

2. Пацыенты з болевым сіндромам пасля эндапратэзавання не атрымліваюць належнае абследаванне і лячэнне на амбулаторным этапе, што зніжае якасць іх жыцця.

3. Падставы захавання болевага сіндрома пасля ТЭТС характарызуюцца разнастайнасцю: ад ідэапатычнага болю да нестабільнасці кампанентаў эндапратэза, што патрабуе вялікай увагі да пацыентаў з эндапратэзам тазасцегнавога сустава.

ЛІТАРАТУРА

1. Дзянісаў, А. А. Болевы сіндром пасля эндапратэзавання тазасцегнавога: аўтарэф. ... канд. мед. навук / А. А. Дзянісаў. — Мінск, 2010. — 24 с.

2. Шыльнікаў, В. А. Алгарытмы дыферэнцыяльнай дыягностыкі болевага сіндрому пасля эндапратэзавання тазасцегнавога сустава / В. А. Шыльнікаў, А. А. Дзянісаў // Хірургія. — 2013. — № 2 — С. 20–24.

УДК 616-007.5-08

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ: ОПЫТ 8 ЛЕТ ПРАКТИКИ

Бронова А. А., Романюк Т. И., Дивович Г. В.

Научный руководитель: ассистент *Г. В. Дивович*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В Гомельской области ежегодно рождается от 4 до 15 детей с врожденной косолапостью [1]. Первоначальное лечение врожденной косолапости в Гомельской области с 2010 г. (травматолого-ортопедическое отделение Гомельской областной клинической больницы) проводится по методу Игнасио Понсети: постепенное устранение эквиноварусной деформации стоп этапными гипсовыми повязками с проведением подкожной ахиллотомии в 95 % случаев и последующим удерживающим лечением в гипсовых сапожках 6–8 недель, и переходом на брейсовое лечение [2].

По данным литературы в процессе лечения рецидивы косолапости встречаются до 40–50 % случаев, а при использовании метода И. Понсети — от 20 до 6 %. В последние 20 лет для устранения рецидивов эквиноварусных деформаций стоп используют малоинвазивные операции (минирелизы), которые не приводят к ригидным изменениям тканей, а процент повторных рецидивов косолапости после них снижается до 6 % [3, 4]. С 2010 г. в Гомельской области начато и внедрено в практику выполнение таких малоинвазивных хирургических релизных операций для лечения рецидивов врожденной косолапости.

Цель

Оценить результаты малоинвазивного хирургического лечения детей с врожденной косолапостью и ее рецидивами на базе УГОКБ в 2010–2018 гг., на базе УГОДКБ в 2018 г., а также провести анализ результатов хирургического лечения детей с рецидивами врожденной косолапости, развившихся после первичного лечения, проведенного до 2010 г. на тех же базах.

Материал и методы исследования

В 2010–2018 гг. в ортопедо-травматологическом отделении УГОКБ пролечено 78 детей (98 стоп) с врожденной косолапостью (основная группа). Кроме того, в этот же период был пролечен 41 ребенок с рецидивами врожденной косолапости, первичное лечение которых проводилось до 2010 г. (группа сравнения). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «Statistica» 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Основная группа. Все дети первоначально лечились по методике И. Понсети. Рецидивы выявлены у 17 пациентов — 21,8 % от общего количества детей.

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

Возрастные группы начала лечения	0–1 месяц, n = 22	1–3 месяца, n = 20	3–6 месяцев, n = 19	6–9 месяцев, n = 6	После 1 года, n = 11	Всего, n = 78
Число рецидивов	0 (0)	6 (35,4)	3 (17,6)	3 (17,6)	5 (29,4)	17 (100)

Исходя из таблицы 1 видно: в случаях начала лечения косолапости с рождения рецидивы отсутствуют. При задержке начала лечения в 1–3 месяца развиваются рецидивы, причем число составляет наибольший удельный вес по сравнению с детьми в возрасте 0–1 месяцев. Установлена обратная зависимость между появлением рецидивов и возрастной группой начала лечения.

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

Сторона поражения	Односторонняя косолапость		Двусторонняя косолапость	Всего
	правосторонняя	левосторонняя		
Число рецидивов	7 (41,17)	2 (11,76)	8 (47,05)*	17 (100)

Из таблицы 2 видно: при двусторонней косолапости у 47,05 % пациентов наблюдались рецидивы, что составило наибольший удельный вес по сравнению с остальными пациентами.

