

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ HALLUSVALGUS

¹Балабанович М.Ю., ²Конецкий А.А., ¹Тодрик А.Т., ¹Костюкович С.В.

¹УЗ "Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г.Гродно"

²УО "Гродненский государственный медицинский университет"

Актуальность. В 1911 году русский ортопед травматолог Альбрехт Г.А. в журнале «Русский Врач» опубликовал статью «К патологии и лечению hallucisvalgi». Прошло более ста лет, а единых взглядов на данную патологию на сегодняшний день нет [1]. В настоящее время насчитывается более двухсот методик оперативного лечения наружного отклонения первого пальца стопы. Огромное количество предложенных методов позволяет выбрать оптимальное оперативное вмешательство[2].

Цель. Определение показаний для выполнения наиболее часто используемых методик оперативного лечения наружного отклонения первого пальца стопы.

Методы исследования. Были проанализированы результаты оперативного лечения 45 пациентов (40 женщин и 5 мужчин), прооперированных в травматологическом отделении №2 УЗ "ГКБСМП г. Гродно".

Все пациенты госпитализированы в плановом порядке и обследованы догоспитально. Из обследований пациентам выполнялись общегоспитальные исследования, а также рентгенологическое исследование стоп в двух проекциях под нагрузкой. Выполнены следующие виды оперативных вмешательств: операция Мак Брайда у 6 пациентов, шевронная остеотомия по классической методике у 2 пациентов, L-образная шевронная остеотомия у 11 пациентов, остеотомия SCARFy у 9 пациентов, двойная корригирующая остеотомия (операция Логришино) у 12 пациентов, остеотомия Akinu у 1 пациента, артродез плюснеклиновидного сустава у 3 пациентов, операция по формированию поперечного свода стопы у 1 пациента.

При выборе тактики оперативного лечения оценивались следующие критерии [3]:

- жалобы пациента, анамнез, возраст;
- угол M1M2 (угол между первой и второй плюсневыми костями);
- угол M1P1 (угол между первой плюсневой костью и проксимальной фалангой первого пальца);
- угол PASA (угол наклона суставной поверхности головки первой плюсневой кости);
- угол DASA (угол наклона проксимальной суставной поверхности проксимальной фаланги первого пальца);

- угол M1M5 (угол между первой и пятой плюсневыми костями);
- степень эластичности стопы;
- мобильность в первом плюснеклиновидном суставе;
- параметры параболы Лельевра;
- степень выраженности остеопороза;
- взаимоотношения в плюснасесамовидных суставах;
- наличие металлоконструкций.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты с наружным отклонением первого пальца предъявляли жалобы на боль в области первого плюснефалангового сустава и косметический дефект стопы. Изучив анамнез пациентов установлены следующие данные: являлось ли отклонение первого пальца следствием другого заболевания (ревматоидный и подагрический артриты), либо данная патология развивалась самостоятельно, а также факт наличия у пациентов предшествующих операций на переднем отделе стопы, травм. Выяснение давности данного дефекта и способов его лечения обуславливало различные подходы к оперативному лечению. При наличии артроза в первом плюснефаланговом суставе при 3 стадии Halluxvalgus в первую очередь решался вопрос об артродезирующей операции, при 1 и 2 стадии – о хейлотомии. Немаловажную роль играл возраст пациента и качество костной ткани. У пациентов старшей возрастной группы с явлениями остеопороза нами не использовались оперативные тактики с применением металлоконструкций (операции SCARF, шевронная и L-образные остеотомии) в связи с низкими регенераторным потенциалом и низкой механической прочностью костной ткани. Оценка углов M1M2 (угол между первой и второй плюсневными костями), M1P1 (угол между первой плюсневой костью и проксимальной фалангой первого пальца) использовалась для классификации степени наружного отклонения первого пальца стопы, а также выбора вида остеотомии. Например, для остеотомии SCARF предельным является угол M1M2- 25 градусов, для шевронной остеотомии предельный угол 18 градусов. Оценка угла PASA (угол наклона суставной поверхности головки первой плюсневой кости) являлась значительной при выборе тактики оперативного вмешательства, так как для выполнения некоторых видов операций он должен быть нейтральным (операция Мак Брайда). Угол DASA (угол наклона проксимальной суставной поверхности проксимальной фаланги первого пальца) учитывался нами при выполнении остеотомии проксимальной фаланги первого пальца. Угол M1M5(угол между первой и пятой плюсневными костями) использовался нами для оценки эластичности стопы, либо служил критерием декомпенсированного поперечного плоскостопия. Эластичность стопы один из определяющих критериев при выборе ме-

тогда оперативного вмешательства. Наиболее эффективным способом компенсации избыточной подвижности между костями стопы являлось, по нашему мнению, операция Мак Брайда. При эластичной стопе первого типа (легкое, без сопротивления, сближение головок с формированием поперечного свода) выполнялась операция Михновича – свод стопы формировался при помощи трансплантата, взятого из сухожилия разгибателя четвертого пальца. Гипермобильность в первом плюснеклиновидном суставе и 3 стадия Halluxvalgus устранялась по методике Lapidus –артродезпервого плюснеклиновидного сустава. Оценка параболы Лельевра учитывалась при выборе укорачивающих остеотомий. У пациентов с плюс вариантом первой плюсневой кости выполнялась укорачивающая остеотомия SCARF, либо L-образная остеотомия. При нарушении взаимоотношения в плюснасесамовидных суставах, а также значительном смещении сесамовидного гамака проводился латеральный релиз капсулы и выполнялась мобилизация сесамовидных костей. Для фиксации остеотомий нами использовались компрессирующие винты.

Выводы. 1). Для выполнения успешного оперативного лечения по поводу Halluxvalgus, необходимо учитывать большое количество факторов. 2). Не существует универсальной методики и алгоритма для коррекции отклонения первого пальца кнаружи. 3). Выбор конкретной оперативной методики осуществляет врач хирург исходя из оценки показателей характеризующих передний отдел стопы.

Литература

1. Котельников, Г.П. Новое в хирургическом лечении Hallusvalgus. / Г.П. Котельников // Международная конференция по хирургии стопы и голеностопного сустава: тезисы сборника научных трудов. – Москва, 2015. – С. 128-140.
2. Карданов, А.А. Опыт лечения при Hallusvalgus. / А.А. Карданов // Хирургия переднего отдела стопы. – Нижний Новгород, 2014. – С. 55-64.
3. Баранова, Т. С. Хирургическое лечение Halluxvalgus. / Т.С. Баранова // Сб. научных трудов Самарской ГМА. – Самара, 2013. – С. 33-62.

ОСОБЕННОСТИ ХРОНОТИПА И ХАРАКТЕРА ОРГАНИЗАЦИИ СНА У БЕЛОРУССКИХ И ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Балбатун О.А., Хорошун Е.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Суточная потребность во сне у студентов в среднем составляет 8,5 часов. Ночной сон длительностью 7,2–7,4 часа сопровождается снижением учебной успеваемости. Ночной сон менее 6,5 часов является непосредственной угрозой для здоровья студентов [4]. Особенно ярко недостаточная длительность сна проявляется при обучении в вузе и, в частности, у студентов изучающих медицинские науки [3]. У иностранных учащихся проблема нехватки сна усугуб-