

начала заместительной терапии плазменным концентратом фактора VIII по факту кровотечения выявлены антитела к FVIII (уровень ингибитора 4,4 BU/ml). У двух пациентов первыми признаками появления ингибитора было наличие аллергической сыпи на коже, а также появление бронхоспазма. У этих детей ингибиторная форма гемофилии развилась на первом году жизни (уровень ингибитора 5,3–0,2 BU/ml). У одного ребенка, у которого первые признаки гемофилии появились в периоде новорожденности, в школьном возрасте диагностирована ингибиторная форма гемофилии (уровень ингибитора к FVIII 360 BU/ml).

Выводы:

1. При появлении первых клинических признаков гемофилии в периоде новорожденности заболевание впоследствии имеет тяжелое течение.
2. Основными клиническими проявлениями гемофилии у детей старше 1 года являются гемартрозы.
3. У каждого третьего ребенка причиной гемофилии в настоящее время является спонтанная мутация.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ распространенности гемофилии в Республике Беларусь / Э. В. Дашкевич [и др.] // Медицинские новости. – 2014. – № 8. – С. – 29–30.
2. Внутрочерепные кровоизлияния у детей с гемофилией / М. И. Лившиц [и др.] // Российский журнал детской гематологии и онкологии. – 2015. – № 1. – С. 49–53.
3. Румянцев, А.Г. Гемофилия в практике врачей различных специальностей / А. Г. Румянцев, С. А. Румянцев, В. М. Чернов. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 136 с.

ЗНАЧЕНИЕ КОРРИГИРУЮЩИХ ОСТЕОТОМИЙ В ЛЕЧЕНИИ НАРУЖНОГО ОТКЛОНЕНИЯ 1 ПАЛЬЦА СТОПЫ (HALLUX VALGUS)

Лашковский В.В., Сакель В.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Вальгусное отклонение 1 пальца стопы (hallux valgus) является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний опорно-двигательного аппарата [1]. Данная патология характеризуется деформацией костей и суставов 1 луча стопы: наружным отклонением 1 пальца, внутренним (варусным)

отклонением 1 плюсневой кости, деформацией головки 1 плюсневой кости, гипертрофией слизистых сумок 1 плюсне-фалангового сустава, остеоартрозом 1 плюсне-фалангового сустава и нарушением положения сесамовидных костей [1, 2, 3]. Hallux valgus нередко сочетается с молоткообразной деформацией 2-4 пальцев стопы, развитием болезненных гиперкератозов как на подошвенной поверхности стопы в проекции головок плюсневых костей, так и на тыльной поверхности пальцев в области головок основных фаланг. Данная патология приводит к нарушению функции опоры и ходьбы, затрудняет подбор бытовой обуви, а у пациентов пожилого возраста влияет на устойчивость при ходьбе [4]. Лечение вальгусной деформации первого пальца требует комплексного подхода, включающего как консервативные, так и оперативные способы лечения [1].

Хирургическая коррекция клинически значимых деформаций является основным методом лечения. Существует более 400 видов оперативных вмешательств при данной деформации. Они условно могут быть разделены на 3 группы: операции на мягких тканях, на костных структурах стопы и комбинированные. Многие методики из-за травматичности, недостаточной эффективности, значительного количества осложнений, не нашли широкого применения в практическом здравоохранении.

В настоящее время формируется тенденция дифференцированного подхода к выбору способа операции, в зависимости от индивидуальных особенностей стопы, а не предпочтений оперирующего врача. Наиболее патогенетически обоснованными, а потому чаще используемыми, являются комбинированные операции.

Базовым компонентом этих операций являются различные варианты остеотомии 1 плюсневой кости. Эти остеотомии разделяют на дистальные, диафизарные, проксимальные. При этом сохраняется принцип - чем более выражена деформация 1 луча, тем проксимальнее должна быть выполнена остеотомия 1 плюсневой кости [1].

Цель исследования. Провести анализ способов оперативного лечения hallux valgus по материалам работы травматологических отделений УЗ «ГКБСМП г. Гродно» за 2016 год.

Материалы и методы исследования. Методом ретроспективного анализа нами изучено 60 медицинских карт

стационарного пациента, проходивших лечение в травматологических отделениях УЗ «ГКБСМП г. Гродно» в 2016 году. Проанализированы следующие данные: жалобы, возраст, пол, диагноз, характер оперативного вмешательства.

