

ВИДЫ МОЛОТКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПАЛЬЦЕВ СТОПЫ

Альмагарбех Ф. М., Михнович Е.Р.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Беларусь
mikhnovich@mail.ru*

Публикация посвящена диагностике молоткообразной деформации пальцев стопы. Выделены различные виды молоткообразной деформации, проанализированы характерные особенности каждого варианта. Определение вида молоткообразной деформации пальцев стопы имеет первостепенное значение для выбора метода ее хирургической коррекции.

Ключевые слова: *стопа, молоткообразные пальцы, виды молоткообразной деформации.*

TYPES OF HAMMER TOE DEFORMITY OF THE FOOT

Almagarbeh F.M., Mikhnovich E.R.

*Belarusian State Medical University,
Minsk, Belarus*

The article is devoted to the diagnosis of hammer toe deformity of the foot. Various types of hammer toe deformity are highlighted, the characteristic features of each variant are analyzed. Determination of the type of hammer deformity of the toes is of paramount importance for the choice of the method of its surgical correction.

Key words: *foot, hammer toe, types of hammer toe deformity.*

Среди статических деформаций опорно-двигательной системы человека ведущее место занимает поперечное плоскостопие. Одним из важных компонентов этой патологии является молоткообразная деформация пальцев стопы, которая по данным ЦИТО отмечается в 9,9% случаев [4]. Выраженная молоткообразная деформация пальцев нередко является основным источником страданий пациента, делает невозможным пользование стандартной, а иногда и ортопедической обувью. Для оперативного лечения данной патологии предложено более 50 различных операций, однако отсутствие дифференцированного подхода и четких показаний к применению той или иной методики часто не позволяет получить желаемый результат [1, 2, 3].

Цель работы. Изучить виды молоткообразной деформации средних пальцев стопы с целью разработки дифференцированной хирургической тактики в зависимости от варианта и степени фиксированности рассматриваемой патологии.

Материал и методы. В работе использованы результаты клинического, рентгенологического и рентгенометрического обследования 104 стоп 76 пациентов (63 женщин и 13 мужчин) в возрасте от 18 до 82 лет, госпитализированных для оперативного лечения в ортопедо-травматологические отделения УЗ «6-я ГКБ» г. Минска с 2017 по 2020 годы. Обследовано 136 молоткообразно деформированных пальцев, которые впоследствии были подвергнуты оперативному лечению. Длительность заболевания до момента госпитализации в клинику составляла от 2 до 27 лет.

В работе анализировали молоткообразную деформацию только средних пальцев стопы: II, III и IV. Пациентов, у которых производилась хирургическая коррекция I и V пальцев, не включали в выборку, так как оперативное лечение молоткообразной деформации указанных пальцев имеет свою специфику, связанную с проведением в большинстве случаев вальгизирующих и варизирующих остеотомий соответствующих плюсневых костей.

Результаты и их обсуждение. Выделены различные виды молоткообразной деформации средних пальцев стопы, основанные на превалировании патологических изменений на уровне плюсне-фалангового (ПФС), проксимального межфалангового (ПМФС) либо дистального межфалангового сустава (ДМФС) пальца [3, 5]. В результате наблюдали следующие варианты:

- разгибательный – 43 случая (31,6 %);
- сгибательный в ПМФС – 55 (40,5 %);
- сгибательный в ДМФС – 3 (2,2 %);
- сгибательно-разгибательный – 35 наблюдений (25,7 %).

Разгибательный вариант характеризовался разгибательной установкой основной фаланги в ПФС различной степени выраженности, при этом дистальный отдел деформированного пальца не касался поверхности опоры. Сгибательная установка в ПМФС, как правило, была выражена незначительно. Этот вариант наблюдался нами на 43 пальцах (31,6 % случаев). Он нередко сопровождался наличием подвывихов или вывихов деформированного пальца к тылу, а также его отклонением кнаружи (вальгусная деформация) либо кнутри (варусная деформация).

