

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ МОЛОТКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПАЛЬЦЕВ СТОПЫ

*Привалов А. М.¹, Привалова Ж. В.², Семин М. С.²

¹Центр хирургии стопы, Международная клиника «МЕДЕМ»

²Северо-Западный Медицинский Университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

*Corresponding author: amp78k@mail.ru

Abstract

ANATOMICAL FEATURES IN HAMMER TOE DEFORMITY CORRECTION

Background: Hammer toe deformity – critical problem in modern foot and ankle surgery

Material and methods: to assess the results of arthrodesis by IPP-ON interphalangeal implant in the treatment of hammer toes deformity. 19 surgeries were carried out in 11 patients (from January 2014 to February 2015), female, aged 27-63 years with stage III (according to the M.I. Kuslik – classification) of hammer toes deformity. In 73% surgeries were performed on two feet, 27% – on one foot. All surgeries were combined with metatarsal Weil-osteotomy. Ranges of follow-ups were 6-20 months.

Results: results evaluation was carried out by AOFAS scale. A significant improvement was noted after arthrodesis by IPP-ON interphalangeal implant: in average score before surgery – 46, in the postoperative period – 90. Improving the foot function with an average of 18 in preoperative period, after surgery reached 40 points. The alignment of the foot and toes is changed from the average value of 2.8 to 11.6 in postoperative period.

Conclusions: Results showed the effectiveness of the arthrodesis by IPP-ON interphalangeal implant in the treatment severity hammer toes deformity. These surgery has allowed to achieve good functional and cosmetic results in follow-up postoperative period. The arthrodesis by IPP-ON interphalangeal implant can be used as an adjunct to other types of reconstructive foot surgery.

Key words: hammer toe deformity, IPP-ON interphalangeal implant, Weil-osteotomy, arthrodesis.

Актуальность

Поперечное плоскостопие занимает ведущее положение в общей структуре ортопедических заболеваний опорно-двигательной системы. Данный вид статической деформации стоп встречается более чем у 60% взрослого населения [2,3,4]. Молоткообразная деформация пальцев стопы является распространенным компонентом поперечного плоскостопия. Чаще деформируется II-й, реже III-V пальцы. В большей степени данная патология касается женщин [2,4].

На формирование молоткообразной деформации влияют: расхождение плюсневых костей, вальгусное отклонение I пальца («выталкивающее» II-III пальцы), напряжение и дисбаланс всего сухожильно-связочного аппарата пальцев стопы. Молоткообразный палец характеризуется разгибательным положением ногтевой фаланги, сгибанием средней и разгибанием (или сгибанием) основной фаланги. Сухожилие разгибателя пальца сокращено и находится в напряжении. На тыльной поверхности проксимального межфалангового сустава часто образуется болезненная мозоль. В запущенных случаях деформация сопровождается гиперэкстензией основной фаланги с полным вывихом ее основания, ригидностью проксимального межфалангового сустава, грубыми болезненными гиперкератозами на подошвенной и тыльной поверхностях стопы. Фаланги пальцев, при этом, приподняты и не касаются плоскости опоры при ходьбе [1,3,4].

Пациенты часто жалуются на выраженный косметический дефект, постоянные боли при ходьбе, трудности с выбором и ношением обуви. Консервативные методы лечения, включающие в себя ношение свободной обуви с индивидуальными стельками, массаж, лечебную физкультуру и различные физиотерапевтические процедуры, применение внешних ортопедических устройств и приспособлений для коррекции деформации, как правило, не дают стойкого положительного эффекта, так как не устраняют причину деформации [1].

Оперативные методы направлены на устранение деформации и при возможности, восстановление функции пальцев. В их основе восстановление формы пальца. Хирургические методики разделены на операции на мягких тканях, костях и комбинированные методики. Первые операции тенотомии сухожилий разгибателей в комбинации с капсулотомией плюснефаланговых