Результаты и их обсуждение. Из 60 пациентов, находившихся на стационарном лечении и оперированных по поводу hallux valgus, было 56 лиц женского пола (93,3%), и 4 (6,7%) мужского. Средний возраст составил 48 лет (20 – 69), преобладающее большинство прооперированных пациентов находились в возрастной группе 40-59 лет (58,33%). Основные жалобы: наличие болевого синдрома (73,3%) и деформации (88,33%) в области первого пальца и переднего отдела стопы. Болевой синдром дифференцировался следующим образом: появление и резкое усиление болей при ходьбе (26,67%), боль при чрезмерной физической нагрузке (13,33%), боль при ношении бытовой обуви (5%). Также пациенты предъявляли жалобы на деформацию обеих стоп (23,33%), косметический дефект (3,33%), сочетанная деформация первого и второго пальцев (6,67%), нарушение ходьбы (5%), трудности в подборе обуви (3,33%). Локализация деформаций: деформация первого пальца одной стопы (71,67%), первого пальца двух стоп (17 случаев, 28,33%), деформация 2-5 пальцев (11,67%), наличие экзостоза 1 пальца (41,67%), гиперкератозы и экзостозы другой локализации (11,67%).

Было проведено 70 оперативных вмешательств на переднем отделе стопы. При планировании операции кроме клинических данных учитывались основные рентгенометрические показатели: величина первого межплюсневового угла, угол наклона дистальной суставной поверхности первой плюсневой кости, соотношение по длине 1 и 2-ой плюсневых костей. Среди оперативных вмешательств чаще встречались: остеотомия SCARF (Z-образная остеотомия 1 плюсневой кости) - 25,71% и операция Логришино (иссечение клина из головки I плюсневой кости с перемещением его на место остеотомии основания I плюсневой кости) - 24,29%. Помимо этого были использованы следующие виды оперативных вмешательств: реконструктивная костно-пластическая операция (22,86%), операция Гомана (10%), Chevron остеотомия (4,29%), Шеде-Брандеса (2,86%), L-образная остеотомия (1,43%), Jurava (1,43%), McBride (2,86%), двойная коррегирующая остеотомия (1,43%), резекционная артропластика (1,43%), костно-пластический артродез 1 плюсне-фалангового сустава (1,43%).

Таким образом, преобладающими типами оперативного вмешательства при hallux valgus были различные виды остеотомий, направленных на оптимизацию анатомо-биомеханических параметров костных структур первого луча стопы.

Выводы:

1. При выборе способа коррекции статических деформаций первого луча стопы, необходимо всесторонне оценить клинические и рентгенометрические данные.

2. При планировании корригирующей остеотомии первого луча стопы основными рентгенометрическими показателями (рентгенобследование выполняется в положении стоя с физиологической нагрузкой) являются: величина первого межплюсневого угла, угол наклона дистальной суставной поверхности первой плюсневой кости, соотношение длины первой и второй плюсневых костей.

3. Корригирующие остеотомии первого луча стопы предоставляют максимальные возможности коррекции деформации hallux valgus разной степени тяжести.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корданов А. А. Хирургия переднего отдела стопы в схемах и рисунках/ А.А. Карданов.- Москва: Медпрактика-М, 2012.-144 с.
2. Thompson F. M., Coughlin M., J. The high price of high-fashion footwear/ F. M. Thompson , M.J. Coughlin.- Bone Joint Surg Am.,1994
3. The biomechanics of the first metatarsal bone in hallux valgus: a preliminary study a weight bearing extremity CT: in 19 vol. / L. Collan, J.A. Kankare, K. Mattilla.- Foot Ankle surg., 2013.-vol.19
4. Gait instability in older people with hallux valgus: in 26 vol. / ed. H. Menz, S. Lord. – Foot and Ankle International, 2005. - vol.26.

ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Лашковский В.В., Баразна А.А., Зданович В.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В последние годы в Республике Беларусь благодаря прогрессу медицинской науки, улучшению социально-экономического положения населения увеличивается число жителей старших возрастных групп [1]. С каждым годом все большее количество людей в стране переступает порог в 75 лет, что в соответствии с медицинской возрастной периодизацией относит эту