Лечение рецидивов (17 случаев) проведено консервативно гипсовой коррекцией у 4 пациентов, остальным проводились релизные операции. При оперативном лечении наблюдались хорошие результаты через 1–8 лет после лечения.

Согласно протоколу использования брейсов случаи рецидивов выглядят следующим образом (таблица 3).

Таблица 3 — Соблюдение протокола брейсового лечения, абс., %

Соблюдение протокола брейсового лечения		
соблюдали регулярно	нерегулярно	не соблюдали
4 (23,5) %	4 (23,5) %	9 (53) %

Исходя из данных таблицы 3: результатом формирования рецидивов в 76,5 % случаев (13 человек) является нарушение и несоблюдение брейсового режима при лечении врожденной косолапости.

Группа сравнения. За период исследования в травматолого-ортопедическое отделение Гомельской областной клинической больницы обратились 41 пациент (57 стоп) по поводу остаточных явлений и рецидивов (в основном) после консервативно и хирургического лечения одно- и двусторонней косолапости (первичное лечение проводилось до 2010 г.). Общее количество лечившихся детей с косолапостью в этот период — 71 человек. То есть случаи рецидивирования в этой группе составили 57,74 %. При лечении всех этих детей применялись методики Т. С. Зацепина и Г. А. Илизарова.

Выводы

По результатам нашего исследования при лечении детей с врожденной косолапостью по методу И. Понсети число рецидивов значительно меньше, чем при применении традиционных способов (по Зацепину и др.) — 22 против 58 %. При двусторонней косолапости рецидивы выявляются чаще.

При лечении детей с рецидивами врожденной косолапости после коррекции методом И. Понсети хирургические пособия заключались в выполнении релизных мягкотканых операций из минидоступов, в противовес к обширным и травматичным операциям при традиционных способах лечения.

Значительную роль в рецидивировании занимает нарушение родителями пациентов протокола лечения патологии, несвоевременное обращение за помощью при дебютных признаках возврата деформации.

Повторных рецидивов деформации стоп после выполнения малоинвазивных операций в процессе исследования не возникло и не было выявлено.

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. Понсети, И. Косолапость: лечение по методу Понсети / И. Понсети, Х. Моркуендэ, В. Моска; под ред. И. Понсети. — Global Help Organization. — 2003. — С. 32.
3. Сравнительная оценка динамического и традиционного методов лечения врожденной косолапости у детей: / В. В. Яврян [и др.] // *Медицинский Вестник Эребуни Ереван*. — 2010. — № 3. — С. 32–34.
4. Лоан, А. Лечение врожденной косолапости по методике Понсети / А. Лоан. — 2-е изд. — Global Help Organization. — 2012. — С. 57.

УДК 616.13-004.6:616.137.83/.86]-089.81

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ

Ванькович П. Э., Ванькович Е. А.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент *Г. А. Кошман*

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Переломы пяточной кости составляют от 1,1 до 5,7 % всех переломов костей скелета [1]. Механизм перелома пяточной кости, как правило, прямой — падение с высоты (83 %). Наблюдаются различные варианты переломов пяточной кости, наиболее часты и тяжелы ее внутрисуставные импрессионные переломы, составляющие до 92,8 % всех переломов пяточной кости. Данный тип повреждения, сопровождаются повреждением суставной поверхности подтаранного и пяточно-кубовидного суставов, приводят к развитию посттравматического деформирующего артроза, посттравматическому плоскостопию, вальгусной или варусной деформации заднего отдела стопы, хроническому болевому синдрому в области пятки [2].

Существующие методы лечения переломов пяточной кости не всегда приводят к желаемым результатам. Вопросы выбора консервативного или оперативного лечения при данном виде повреждений, являются предметом дискуссий и окончательно не решены. Проведение сравнительных исследований в этой области является одной из важных задач современной травматологии [3].

Цель

Оценить результаты хирургического и консервативного лечения переломов пяточной кости.

Материал и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование результатов лечения переломов пяточной кости 46 пациентов на базе УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» за период 2018–2019 гг.