

**Выводы**

1. Показатели локальной гемодинамики достаточно адекватно отражают стадию развития МГ, что нужно учитывать при определении тактики ведения больных с данной патологией.
2. При интенсивном локальном кровотоке методом выбора является сочетанное использование пропранолола и лазерной термотерапии.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Образования из кровеносных сосудов челюстно-лицевой области у детей — новый взгляд / В. В. Рогинский [и др.] // Стоматология. — 2011. — № 90 (4). — С. 71–76.
2. Demographic and clinical characteristics and risk factors for infantile hemangioma: a Chinese case-control study / J. Li [et al.] // Arch Dermatol. — 2011. — Vol. 147(9). — P. 1049–1056.
3. Macarthur, C. J. Head and neck hemangiomas of infancy / C. J. Macarthur // Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. — 2006. — Vol. 14. — P. 397–405.
4. Laserbehandlung bei Hämangiomen — Technische Grundlagen und Möglichkeiten / M. Poetke [et al.] // Kinderheilkunde. — 2004. — Vol. 152. — P. 7–15.

УДК 617.586-007.5-053.2-08

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ***Дивович Г. В.<sup>1</sup>, Дейкало В. П.<sup>2</sup>, Малиновская А. Е.<sup>1</sup>*<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

<sup>2</sup>Учреждение образования

«Витебский государственный медицинский университет»

г. Витебск, Республика Беларусь

**Введение**

Врожденная косолапость занимает 36 % врожденных заболеваний опорно-двигательной системы и характеризуется сложной комбинированной деформацией стоп с многообразием клинических форм. В Гомельской области на 1585 новорожденных встречается 1 ребенок с врожденной косолапостью [1]. Врожденная косолапость у детей до 5 лет имеет постоянно тенденцию к рецидивированию. По данным различных авторов процент рецидивов после первичного лечения составляет от 20 до 70 % [2]. В настоящее время общепризнанным «золотым стандартом» в лечении косолапости является метод Игнасио Понсети, применяемый в Гомельской области с 2010 г. При лечении детей этим способом рецидивы характеризуются менее тяжелыми деформациями стоп, а частота рецидивирования не превышает 30 % [3].

**Цель**

Оценить результаты первичного лечения врожденной идиопатической косолапости, выявить частоту рецидивов заболевания и проанализировать причины возникновения рецидивов по данным учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (ГОКБ).

**Материал и методы исследования**

В ГОКБ на базе травматолого-ортопедического отделения за период 2010–2016 гг. проведено лечение 72 ребенка (92 стопы) с врожденной идиопатической косолапостью. Лечение 16 пациентов было начато в возрасте 0–1 месяц, у 20 детей — в возрасте 1–3 месяца, более позднее начало лечения (4–6 месяцев) было у 19 пациентов, в 6–9 месяцев — у 6 детей, а в возрасте 1 года и старше — в 11 случаях. При первичном лечении использовалась этапная гипсовая коррекция стоп, подкожная ахиллотомия по показаниям с послеоперационной иммобилизацией в гипсовой повязке от 4 до 8 недель. У 12 детей при первичной гипсовой коррекции вместо циркулярных повязок применялись лонгетные [4]. После этого проводилось ортезное лечение в ортопедических брейсах. В процессе лечения всем пациентам проводилось ультразвуковое и рентгенографическое исследование стоп и голеней в прямой и боковой проекциях.

Лечение рецидивов проведено консервативно гипсовой коррекцией у 2 пациентов, остальным проводились релизные операции (задне-медиальный релиз с латерализацией сухожилия передней большеберцовой мышцы). При оперативном лечении рецидивов наблюдались хорошие результаты через 1–2 года после лечения.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ SPSS с использованием сравнительной оценки распределений по ряду учетных признаков. Выявление и изменение связи между изучаемыми признаками осуществлялось с применением методов непараметрической статистики [5]. Для сравнения между собой распределения признаков использовали точный критерий Фишера и критерий соответствия  $\chi^2$  Пирсона.

### Результаты исследования и их обсуждение

Из 72 леченых пациентов (92 стопы) мальчиков было 43, девочек — 29. Правосторонняя косолапость — 22 случая (мальчики), 13 случаев (девочки). Левостороннее поражение — мальчиков 11, девочек 9. Двусторонняя деформация — 12 мальчиков и 5 девочек. Рецидивы выявлены у 17 пациентов — 23,2 % от общего количества детей.

Выявлены статистически значимые различия по проведению брейсового лечения пациентам с врожденной идиопатической косолапостью ( $\chi^2 = 56$ ,  $p < 0,01$ ). Установлено, у 9 пациентов брейсы использовались периодически, что составило наибольший удельный вес (53 %), у 4 (23,5 %) пациентов рецидивы возникли на фоне полного отсутствия брейсового лечения, и только у 4 (23,5 %) детей родители добросовестно соблюдали брейсовый режим. Установлена прямая корреляционная зависимость между получением брейсового лечения и появлением рецидивов в возрастных группах ( $r = 0,8$ ;  $p < 0,01$ ).

По половой принадлежности случаи рецидивов распределились следующим образом: 10 (59 %) мальчиков и 7 (41 %) девочек, то есть у мальчиков рецидивы сформировались в 1,6 раза чаще, чем у девочек.

Показательной является оценка результатов коррекции в соответствии со сроками начала лечения детей с врожденной косолапостью (таблица 1).

