

КОММЕНТАРИЙ К СТАТЬЕ БОЙЧЕНКО А.В. С СОАВТОРАМИ «СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОДНОСТОРОННЕЙ И ДВУСТОРОННЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ *HALLUX VALGUS*»

(ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ РОССИИ. 2014; (3):44-51)

Статья А.В. Бойченко с соавторами посвящена актуальной теме и должна представлять интерес не только для ортопедов, но и для специалистов (травматологов и хирургов поликлинического звена), направляющих пациентов в стационары и зачастую формирующих их мнение о возможности оперировать стопы одномоментно или поэтапно. Целью исследования авторами заявлено изучение собственных сравнительных данных о результатах односторонней и двусторонней хирургической коррекции *hallux valgus*, что должно явиться основой для рекомендаций по улучшению результатов лечения больных с рассматриваемой патологией. Получены ли авторами данные, позволяющие дать обоснованные рекомендации? На наш взгляд, статья ставит перед читателями гораздо больше вопросов, чем дает ответов.

1. По каким критериям сформированы основная и контрольная группы? Решение об одностороннем или двухэтапном лечении принималось по желанию пациентов или решению хирурга? Для проведения исследования была выделена часть оперированных в период выполнения работы пациентов, или анализу подверглись результаты всех операций? Почему в работе ничего не сказано о вмешательствах на латеральных лучах (трудно представить, что 40 пациентов с *hallux valgus* без молоткообразной деформации II-IV пальцев или симптомов центральной метатарзалгии «случайно» попали в исследование без предварительного отбора из значительно большей группы)? Ответы на эти вопросы важны. Судя по статистическим данным, приведенным в таблице 5 (максимальное значение первого межплюсневого угла 20°), среди прооперированных не встретилось ни одного пациента с выраженной степенью *metatarsus primus varus*. Были ли они исключены из исследования умышленно или не попали в группы из-за малого числа наблюдений? Но в таком случае, можно ли распространять результаты исследования на всех пациентов с *hallux valgus*? Если нет, то в разделе «Заключение» необходимо сделать оговорку о том, что полученные данные относятся лишь к подгруппе с легко и умеренно выраженным варусным отклонением первой плюсневой кости без сопутствующей патологии латеральных лучей.

2. В послеоперационном периоде пациенты осматривались через 3, 6 и 12 месяцев. Объясняя подобные сроки и кратность обследований, авторы ссылаются на рекомендации ведущих зарубежных и отечественных клиник, приводя в качестве подтверждения три статьи. Из упомянутых работ одна (ссылка № 1 на статью Карданова А.А. с соавт.) является ретроспективным исследованием отдаленных (более двух лет) результатов остеотомии scarf. Во второй статье (ссылка № 4 на статью Adam S.P. et al.) контрольные рентгенографические исследования выполнялись через 2, 6 и 12 недель после операции. А третий источник (ссылка № 11 на статью George H.L. et al.) и вовсе посвящен анализу результатов хирургического лечения *hallux valgus* у подростков. На наш взгляд, к трем месяцам после операции, когда остеотомии уже срослись и функция стоп практически восстановлена, различия между результатами одно- и двусторонних вмешательств может не быть. Основные различия проявляются в первые дни и недели после операции, заключаясь в выраженности болевого синдрома при нагрузках, сроках возврата к нормальной ходьбе, возможности самостоятельно обслуживать себя, управлять автомобилем, в периоде временной нетрудоспособности. И именно этому периоду авторами должно было бы быть уделено внимание. К сожалению, в статье ничего не говорится об особенностях послеоперационного протокола каждой из групп, продолжительности госпитализации, потребности в приеме анальгетиков, зависимости тяжести послеоперационного периода от степени выраженности деформации и т.д.

3. В качестве примеров в статье приведены два клинических случая, также вызывающих много вопросов. В обоих примерах диагноз звучит как «двустороннее поперечное плоскостопие» III и II степени соответственно. Наличие *hallux valgus* в диагнозе не отражено. Или поперечное плоскостопие приравнивается авторами к вальгусной деформации первого пальца стопы? В тексте не описаны особенности оперативных вмешательств, вид анестезии, сроки госпитализации и т.д. При этом на рисунке 3, иллюстрирующем первый клинический пример, фотографии стопы и рентгенограммы принадлежат разным пациентам (на фотографии ярко

выраженный греческий тип стопы, на рентгенограммах – египетский). А второй клинический пример вовсе не должен рассматриваться в статье: согласно данным таблицы 5, минимальное значение угла отклонения кнаружи первого пальца до операции во второй группе составляет 33°. На представленных же рентгенограммах стоп этот угол равен 31 и 29°. К тому же, на фото левой стопы после операции большой палец почти наполовину прикрывает второй. Стоило ли демонстрировать данный случай в качестве положительного примера?

4. В контрольную группу вошли 25 пациентов, которым выполнены операции на 30 стопах. Через какой срок выполнялись операции на второй стопе? Почему 20 пациентам операции на второй стопе не выполнены, и как могло учитываться при анкетировании их мнение о гипотетическом выборе между этапной и одномоментной коррекцией *hallux valgus*, если для них исследование еще не окончено?

Хотелось, чтобы написанное выше не было расценено авторами статьи как придирчивость или избыточная дотошность. Количество неточностей и просто «ляпов» в статье настолько велико, что заставляет усомниться в объектив-

ности представленных данных. Но дело даже не в этом. Не один десяток лет ортопеды выполняют одномоментные операции по поводу *hallux valgus*. Полагаю, что в России бóльшая часть стоп оперируется в один этап. Поэтому работа, в которой звучит рекомендация шире применять одномоментные двусторонние операции для лечения пациентов с *hallux valgus* и основанная на опыте выполнения подобных вмешательств всего 15 больным, вряд ли может представлять интерес. На наш взгляд, необходима выработка детальных рекомендаций для выполнения симультанных или этапных операций, учитывающих степень выраженности деформации, сочетание ее с патологией латеральных лучей, возраст пациента, профессию, характерологические особенности, желание максимально быстро вернуться к активной жизни при операции на одной стопе или же потратить больше времени, но решить проблему за один раз при одномоментных вмешательствах и т.д. Учитывая проспективный характер представленного исследования, у авторов есть возможность продолжить его, увеличив количество наблюдений, расширив круг анализируемых показателей и уменьшив число статистических выкладок, в которых легко запутаться не только читателю, но, похоже, и авторам статьи.

Бережной Сергей Юрьевич

д.м.н. врач травматолог-ортопед филиала
«Мединцентр» ГлавУпДК при МИД России
e-mail: doktor@bereznoi.ru