

При РА в синовиальной жидкости (выпоте) у части пациентов выявляются специфические антитела к различным возбудителям (*Chlamydia trachomatis* и др.) в диагностически значимых титрах, которые, вероятно, проникают путем диффузии из периферической крови либо локально образуются в воспаленном суставе. Выявленная нами относительно высокая частота обнаружения антител к *Chlamydia trachomatis* указывает на их важную роль в формировании очага воспаления.

Таким образом, как и в любом биотопе, включая СЖ, используя прямые и косвенные диагностические тесты можно выявить несколько патогенов, относящихся к различным классам и семействам. По-видимому, при РА имеет место особая ассоциативная форма инфекции, при которой *Chlamydia trachomatis*, вероятнее всего, играет доминирующую роль или служит своеобразным триггером.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гришина, Е. И. Ревматоидный артрит и вирус Эпштейн-барр / Е. И. Гришина // *Annals of Mechnikov Institute*. — 2008. — № 4. — С. 14–18.
2. Коршунов, Н. Ревматоидный артрит: диагностика и лечение / Н. И. Коршунов // *Русский медицинский журнал*. — 2005. — Т. 13. — № 14. — С. 956–962.
3. Чернякова, Ю. М. Синовиальная жидкость: состав, свойства, лабораторные методы исследования / Ю. М. Чернякова, Е. А. Сементовская // *Медицинские новости*. — 2005. — № 2. — С. 9–14.
4. Meenakshi, J. Chlamydial infection preceding the development of rheumatoid arthritis: a brief report / J. Meenakshi, J. J. Curran // *Clin. Rheumatol.* — 2004. — Vol. 23. — P. 453–455.
5. Seroreactivity to *Borrelia burgdorferi* antigens in early rheumatoid arthritis: a case – control study / C. Valckenare [et al.] // *British Journal of Rheumatology*. — 1997. — № 36. — С. 945–949.

УДК 617.586-007.5-053.1-08

КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ МЕТОДИКИ ПОНСЕТИ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ

Дивович Г. В., Косс Ю. К., Кириленко С. И., Ермаков В. Г., Титенков В. М.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Учреждение здравоохранения

«Гомельская центральная городская детская поликлиника», филиал № 1

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Врожденная косолапость занимает 36 % среди пороков развития опорно-двигательного аппарата. На 1500–2000 родов встречается один случай косолапости. Соотношение между мальчиками и девочками 2:1. Двусторонняя косолапость отмечается почти в 2 раза чаще односторонней. Более 100 тысяч детей во всем мире каждый год рождаются с врожденной косолапостью [3].

Традиционно косолапость лечится вначале консервативно этапными гипсовыми повязками, затем в зависимости от возраста и тяжести остаточной деформации стоп применяются открытые операции на сухожильно-связочном аппарате: z-образное удлинение ахиллова сухожилия без или с рассечением капсул скакательных суставов; операция Т. С. Зацепина и В. А. Штурма (тенолигаментокапсулотомия подошвенного апоневроза, дельтовидной, таранно-пяточной связок, капсул скакательных суставов, удлинение сухожилий задней большеберцовой мышцы, общего сгибателя пальцев, ахиллова сухожилия и сухожилия длинного сгибателя 1-го пальца, рассечение капсульно-связочного аппарата суставов Шопара и Лисфранка удлинение сухожилия передней большеберцовой мышцы); устранение деформаций стоп методом Г. А. Илизарова при рецидивах в возрасте 3-х и более лет; клиновидные, серповидные резекции стоп после 12 лет [4].

В 1963–1966 гг. доктором Понсети была предложена методика лечения врожденной косолапости, исключая применение больших открытых операций, при которых

происходит массивная травматизация мягких тканей в области голеностопного сустава и стопы. Методика включает в себя систему поэтапной коррекции элементов деформации стопы гипсовыми повязками, а при необходимости выполнение подкожной ахиллотомии. В последующем для поддержания коррекции применяются специальные «брейсы» до 4–5 летнего возраста ребенка [1].

Методика получила распространение в мире после 1995 года после опубликования книги автора «Косолапость: лечение по методу Понсети» и в связи с открытием интернет-страничек для родителей, столкнувшихся с проблемой косолапости. В России методика успешно используется в последнее десятилетие. Основные центры — Ярославль и Санкт-Петербург [2]. В Республике Беларусь в настоящее время уже имеется первый опыт применения метода Понсети при лечении косолапости на базе кафедры травматологии и ортопедии Гомельского медуниверситета и ортопедо-травматологического отделения Гомельской областной клинической больницы [5].

Целью данной работы является выделение ключевых моментов методики Понсети при лечении врожденной косолапости с учетом собственного опыта.

