

6. Скрипников, И.А. Взаимосвязь сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом, и остеопороза у женщин в постменопаузе / И.А. Скрипникова // Современная ревматология. – 2008. – №1. – С.41–47.
7. Черницына, Н.В. Оценка минеральной плотности костной ткани скелета спортсменов различных специализаций методом двухэнергетической рентгенографической абсорбциометрии/ Н.В. Черницына, Н.Д. Нененко, Р.В. Кучин // Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. - 2014. - №4 (33) – С. 135.

## ПОДОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭКВИНО-ПОЛОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОПЫ

**Аносов В.С., Михович М.С., Соколовский О.А.**  
*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Характер оперативных вмешательств при эквино-полых деформациях стоп у детей зависит от возраста ребенка, степени деформации стопы, причины ее, а также от степени ее ригидности [1, 3].

Использование динамической фотоплантографии при данной деформации позволяет уточнить степень тяжести деформации, изучить изменение ее при нагрузке во время ходьбы и стояния, тем самым определяя характер корrigирующей процедуры, а также изучить результаты лечения [2].

**Цель.** Использование динамической подографии для уточнения степени тяжести эквино-полых деформаций стоп и определения показаний к характеру оперативного вмешательства; изучение эффективности методов оперативного лечения.

**Методы исследования.** В течение последних 7 лет оперировано 16 детей в возрасте от 3-х до 16 лет с различной нейро-ортопедической патологией (болезнь Фредрейха, спинно-мозговая грыжа, последствия перенесенного энцефалита, травма седалищного и малоберцового нерва, синдром Стерджа-Вебера, болезнь Шарко-Мари, интерстициальный полиневрит). 12 детей были старше 10 лет. Произведено 34 операции. Всем больным перед операцией проводилась рентгенография стоп в стандартных укладках для определения степени деформации и ее локализации, тестирование мышц, изучалась возможность пассивной коррекции деформации, проводилась динамическая подография [4, 5, 7].

В каждом случае план лечения был индивидуальным, хотя основные принципы поэтапной коррекции соблюдались. На первом этапе устраивались основные компоненты деформации стопы операциями на мягкотканых структурах, которые в 4 случаях сопровождались корректирующими остеотомиями [6]. При тяжелых степенях деформации мобилизация подошвенных структур с

рассечением связочного комплекса таранно-ладьевидного, пяточно-кубовидного и др. суставов с удлинением сухожилий осуществлялась из медиального доступа Henry, при средних и хорошо мобильных деформациях - из продольного подошвенного доступа, рекомендуемого Tachdjian. Одновременное удлинение ахиллового сухожилия проводилось полуоткрытым способом в 9 случаях, полная и расщепленная пересадка сухожилия передней большеберцовой мышцы на тыл стопы произведена на 6 стопах, пересадка задней большеберцовой мышцы на тыл стопы через межкостную мембрану - в 2 случаях. Дополнительная коррекция полой деформации осуществлялась этапными циркулярными гипсовыми повязками. При достижении коррекции, обычно через 3-4 месяца, проводился второй этап оперативного лечения, целью которого было улучшение активного разгибания переднего отдела стопы, устранение молоткообразной деформации пальцев. Пересадка сухожилий длинных разгибателей пальцев чрескостно на дистальные отделы плюсневых костей произведена на 8 стопах, в 7 случаях одновременно проводился артродез проксимальных межфаланговых суставов 1- 5 пальцев при молоткообразной деформации их. У 5 больных коррекция достигнута на первом этапе (2 б-х с последствиями повреждения нервов, по 1 больному с синдромом Стерджа-Вебера, последствиями энцефалита и спинно-мозговой грыжи).

**Результаты и их обсуждение.** Все оперированные больные находятся под наблюдением до настоящего времени, периодически получая консервативное лечение, пользуются ортопедической обувью и передвигаются без дополнительных приспособлений. Во всех случаях получена достаточная коррекция деформаций. Тенденция к рецидиву выявлена у 2-х детей ( больные со спинномозговой грыжей, синдромом Стерджа-Вебера), а также у больной с последствиями травматического повреждения седалищного нерва при последующем удлинении ей голени. Важным элементом в сохранении коррекции была пластика, т.к. только использование мышц с функциональной мощностью в 4 балла может обеспечить длительный эффект. Кроме этого, пересадка должна проводится в кость, при наличии полного объема пассивных движений в голеностопном суставе и устранении основных элементов деформации стопы.

**Выводы.** Наш скромный опыт не позволяет дать обоснованные рекомендации в лечении данной патологии. Однако хорошие результаты, полученные нами с использованием относительно малотравматичных операций на мягкотканых структурах при минимальном объеме операций на костях, дают возможность надеяться на сохранение стабильности результатов. Все больные требуют более длительного наблюдения.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Карчинов К. // Две модификации хирургического формирования продольного свода стопы. - «Ортопедия травматология и протезирование». - Москва -1982. - №4 - С. 51.

2. Михович М.С., Аносов В.С., Кочергин В.В. // Динамическая подометрия при фото-планто-графическом исследовании стоп у детей: Тез. докл. науч. конф. «Травма-тология и ортопедия: современность и будущее». – Москва. – 2003. – С. 371.
3. Evarts C. // Surg. of the musculoskeletal system. – USA – 1983. – Р. 9:59 – 9:90.
4. Gould J.S. // Operative foot surg. – USA. – 1994. – Р. 834 – 857.
5. Levy A. // Principles and Practice of Podiatric Medicine. – 1990. – Р. 39 – 105.
6. Tachdjian M. // Pediatr. Orthop. – USA – 1990. – Р. 2717 – 2739.
7. Rose, G. K., Welton, E. A., Marshall, T. Footprinting // Diagnosis of flat foot in the child. – J. Bone Joint Surg. – 1985. – V. 67-B. – Р. 71 – 78.

## **ТКАНЕВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТРАНСФОРМАЦИИ ПУЛА СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ И ИХ МЕТАБОЛИТОВ ПРИ ПРЕРЫВИСТОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

**Архутич К.В., Лелевич В.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Алкоголизм является одним из наиболее распространённых и трудно поддающихся лечению заболеваний. Несмотря на значительные усилия мирового научного сообщества на протяжении многих десятилетий, патогенез алкоголизма остается до конца не раскрытым. Следствием этого является низкая эффективность лечения этого заболевания [1].

Биохимическое изучение патогенеза алкоголизма, естественно, базируется на исследовании наиболее важных для данной патологии критериев. В первую очередь это изучение особенностей метаболизма самого алкоголя, его влияния на основополагающие процессы формирования психогенного компонента заболевания (обмен нейромедиаторов) и более широкое тестирование особенностей обмена белков, углеводов и липидов как факторов риска или как последствий алкогольной интоксикации [2].

Алкогольная интоксикация приводит к нарушению белкового обмена, замедлению использования глюкозы в энергетических целях, увеличению синтеза и ингибированию окисления жирных кислот, нарушению обмена ряда витаминов [3]. Метаболические нарушения при этом сами становятся механизмом, усугубляющим патологию, поскольку ассимиляция алкоголя проще, чем более сложно построенных нутриентов [2].

Свободные аминокислоты тканей и биологических жидкостей формируют так называемый аминокислотный пул. Пул формируется поступлением аминокислот и метаболическими путями их утилизации. Поскольку не существует специальной формы депонирования аминокислот, их источниками