

Г.Ш. Насибуллина, С.С. Плаксина, И.А.Обухов
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И БИОМЕХАНИКА
ФОРМИРОВАНИЯ РЕЦИДИВОВ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКЦИИ
ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ

Кафедра травматологии и ортопедии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

G.S. Nasibullina, S.S.Plaksina, I.A.Obukhov
CLINICAL FEATURES AND FORMATION OF RELAPSE
BIOMECHANICS AFTER RECONSTRUCTION OF THE FOREFOOT

Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: nasibullina.gulshat@list.ru

Аннотация. Проведен анализ отдаленных результатов лечения у 17 больных с вальгусной деформацией 1 пальца стопы, поперечным плоскостопием в сроки более 2 лет после реконструктивных операций на переднем отделе стопы: Логрошино, Шеде, Лapidуса. Оценивались наличие болей, возможность длительной ходьбы и опоры на передний отдел стопы. Состояние костных структур определялось на основе рентгенограмм передних отделов стоп. Выявлено, что из 3 типов стопы (греческий, египетский, римский) наиболее часто встречался греческий. Именно при нем возникали рецидивы деформаций 1 луча стопы, что потребовало направить пациентов на повторное оперативное вмешательство в 37,5%

Annotation. The analysis of long-term results of treatment in 17 patients with valgus deformity 1 toe, transverse flatfoot in time for more than 2 years after reconstructive operations on the forefoot: Logroshino, Schede et other. Assesses whether the pain, the possibility of long-distance support and forefoot. Condition of bone structure is determined on the basis of X-ray of the forefoot. It was revealed that 3 types of foot (Greek, Egyptian, Roman) are most often met Greek, which required re-direct patients to surgery in 37.5%.

Ключевые слова: вальгусная деформация I пальца стопы, операция Логрошино, Шеде, стопа

Keywords: hallux valgus, Logroshino, Schede, foot

Вальгусная деформация первого пальца стопы является широко распространенной патологией [1]. По данным министерства здравоохранения США она встречается у 1 % населения[4]. В своём исследовании Gould обнаружил увеличение частоты с возрастом: по его данным Hallux Valgus

имеют 3% населения в возрасте 15-30 лет, 9 % в возрасте 31-60 лет и 16% лиц старше 60 лет. Также отмечается преобладание Hallux Valgus среди женщин (по разным данным в 2-4 раза чаще чем у мужчин), хотя вполне возможно, что это относится к частоте обращений, что в свою очередь может быть связано с желанием женщин носить неудобную обувь и косметическими запросами, а не болевым синдромом. Также отмечено, что существует генетическая предрасположенность к Hallux Valgus, с распространением заболевания в семьях, но конкретные гены отвечающие за развитие заболевания пока не выявлены [3]. Боль в области первого пальца постепенно переходит в боль всей стопы. Тем самым, вальгусная деформация первого пальца ведёт к постоянным болевым ощущениям, а так же, нередко, к хирургическому вмешательству [2].

Цель исследования – определить эффективность некоторых способов оперативного лечения вальгусной деформации первого пальца стопы.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ 37 историй болезни больных с вальгусной деформацией I пальца стопы. Мужчин - 3, женщин – 34. Средний возраст пациентов варьировал от 40 до 67 лет и составлял в среднем 56,6 лет.

Исследование включало изучение жалоб пациентов, анамнеза развития заболевания и жизни, осмотра пациента, данных рентгенограмм до и после оперативного вмешательства в сроки более 2 лет. Обращалось внимание на клинические симптомы и время появления заболевания. Большинство пациентов 88,2% до лечения предъявляли жалобы на боли в области переднего отдела стопы, видимую деформацию, невозможность и затруднение в подборе обуви. У всех наблюдаемых пациентов развитие вальгусной деформации первого отдела стопы происходило постепенно, давность процесса – не менее 5 лет.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Excel. Степень достоверности определялась с помощью критерия Стьюдента, за статистически значимый уровень принимался уровень $p < 0,05$.