При сгибательном варианте основным элементом являлось сгибание в ПМФС (PIP flexion). Это и есть собственно молоткообразный палец – hammer toe. В наших наблюдениях он составил 40,5 % и наблюдался в 55 случаях. При этом варианте формировалась контрактура, а затем и анкилоз ПМФС, над которым в дальнейшем возникала выраженная болезненная ороговелость кожи вследствие постоянной травматизации при ходьбе в обуви. Характерно, что дистальный отдел пальца при ходьбе упирался в плоскость опоры. Разгибание в ПФС было выражено незначительно. Нередко присутствовало переразгибание в ДМФС.

Для сгибательного варианта в ДМФС (DIP flexion) было характерно выраженное сгибание дистальной фаланги с формированием так называемого крючковидного пальца – mallet toe. При этом кончик пальца сильно упирался в плоскость опоры при ходьбе, что приводило к образованию на его торце болезненной ороговелости кожи. Данный вариант наблюдали на 3 пальцах (2,2% случаев).

Сгибательно-разгибательная деформация характеризовалась переразгибанием в ПФС (MTP hyperextension) и сгибанием в ПМФС – так называемый когтистый палец – claw toe. При этом дистальный отдел деформированного пальца не касался плоскости опоры. В большинстве случаев имел место подвывих или вывих пальца в ПФС в тыльную сторону. Сгибательно-разгибательную деформацию наблюдали в 25,7 % случаев на 35

пальцах. Встречалась разновидность с выраженным дополнительным сгибанием и в ДМФС.

Также выделяли 2 формы деформации молоткообразного пальца:

– нефиксированную форму, которая формировалась за счет тендогенной (сухожильной) контрактуры и компоненты деформации легко поддавались ручной коррекции, а палец полностью выводился в правильное положение;

– фиксированную форму, формирующуюся в результате развития артрогенной контрактуры из-за длительного патологического положения пальца. При данной форме попытка ручной коррекции не приводила к устранению молоткообразной деформации пальца.

В подавляющем большинстве случаев (124 наблюдения) она носила фиксированный характер, что составило 91,2%. И только на 12 пальцах была нефиксированной (8,8%).

Заключение. Молоткообразная деформация средних пальцев стопы отличается определенным разнообразием. Выделяют различные ее варианты: разгибательный, сгибательный в ПМФС (собственно молоткообразный палец – hammer toe), сгибательный в ДМФС (крючковидный палец – mallet toe), сгибательно-разгибательный (когтистый палец – claw toe). Деформация пальца может быть как нефиксированной (с возможностью полной ручной коррекции), так и фиксированной (с наличием артрогенных контрактур суставов). Поэтому выбор вида хирургического пособия при данной патологии должен определяться вариантом имеющейся деформации, степенью ее фиксированности и выраженности.

Список литературы

1. Загородний, Н. В. Иллюстрированное руководство по хирургии переднего отдела стопы / Н. В. Загородний, А. А. Карданов, Л. Г. Макиян. – М.: РУДН, 2012. – 110 с.

2. Карданов, А.А. Хирургия переднего отдела стопы в схемах и рисунках / А.А. Карданов. – М.: Издательский Дом «МЕДПРАКТИКА-М», 2012. – 144 с.

3. Савинцев, А. М. Реконструктивно-пластическая хирургия поперечного плоскостопия / А. М. Савинцев. – СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2006. – 200 с.

4. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей в 3-х томах / Под ред. Ю.Г. Шапошникова. – Т. 3. – С. 329-350.

5. Thomas, J.L. Diagnosis and treatment of forefoot disorders. Section 1: Digital deformities. Clinical Practice Guideline Forefoot Disorders Panel / J.L. Thomas, E.L. Blich, D.M. Chaney, et al. // J. Foot Ankle Surg. – 2009. – Vol. 48, N. 2. – P. 230-250.