизилось с 6 до 1 балла). Укорочение II-III-IV плюсневых костей обеспечивало расслабление сухожилий длинных сгибателей и разгибателей и позволяло в большинстве случаев легко корригировать молоткообразную деформацию соответствующих пальцев. При этом не происходило значимого уменьшения амплитуды движений в плюснефаланговых суставах в отдаленном периоде после вмешательства.