У большинства пациентов (82,4%) выявлен греческий тип стопы (второй по счету палец длиннее большого и третьего пальца стопы. За ними в порядке убывания следуют четвёртый и мизинец). У больных отмечались боли и натоптыши на подошвенной поверхности стопы в 78,6% случаев. Египетский тип стопы (в порядке убывания следуют первый, второй, третий, четвёртый пальцы стопы и мизинец) встречается в 11,8% случаев. Римский (или прямоугольный) тип (все пальцы примерно одинаковой длины, большой палец практически равен второму, далее по убыванию, но без сильных различий: третий, четвёртый, мизинец) наблюдался в 5,9% случаев. У всех наблюдаемых пациентов развитие вальгусной деформации первого отдела стопы происходило постепенно. (рис. 1)

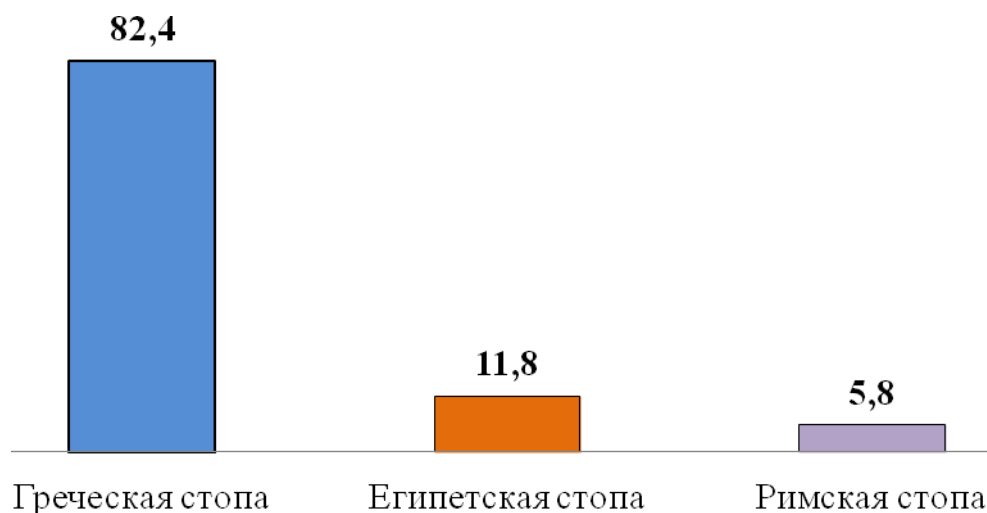


Рис. 1 Виды стоп

У всех пациентов диагноз «вальгусная деформация I пальца стопы» был верифицирован данными рентгенограмм, выполняемых до операции. Наряду со стандартными рентгенометрическими показателями (угол вальгусного отклонения первого пальца стопы и угол между I и II плюсневыми костями, угол наклона суставной поверхности I плюсневой кости) использовался угол (α), образованный осью второй плюсневой кости и линией проведенной через щель плюсне-клиновидного сустава. По нашему мнению, при приближении этого угла к прямому углу нагрузка, передаваемая во время ходьбы и стоянии на передний отдел стопы, становится более физиологичной.

У 16 больных имела место вальгусная деформация 1 пальца II степени, у 21 - деформация III степени.

Всем больным проводилось оперативное лечение: операция Шеде (резекция экзостоза на боковой поверхности головки I плюсневой кости) – 15 случаев; операция Лограшино (иссечение клина из головки I плюсневой кости с перемещением его на место остеотомии основания I плюсневой кости) – 15 наблюдений; операция Шеде-Брандеса (резекция экзостоза головки I плюсневой кости, резекционная артропластика I плюснефалангового сустава) – 3 пациента; операция ЦИТО (остеотомия основания I плюсневой кости с внедрением костного аутооттрансплантата клиновидной формы) 3 пациента; операция Акина (восстановление нормального дистального суставного угла (DASA — Distal Articular Set Angle) , коррекция вальгусного отклонения дистальной фаланги первого пальца, а также укорочение первого пальца при его избыточной длине) – 1 пациент.

Средние сроки лечения пациентов в клинике не превышали 2 недели.

Результаты исследования и их обсуждение

Отдаленные результаты лечения в сроки более 2 лет после операции изучены у 17 пациентов (всего 33 стопы). Использовались клинический и рентгенологический методы исследования (рентгенография переднего отдела стопы в 2-х проекциях). Оценка клинических данных основывалась на определении болей в стопе в покое и при нагрузке (стоянии с опорой на всю

стопу и «на носках», образовании натоптышей и вторичных деформаций пальцев. Рентгенологическая диагностика включала оценку положения I и II лучей стопы, появление деформирующих изменений на уровне плюсне-фаланговых суставов.

