

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.¹, Дейкало В. П.², Малиновская А. Е.¹*¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

²Учреждение 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 χ^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-