Материалы и методы исследования

Нами проанализированы результаты лечения 21 ребенка с врожденной косолапостью за период 2010–2011 гг. У 11 из них консервативное лечение начато нами в первые недели жизни, у 1 с 1,5 летнего возраста. С мая 2010 года методом Понсети в ортопедотравматологическом отделении УГОКБ оперировано 13 детей с различной степенью косолапости. Все они поступили в стационар для оперативного вмешательства после этапа консервативного лечения в различных поликлиниках области.

Мальчиков было 15, девочек 6. У 11 пациентов было двустороннее поражение (5 девочек и 6 мальчиков). При односторонней патологии в 7 случаях из 10 поражалась правая нога.

Метод Игнасио Понсети [1] предполагает начинать лечение косолапости с 7–14 дневного возраста ребенка (чем раньше начато лечение, тем податливее деформация стопы, и тем быстрее произойдет ее полная коррекция). Как правило, для полной коррекции деформации стопы необходимо 6–7 смен гипсовых повязок с постепенным исправлением деформации. Этапное лечение с использованием гипса занимает от 4 до 8 недель (в зависимости от тяжести косолапости). Смена гипсовых повязок с постепенным исправлением деформации стопы происходит через 5–7 дней. Гипсовые повязки накладываются всегда с фиксацией коленного сустава до верхней трети бедра. Пальцы стопы в гипсе высвобождаются для контроля за кровоснабжением (рисунок 1).

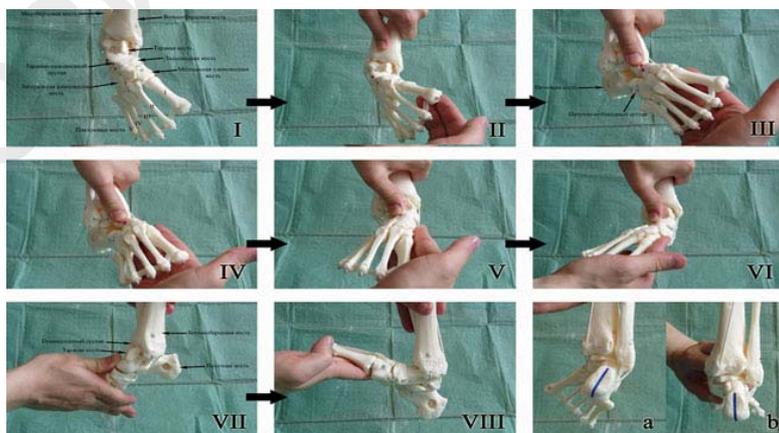


Рисунок 1 — Манипуляции стопой при исправлении косолапости методом И. Понсети

По мере выведения все части стопы корректируются, когда стопа поворачивается вокруг таранной кости происходит вправление подвывиха в таранно-ладьевидном суставе и подтаранном суставах.

Это происходит посредством отведения стопы до 70–75 градусов. Все компоненты деформации можно откорректировать этапным гипсованием кроме эквинуса (рисунок 2). Для коррекции эквинуса под местным или общим обезболиванием производится ахиллотомия (рисунок 3).



Рисунок 2 — Этапные гипсовые повязки

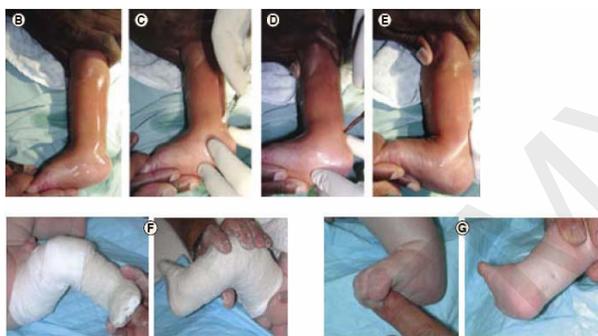


Рисунок 3 — Ахиллотомия

После пересечения ахиллова сухожилия коррекция эквинуса становится возможной и тогда накладывается последняя повязка с полной коррекцией всех элементов деформации. Данный гипс снимают через 3–4 недели после ахиллотомии в зависимости от возраста ребенка (за это время пересеченное сухожилие полностью срастается). К моменту снятия последнего гипса у ребенка должны быть брейсы (два ботиночка, скрепленные между собой металлической планкой) (рисунок 4).



Рисунок 4 — Брейсы

Методика Понсети предусматривает четкое соблюдение принципов этапности и последовательности коррекции.

Ахиллотомия, выполняемая на последнем этапе мануальной коррекции является малотравматичной, кратковременной, не оставляющей рубцов операцией, в сравнении с z-образной пластикой ахиллова сухожилия. Использование брейсов по окончании этапного гипсования сводит к минимуму возможность рецидива косолапости.