Таблица 1 — Распределение случаев рецидивов косолапости в зависимости от сроков начала лечения, абс., (%)

Возрастные группы начала лечения	0–1 месяц, n = 16	1–3 месяца, n = 20	3–6 месяцев, n = 19	6–9 месяцев, n = 6	После 1 года, n = 11	Всего, n = 72
Число рецидивов	0 0,0	6 35,4**	3 17,6	3 17,6	5 29,4	17 100

\*\* Различия по классам статистически значимы ( $p < 0,01$ )

Исходя из таблицы 1, видно, что в случаях раннего начала лечения косолапости с рождения рецидивы отсутствуют.

При задержке начала лечения в 1–3 месяца развиваются рецидивы, причем число составляет наибольший удельный вес ( $\chi^2 = 32,5$ ,  $p < 0,05$ ), по сравнению с детьми в возрасте 3–6 месяцев. Следует заметить, что в случаях начала лечения в 1–3 месяца выполнялась стандартная схема лечения по И. Понсети с применением 3–4-недельного гипсования после ахиллотомии. Мы увеличили срок гипсовой иммобилизации до 6–8 и более недель (как и в случаях более позднего начала лечения) с целью профилактики рецидивов. Значительное число рецидивов при позднем начале лечения, особенно после 1 года, обусловлено грубыми анатомическими изменениями в стопах, формирующимися к возрасту начала ходьбы. Следует отметить, что установлена обратная корреляционная зависимость между появлением рецидивов и возрастной группой начала лечения ( $r = -0,4$ ;  $p < 0,01$ ).

Рецидивы развились в возрасте от 1 года до 3 лет у 7 (53,8 %) человек, в 4–5 лет — у 3 (23,1 %) пациентов, после 5 лет — в 3 (23,1 %) случаях. Случаи рецидивов врожденной косолапости по стороне поражения характеризуются в таблице 2.

Таблица 2 — Распределение случаев рецидивов косолапости по стороне поражения, абс., (%)

Сторона поражения	Односторонняя косолапость		Двусторонняя косолапость	Всего
	Правосторонняя	Левосторонняя		
Число рецидивов	7	0	10	13
	29,4	0,0	70,6*	100

\* Различия по классам статистически значимы ( $p < 0,05$ )

При двусторонней косолапости у 70,6 % пациентов наблюдались рецидивы, что составило наибольший удельный вес ( $\chi^2 = 6,5$ ,  $p < 0,05$ ), по сравнению с остальными пациентами. Рецидивы при одностороннем варианте косолапости составили 29,4 %. При двусторонней косолапости у пациентов ни в одном случае не было двустороннего рецидивирования, рецидивы сформировались только односторонние справа. При односторонней патологии рецидивы выявлены только при правостороннем варианте патологии. Случаев рецидивов левосторонней косолапости выявлено не было.

### Выводы

1. По результатам исследования рецидивы врожденной косолапости возникают у 23,2 % пациентов.

2. У мальчиков рецидивы формируются в 1,6 раза больше, чем у девочек. У детей с двусторонней косолапостью рецидивы встречаются чаще ( $\chi^2 = 6,5$ ,  $p < 0,05$ ), чем при одностороннем варианте патологии, причем рецидивировать косолапость преимущественно с одной стороны.

3. При первичном лечении малый срок иммобилизации (3–4 недели) после ахиллотомии в соответствии с методикой И. Понсети недостаточен — в нашем исследовании выявлено большое количество рецидивов. Целесообразно при иммобилизации конечности увеличить срок до 6–8 недель и более даже в раннем возрасте детей.

4. Одним из важнейших причинных факторов развития рецидивов врожденной косолапости является несоблюдение родителями протокола ношения брейсов ( $\chi^2 = 32,5$ ,  $p < 0,05$ ).

### ЛИТЕРАТУРА

1. Дейкало, В. П. Эпидемиология врожденной косолапости среди детского населения Гомельской области / В. П. Дейкало, Г. В. Дивович // Новости хирургии. — 2014. — Т. 22, № 2. — С. 209–211.
2. Клычкова, И. Ю. Врожденная косолапость / И. Ю. Клычкова, М. П. Конюхов / Ортопедия: национальное руководство / И. Ю. Клычкова, М. П. Конюхов; под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — Гл. 6. — С. 192–204.
3. Ponseti, I. V. Congenital Clubfoot Fundamental of treatment / I. V. Ponseti. — Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press, 1996. — 140 p.
4. Удостоверение на рационализаторское предложение № 1241 от 12.10.2016 «Модифицированная спиральная лонгетная гипсовая повязка для лечения врожденной косолапости», УО «ГомГМУ».
5. Реброва, О. Ю. Медицинская статистика / О. Ю. Реброва. — Москва: Медиа-Сфера, 2001. — 672 с.

УДК 616-006.85-053.2-089

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ОПЫТ ОРГАНОСОХРАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОПУХОЛИ ВИЛЬМСА У ДЕТЕЙ

Довнар А. А.

Государственное учреждение  
«Республиканский научно-практический центр детской онкологии,  
гематологии и иммунологии»  
г. Минск, Республика Беларусь

### Введение

Опухоль Вильмса (нефробластома) — злокачественная, эмбриональная опухоль почки, которая формируется из метанефрогенной ткани почки [1]. Это самая распространенная почечная опухоль у детей [2]. Опухоль затрагивает примерно 1 ребенка из 10 тыс. в возрасте до 15 лет [2]. В 90 % случаев обнаружение опухоли приходится на возраст до 7 лет [1, 2]. Она нередко сочета-