После операций Шеде у большинства больных (85,7%) отмечалось сохранение и даже усиление болей в переднем отделе стопы, выявлены вторичные деформации (вальгусное смещение I пальца и образование натоптышей на подошвенной поверхности стопы). Угол α оставался неизменным.

У больных, которым была выполнена операция Лограшино или ЦИТО в 57% случаев рентгенологическое подтверждение в виде восстановления угла α клинически сопровождалось отсутствием болей в переднем отделе стопы. В остальных случаях отмечался рецидив варусного смещения I луча с клинкой в виде болей в области предплюсны и подошвы, появления (или сохранения) натоптышей на подошвенной поверхности стопы в проекции головок II-III плюсневых костей. При этом имело место наличие тупого угла α во всех случаях рецидивов вальгусной деформации I пальца.

У больных, которым была выполнена операция Шеде-Брандеса имели место боли в переднем отделе стопы, усиливающиеся при нагрузке, ограничение подвижности I плюснефалангового сустава, а на рентгенограммах – деформирующий остеоартроз плюснефалангового сустава I пальца. Угол α оставался неизменным.

Все выше перечисленные деформации отмечались при греческом типе стоп (35,7% наблюдений). Для устранения вторичных деформаций I пальца, молоткообразной деформации II и III пальцев больным предлагалось повторное оперативное вмешательство. У пациентов с египетским и римским типами стоп рецидивы не отмечены.

Выводы:

1. Вальгусная деформация I пальца стопы достоверно чаще встречается при греческом типе стопы.

2. В отдаленном периоде после операций осложнения (рецидив деформации, усиление болей в среднем отделе стопы, появление молоткообразных деформаций II-IV пальцев) отмечены в 35,7% случаев у пациентов с греческим типом.

3. Восстановление угла α до 90° после оперативного лечения приводит к уменьшению болей в стопе и улучшению отдаленных результатов лечения.

Литература:

1. Карданов, А.А. Оперативное лечение деформаций первого луча стопы: история и современные аспекты / А.А. Карданов, Л.Г. Макинян, М.П. Лукин. - М. : ИД «Медпрактика-М», 2008. - 108 с.

2. Минасов Б.Ш., Гутов С.П., Билялов А.Р., Кулов Е.И. Хирургическое лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний стоп. Уфа, 2005 – 84 с.

3. Черкес-Заде, Д.И. Хирургия стопы / Д.И. Черкес-Заде, Ю.Ф. Каменев. – М.: Медицина, 2002. – 250 с.

4. Coughlin, MJ1. The reliability of angular measurements in hallux valgus deformities/ MJ1Coughlin, E. Freund., A. Roger, Award Mann // Foot Ankle Int, 2001 May;22(5):369-79.

УДК 616.13-089

Г.Р. Новрузова, В.О. Данилов, А.А. Макарян
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АЛГОРИТМА
ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ПОЧЕЧНЫХ
СОСУДОВ

Кафедра урологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Россия

G.R. Novruzova, V.O. Danilov, A.A. Makaryan
EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF THE DOCTOR'S
ACTIONS ALGORITHM FOR BLEEDING OF THE RENAL VESSELS

Department of urology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russia

Контактный e-mail: novruzova09@mail.ru

Аннотация. Наиболее частым осложнением раннего периода после инвазивных манипуляций на почках являются кровотечения из почечных сосудов. Для своевременного определения риска продолжающегося кровотечения и выбора оптимальной тактики ведения больного в клинике Урологии ГБУЗ СО «СОКБ №1» был разработан алгоритм действия врача при кровотечениях из почечных сосудов.

Annotation. The most common complication of the early period after the invasive procedures on the kidneys is bleeding from the renal vessels. For timely identification of risk continued bleeding and selection of the optimal management of patients in the clinic of Urology Sverdlovsk regional clinical hospital №1 was developed algorithm of actions for bleeding of the renal vessel.

Ключевые слова: почечные кровотечения, суперселективная эмболизация.

Keywords: renal bleeding, superselective embolization.

Осложнения, приводящие к кровотечениям из почечных сосудов, наиболее часто возникают при: чрескожной нефролитотрипсии, нефростомии,