

*Альмагарбех Ф. М.*

## **ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ 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.** Молоткообразная деформация пальцев стопы является частой патологией и встречается до 30% у пациентов с поперечным плоскостопием в сочетании с вальгусной деформацией I пальца. Заболевание характеризуется прогрессирующим течением и нередко приводит к нарушениям нормальной биомеханики ходьбы.

**Цель:** улучшение исходов лечения молоткообразных пальцев стопы путем разработки дифференцированной хирургической тактики в зависимости от варианта рассматриваемой патологии.

**Материалы и методы.** В работе использованы результаты оперативного лечения 50 пациентов (41 женщины и 9 мужчин) в возрасте от 20 до 80 лет, госпитализированных в ортопедо-травматологические отделения УЗ «6-я ГКБ г. Минска» с 2017 по 2020 годы. Оперировано 95 молоткообразно деформированных пальцев на 74 стопах. В большинстве случаев (на 65 стопах) одновременно выполнялась и коррекция поперечного свода стопы путем применения различных остеотомий I плюсневой кости, а также комбинированной методики, сочетающей остеотомию и транспозицию приводящей мышцы большого пальца.

**Результаты и их обсуждение.** Выделены различные варианты деформации пальцев стопы. При нефиксированной умеренно выраженной молоткообразной установке на 8 пальцах (8,4 %) проводили только мягкотканную коррекцию на сухожильно-капсульном аппарате. Фиксированный сгибательный вариант молоткообразной деформации на уровне проксимального межфалангового сустава (ПМФС) в 36 случаях (37,9 %) являлся показанием для резекции головки основной фаланги пальца по Гоману. Сгибательный вариант в дистальном межфаланговом суставе (ДМФС) на 2 пальцах (2,1 %) устраняли путем резекции головки средней фаланги. Резекцию основания проксимальной фаланги пальца по Гохту при разгибательном варианте молоткообразной деформации производили в 12 случаях (12,7 %). Однако в настоящее время стали ограничено использовать данную методику в связи с частым формированием в послеоперационном периоде так называемого «болтающегося» пальца. При сгибательно-разгибательном варианте деформации на 8 пальцах (8,4 %) выполняли полную либо частичную резекцию головки соответствующей плюсневой кости, однако основным вариантом оперативного пособия в 29 случаях (30,5 %) являлись укорачивающие остеотомии средних плюсневых костей по Weil или Helal (при необходимости, дополненные резекцией головки основной фаланги пальца по Гоману).

Исходы лечения в сроки от 1 до 3 лет изучены у 38 пациентов на 57 стопах. Отличные результаты получены на 10 стопах (17,6 % случаев), хорошие – на 35 (61,4 %), удовлетворительные – на 8 (14,0 %), неудовлетворительные – на 4 (7,0 % наблюдений).

**Выводы.** Таким образом, существуют различные варианты молоткообразной деформации пальцев стопы, поэтому выбор вида хирургического пособия при данной патологии должен определяться вариантом имеющейся деформации, степенью ее выраженности и фиксированности, а также включать, по возможности, реконструкцию поперечного свода стопы.