

Выводы. Предложенная методика косой дистальной остеотомии с сохранением внутренней кортикальной пластинки позволяет скорректировать и нормализовать угол наклона суставной поверхности первой плюсневой кости, а так же избежать избыточного укорочения первой плюсневой кости за счет перемещения и сохранения клиновидного трансплантата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карданов А.А. Оперативное лечение деформаций первого луча стопы: история и современные аспекты / М.: Медпрактика – М, 2008.-103с.
2. Прозоровский Д.В. Оценка результатов хирургического лечения деформаций переднего отдела стопы (обзор литературы) / Д.В. Прозоровский// Український морфологічний альманах. - 2010.-Т8, №3.
3. Прозоровский Д.В. Выбор способа фиксации при проксимальной остеотомии первой плюсневой кости /Д.В. Прозоровский, К.К.Романенко, Л.Д. Горидова, Д.В.Ершов //Травма.-2012.-Т.13. №3.
4. Robinson A.H.N. Modern concepts in the treatment of hallus valgus / A.H.N. Robinson, J.P.Limbers // J. Bone Joint Surg.-2005.-Vol.87-B.

ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КРИТЕРИЕВ ПРИ ВЫБОРЕ ОПЕРАТИВНОЙ МЕТОДИКИ КОРРЕКЦИИ HALLUS VALGUS

Конецкий А.А., Балабанович М.Ю.

*Гродненский государственный медицинский университет,
ГКБ СМП г. Гродно*

Актуальность. Впервые термин Hallus valgus ввел в 1871 году Carl Neuter, который назвал так отклонение первого пальца стопы кнаружи от центральной оси тела. Первая остеотомия плюсневой кости, как метод оперативного лечения данной патологии, была выполнена спустя 10 лет. 4 мая 1881 года Reverdin, после удаления экзостоза плюсневой кости выполнил клиновидную резекцию с противоположной стороны, что стало прообразом последующих операций по коррекции вальгусной деформации первого пальца при помощи остеотомии. На сегодняшний день проблема лечения деформации первого пальца не утратила своего значения. Описано более 400 видов оперативных вмешательств при наружном отклонении пальца стопы. Правильно выбранные показания и как следствие, выбор методики оперативного лечения - являются определяющими в лечении данной патологии.

Цель. Цель данной работы – оценить основные показатели и

критерии, определяющие выбор оперативной методики при наружном отклонении первого пальца стопы.

Методы исследования. Были проанализированы результаты оперативного лечения 100 пациентов (82 женщин и 12 мужчин), прооперированных в травматологическом отделении №2 УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» с 2012 года по 2017 год. Все пациенты были госпитализированы в плановом порядке. Обследование пациентов велось согласно клиническим протоколам. Обязательным являлось выполнение рентгенологического исследования оперируемой стопы под нагрузкой в двух проекциях.

При выборе методики оперативного лечения нами оценивались следующие показатели: пол пациента, возраст пациента, жалобы пациента, данные анамнеза, сопутствующая патология.

Данные клинического осмотра: изменение мягких тканей, эластичность стопы, гипермобильность первого плюснеклиновидного сустава, объем движений в первом плюснефаланговом суставе.

При оценке рентгенограмм нами учитывались следующие показатели: угол варусного отклонения первой плюсневой кости M1M2 - образованный осями первой и второй плюсневых костей (в норме 5-8°), угол вальгусного отклонения первого пальца M1P1 - образованный осями первой плюсневой кости и проксимальной фаланги первого пальца (в норме 8-16°), угол PASA (Proximal articular set angle) - угол наклона суставной поверхности головки первой плюсневой кости по отношению к ее оси (в норме 3-6°), угол M1M5 (угол открытия стопы) - угол между первой и пятой плюсневыми костями (данный показатель свидетельствует о избыточной эластичности стопы, либо о декомпенсированном поперечном плоскостопии), угол P1P2 – образован осями проксимальной и дистальной фаланг первого пальца (норма до 8°), смещение сесамовидных костей – определялось согласно классификации Михновича Е.Р. (1997), выраженность явлений артроза в первом плюснефаланговом и плюснеклиновидном суставах, остеопороз кости, длина и ширина первой плюсневой кости.

Результаты и их обсуждение. Пол пациента является немаловажным при выборе оперативной методики Hallus valgus. Данной патологией страдают чаще женщины, по данным Gould данная патология встречается в 4 раза чаще у женщин, чем у мужчин. Это обусловлено слабостью мышечно – связочного аппарата стопы, особенностью гормональных изменений, ношением неудобной обуви.

У мужчин данная патология достаточно редка, но характеризуется анатомической многокомпонентностью, ригидностью связочного аппарата стопы, запущенностью деформации.

Жалобы пациентов с наружным отклонением первого пальца стопы, зачастую указывают на определяющую патологию. Так, например, боль под головкой первой плюсневой кости указывает на смещение сесамовидных костей. Жалобы на рецидивирующие бурситы, неудобство ношения обуви – указывают на смещение головки первой плюсневой кости. Ограничение и болезненность движений в первом плюснефаланговом суставе указывает на патологию данного сустава.

Возраст пациента, является немаловажным критерием для выбора тактики оперативного вмешательства. Данный показатель влияет не только на благоприятный функциональный и косметический результат, но также создают трудности при фиксации костных фрагментов, заживлении послеоперационных ран, необходимости в дополнительной иммобилизации, удлинении времени реабилитации. У пациентов старших возрастных групп, нами оценивались состояние кожных покровов, мышечной ткани, сосудистой и неврологической патологии, степень выраженности остеопороза, активность пациента, сопутствующая патология.