Наш опыт лечения косолапости позволяет положительно оценить методику этапной коррекции деформации стоп гипсовыми повязками. В настоящее время мы наблюдаем за лечением 3-х детей при помощи брейсов. Своего опыта применения брейсов у нас нет, так как большинство родителей не могут приобрести их в силу отсутствия в Республике Беларусь. Исходя из этого, вместо брейсов мы применяем более длительное гипсование детей после полного исправления деформации (до 4 месяцев) с целью удержания достигнутой коррекции. В дальнейшем в обязательном порядке всем детям до 4–5 лет и более изготавливаются съемные ночные ортопедические туторы и обувь, обновляющиеся по мере роста ребенка.

Возраст 13 оперированных нами детей распределился следующим образом: от 6 до 12 месяцев 9 детей, в возрасте 1–2 года — 2, старше 2 лет — 2 пациента. В возрасте до года

операции выполнялись как продолжение консервативного лечения. При этом у одного ребенка консервативное лечение было недостаточно эффективным по ятрогенным причинам.

У детей старше года операции выполнялись в 3 случаях рецидива заболевания и в 1 случае нелеченной косолапости.

Результаты и обсуждение

К 6–8 месячному возрасту у 8 детей удалось достичь полного исправления деформации без применения оперативного пособия. Для поддержания результатов лечения у них проводилось ночное шинирование ног в тугорах, а также постоянное ношение ортопедической обуви. Одному ребенку выполнено оперативное вмешательство по Зацепину, после чего продолжено гипсование с последующим поддерживающим лечением с полной коррекцией всех элементов косолапости. 12 пациентов были оперированы по методике Понсети — подкожная ахиллотомия, 5 из них имели двустороннее поражение (всего 14 операций). Операция выполнялась в течение 20–30 минут под масочным наркозом. В стационаре дети находились 2–3 дня.

Отличных результатов с полной коррекцией деформации и полным объемом движений удалось достичь у 7 детей. Хорошие результаты отмечены у 3 пациентов, у которых осталось легкое приведение переднего отдела стопы. Удовлетворительной коррекции удалось достичь у 2 детей, которые начали лечиться в возрасте более 1,5 лет. При этом в процессе лечения одной девочки с двусторонней нелеченной косолапостью получено осложнение — перелом голеней. Она оперирована повторно по Зацепину с остеосинтезом большеберцовой кости справа. Коррекция деформации достигнута, но сохраняется контрактура скакательных суставов 2 степени. Родители второго ребенка с формирующимся рецидивом (легкие эквинус и варус) в 2,5 года отказались от лечения. Инфекционных осложнений не получено ни в одном случае.

Выводы

1. Эффективность методики достигается путем последовательного этапного использования корригирующих гипсовых повязок с правильными манипуляциями над деформированной стопой.

2. Оперативный этап методики менее травматичен по сравнению с использовавшимися ранее открытого удлинения ахиллова сухожилия и операции Зацепина.

3. Реабилитация голеностопного сустава при использовании методики Понсети протекает быстрее из-за отсутствия грубых рубцов в зоне операции и ввиду «невмешательства» хирурга во внутрисуставные структуры на стопе.

4. Отсутствие брейсов возможно компенсировать путём использования гипсовых повязок более длительно с последующим обязательным применением ортопедической обуви и съёмных ночных тугоров как минимум до 4-5 летнего возраста ребенка.

5. Существует потребность в разработке и организации производства брейсов для лечения косолапости в Республике Беларусь с целью обеспечения возможности приобретения их гражданами нашего государства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Clubfoot: Ponseti Management [Electronic resource] — M. D. Lynn Staheli. — 2009.— 3 rd ed. — Mode of access: <http://www.global-help.org> — Date of access: 19.10.2009.
2. Лечение косолапости по методу Понсети. — Ярославль, 2011.
3. Мирзоева, И. И. Ортопедия детей первого года жизни / И. И. Мирзоева, М. П. Конюхов. — Л.: Медицина, 1983. — 128 с.
4. Усоскина, Р. Я. Амбулаторное лечение детей с ортопедическими заболеваниями / Р. Я. Усоскина, К. А. Круминь, Т. Я. Сеглинь. — М.: Медицина, 1979. — 256 с.
5. Лечение врожденной косолапости по методике Понсети / Г. В. Дивович [и др.]; под общ. ред. А. И. Касима, А. А. Литвина // Актуальные проблемы медицины Гомельской области: материалы ежегод. науч.-практ. конф.; М-во здравоохранения Респ. Беларусь, управление здравоохранения Гомельского облисполкома, Гомельская обл. клинич. больница. — Гомель, 2011. — С. 21–23.