

лен методами описательной статистики в программе «Statistica» 10.0. Значимость различия между группами для таких количественных показателей, как фазы напряжения, резистенции и истощения оценивалась непараметрическими методами. Количественные показатели представлены в виде медианы и 25 и 75 % перцентилей.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Полностью сформирована хотя бы одна из фаз была в 45 % случаев у студентов и в 70 % случаев у врачей. Выявлены выраженные изменения в фазе резистенции: у студентов  $Me = 51$  [39; 64] балла, что свидетельствует о том, что у них начинаются процессы сопротивления эмоциональному выгоранию. У врачей в этой фазе  $Me = 69$  [53; 80] балла, что говорит о том, что у них уже есть сложившиеся симптомы, свойственные этой фазе (Mann — Whitney U тест  $p = 0,018$ ). У врачей отмечена выраженная тенденция к усилению проявлений фазы истощения, количество человек (8) с полностью сформированной фазой достоверно больше (точный критерий Фишера  $p = 0,0098$ ), в отличие от студентов, где эта фаза была только в одном случае.

#### **Выводы**

Знания о синдроме позволят предпринять профилактические мероприятия, что может исключить его развитие, либо ослабить симптомы или остановить его течение.

УДК 617.586-007.5-08

### **РЕЦИДИВЫ КОСОЛАПОСТИ: РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ**

*Дивович Г. В.<sup>1</sup>, Прислоский А. А.<sup>2</sup>, Маринчик А. В.<sup>2</sup>, Сиваков Д. Н.<sup>2</sup>*

#### **<sup>1</sup>Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»,**

#### **<sup>2</sup>Учреждение**

**«Гомельская областная детская клиническая больница»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Цель**

На основе оценки результатов хирургического лечения детей с рецидивами косолапости различного генеза обосновать выбор оперативного пособия в каждом конкретном случае.

#### **Материал и методы исследования**

Изучены результаты лечения 17 детей с рецидивами врожденной косолапости после лечения по методу И. Понсети, 41 ребенка с рецидивами врожденной косолапости после лечения традиционными способами, 31 ребенка с синдромной косолапостью (артрогрипоз (3), менингомиелоцеле (4), синдром Ларсена (2), последствия раннего органического поражения ЦНС (7), ДЦП (12), др. синдромы (3)). Оценивался диагностический критерий, склонность патологии к рецидивированию, возраст ребенка, оценка перспективы вертикализации пациента, тяжесть и ригидность деформации. Применялись малоинвазивные вмешательства: подкожная ахиллотомия, плантотомия, медиальный и задний релизы стопы, траспозиция сухожилий. Применялись обширные операции: Зацепина, Штурма, Цинтинати, коррекция стоп по Г. А. Илизарову, остеотомии костей стопы и голени, дезинсерции сухожилий сгибателей, резекции суставов и сегментов стопы.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Для исправления рецидивов косолапости после лечения по И. Понсети в возрасте 3–5 лет достаточно применения малоинвазивных вмешательств на стопе. Устранение ригидных деформаций в возрасте после 5 лет требует применения обширных релизов в сочетании с методом Г. А. Илизарова. Эффективное лечение синдромных рецидивов косолапости подразумевает выполнение остеотомий, обширных релизов и сухожиль-

ных транспозиций уже в возрасте до 2–3 лет. По достижении детьми возраста 9–11 лет надежным и радикальным способом устранения эквиноварусной деформации стоп является операция трехсуставного артродеза. Нам удалось во всех случаях рецидивов косолапости достичь поставленных целей: восстановить плантиградную ориентацию стопы для нормальной опоры и ходьбы, исправить биомеханически значимые деформации стоп в составе многоуровневых вмешательств, создать условия для пользования обычной обувью, облегчить уход за паллиативными детьми.

#### **Выводы**

1. Имеющийся арсенал оперативных пособий для лечения рецидивов врожденной косолапости различного генеза позволяет успешно корригировать порочное положение стоп по принципу «а la carte...» — делай только то, что необходимо для хорошей коррекции данной стопы (Henri Bensahel).

2. Для исправления рецидивов идиопатической косолапости достаточно применения малоинвазивных операций с минимальным повреждением тканей околосуставных суставов.

3. Лечение синдромной рецидивирующей косолапости предполагает выполнение обширных релизов, остеотомий и артродезирующих резекций суставов стопы уже в раннем возрасте детей.

УДК [616.58-007-053.1-089.23+616.8]-053.2

### **МНОГОУРОВНЕВЫЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ И ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

*Дивович Г. В.<sup>1</sup>, Прислоский А. А.<sup>2</sup>, Маринчик А. В.<sup>2</sup>, Сиваков Д. Н.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Цель**

Оценка эффективности выполнения многоуровневых ортопедических вмешательств у детей со сформированными биомеханически значимыми деформациями нижних конечностей по причине врожденных аномалий развития и церебральных параличей.

#### **Материал и методы исследования**

21 ребенку проведены многоуровневые операции, из них 6 человек с церебральными параличами (ЦП) являлись паллиативными по психо-неврологическому статусу. Распределение детей по нозологиям, возрасту, проведенным оперативным вмешательствам представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Общая характеристика пациентов по нозологиям и проведенным оперативным вмешательствам

Показатели	Количество детей	Возраст (лет)	Сроки наблюдения	Ведущие оперативные пособия	Сопровождающие оперативные пособия
ЦП (ДЦП, органическое поражение ЦНС, последствия нейроинфекций, ОНМК, ЧМТ)	12	8–17	6 мес – 2 года	Трехсуставной артродез стоп, остеотомия пяточной кости по Эвансу	Томиа ахилловых сухожилий, приводящих мышц бедер, сгибателей голени, транспозиции сухожилий на стопах