Изучая анамнез пациентов, устанавливается не только давность патологии (носит ли наружное отклонение первого пальца врожденный характер, либо является приобретенным заболеванием), а так же взаимосвязь данной патологии с другими заболеваниями.

При клиническом осмотре стопы, определялась степень выраженности деформации и локальная болезненность, а так же эластичность стопы, объем движений в первом плюснефаланговом и плюснеклиновидном суставе. Эластичность стопы оценивалась при сдавливании головок плюсневых костей сбоку и оценивалась по трем степеням: 1 степень – легкое сближение головок с формированием свода, 2 степень – головки сближаются незначительно, свод стопы выражен незначительно, 3 степень – головки не сближаются, свод не формируется.

При оценке рентгенологических показателей, основным являлся угол M1M2, от которого зависел выбор уровня остеотомии. Так, при величине угла более 15° нами выполнялась проксимальная остеотомия по Juvara, либо проксимальная остеотомия по Patton. При величине угла менее 15° нами выполнялась остеотомия SCARF, либо

L-образная остеотомия первой плюсневой кости. При необходимости коррекции угла наклона суставной поверхности первой плюсневой кости (PASA) проксимальная остеотомия дополнялась дистальной клиновидной остеотомией. При эластичной стопе (I и II степень) остеотомии сочетались с операцией Мак Брайда с целью формирования поперечного свода стопы. Гипермобильность в первом плюснеклиновидном суставе (вертикальная и горизонтальная), являлась показанием к артрорезирующей операции по методике P.W.Lapidus. Смещение сесамовидных костей, определяемое на рентгенограмме, являлось показанием к мобилизации сесамовидного гамака при оперативном вмешательстве. Увеличение показателя угла P1P2 - являлось показанием к выполнению косой остеотомии диафиза проксимальной фаланги первого пальца, позволяющей скорректировать не только межфаланговый вальгус, но и добиться незначительного укорочения кости.

Выводы. Главной задачей предоперационного планирования – выбор оптимальной методики оперативного вмешательства. Для выполнения успешного оперативного вмешательства необходимо учитывать большое количество как клинических, так и рентгенологических показателей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильминский А.В. Хирургическое лечение поперечной распластанности стопы и вальгусной деформации первого пальца: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Курск: Курский гос. мед. ун-т, 2009. – 20 с.
2. Карданов А.А. Оперативное лечение деформаций первого луча стопы: история и современные аспекты / А.А. Карданов, Л.Г. Макинян, М.П. Лукин – М.: Медпрактика-М, 2008. – 103 с.
3. Корж Н.А. Современные рентгенанатомические параметры в диагностике поперечно-распластанной деформации переднего отдела стопы / Н.А. Корж, Д.В. Прозоровский, К.К. Романенко // Травма. – 2009. – Т.10, № 4. – С. 445-450.
4. Михнович Е.Р. Хирургическое лечение поперечного плоскостопия и вальгусной деформации первого пальца: Автореф. дис... канд. мед. наук / Е.Р. Михнович. – Минск: Белорус. науч.-исслед. ин-т травматологии и ортопедии, 1997. – 19 с.
5. Прозоровский Д.В. Оценка результатов хирургического лечения деформаций переднего отдела стопы (обзор литературы) // Український морфологічний альманах. – 2010. – Т. 8, № 3. – С. 114-116.
6. Acevedo J.I. Fixation of metatarsal osteotomies in the treatment of hallux valgus // Foot Ankle Clin. – 2000. – № 5(3). – P. 451-68.
7. Barouk L.S. Forefoot reconstruction. – Paris: Springer, 2005. – 388 p.

8. Campbell W.C. Campbell's operative orthopedics / W.C. Campbell, S.T. Canale, H. James et al. – Philadelphia, PA: Mosby/Elsevier, 2008.

9. Campbell J.T. Mechanical comparison of biplanar proximal closing wedge osteotomy with plantar plate fixation versus crescentic osteotomy with screw fixation for the correction of metatarsus primus varus / J.T. Campbell, L.C. Schon, B.G. Parks et al. // Foot Ankle Int. – 1998. – № 19(5). – P. 293-9.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПУЛА СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ В СКЕЛЕТНОЙ МУСКУЛАТУРЕ КРЫС ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ АБСТИНЕТНОМ СИНДРОМЕ

Копать А.Е., Лелевич В.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Алкогольный абстинентный синдром (ААС) занимает важное место в клинике алкоголизма. Скелетная мускулатура является едва ли не самым масштабным объектом действия алкоголя при его поступлении в организм. Поражения скелетной мускулатуры встречаются приблизительно в 40-60% случаев при алкогольной интоксикации и в постинтоксикационный период, являясь отдельным и важным компонентом алкогольной болезни [1]. Одним из таких проявлений является алкогольная миопатия, которая сопровождается миоглобинурией, а также выраженными электромиографическими, гистологическими и метаболическими изменениями [2]. В связи с этим, вполне обоснованным и закономерным является изучение характера пула свободных аминокислот в скелетной мускулатуре крыс при алкогольном абстинентном синдроме.

Целью данного исследования является установить изменение пула свободных аминокислот (АК) в скелетной мускулатуре крыс при ААС.

Методы исследования. ААС воспроизводили методом интрагастральных интубаций 25% раствора этанола в дозе 5 г/кг 2 раза в сутки в течение 5 суток. Декапитация проводилась через 3 часа (II группа; «ААС – 3 часа»), 1 сутки (III группа; «ААС – 1 сутки»), 3 суток (IV группа; «ААС – 3 суток»), 7 суток (V группа; «ААС – 7 суток») после последнего введения алкоголя.

С целью характеристики пула свободных АК была определена их концентрация с использованием метода обращеннофазной высокоэффективной жидкостной хроматографии. Прием и обработку