

1. канд.мед.наук: 14.00.33 / Салахов Эдуард Рафаилович – Москва, 2006. – 28 с.
2. Слесарев, В.Г. Совершенствование системы экстренной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях в Республике Казахстан: автореф. дисс... докт.мед.наук: 14.00.33 / Слесарев Владимир Георгиевич - Алматы, 2008 – 38 с.
3. Михеева, Т. И. Структурно-параметрический синтез систем управления дорожно-транспортной инфраструктурой: автореф. дисс... докт.тех.наук: 05.13.01 / Михеева Татьяна Ивановна – Самара, 2007. – 35 с.
4. Турковский, В.Б. Характеристика травматических повреждений, полученных в ходе ДТП у детей / В.Б. Турковский, И.С. Рузанов, В.Ю. Лукьянов // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2007. - №2 (16) апрель-июнь. – С. 18-20.
5. Окуневский, А.И. Разработка экспертной модели оценки предрасположенности водителей к созданию аварийных ситуаций и рационализация мер влияния на дорожно-транспортный травматизм: автореф. дисс... канд.мед.наук: 05.13.01 / Окуневский Андрей Игорьевич – Воронеж, 2008. – 28 с.
6. Радужкевич, В.Л. Оценка предрасположенности водителей автотранспорта к созданию аварийных ситуаций – поиск путей влияния на автодорожный травматизм / В.Л. Радужкевич, А.И. Окуневский // Скорая медицинская помощь: реальность и перспективы: сб. научно-практических работ. – Воронеж, 2006. – 54 с.
7. Окуневский А.И. Анализ факторов предрасположенности водителей автотранспорта к созданию аварийных ситуаций с целью влияния на дорожно-транспортный травматизм / А.И. Окуневский, В.Л. Радужкевич // Производственная и клиническая трансфузиология: реальность и перспективы: сб. научно-практических работ. – Воронеж, 2007. – С. 258-260.
8. Сошников, С. С. Роль алкогольного фактора в формировании потерь здоровья населения в результате дорожно-транспортных происшествий (на примере Москвы): автореф. дисс... канд.мед.наук: 14.00.33 / Сошников Сергей Сергеевич – Москва, 2008г. – 26 с.
9. Исаев, Н.Ю. Уголовная ответственность за нарушение правил дорожного движения и эксплуатации транспортных средств: автореф. дисс... канд.юр.наук: 12.00.08 / Исаев Николай Юрьевич – Москва, 2009. – 35 с.
10. Гвоздева, Е.В. Предупреждение уголовно наказуемых нарушений правил дорожного движения и эксплуатации транспортных средств (по материалам Приволжского федерального округа): автореф. дисс... канд.юр.наук: 12.00.08 / Гвоздева Екатерина Владимировна – Москва, 2007. – 35 с.
11. Закон РК "О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам обеспечения безопасности дорожного движения". Доступ свободный - <http://www.zakon.kz/114906-o-prinjatiji-parlamentom-rk-zakona-o.html>

УДК 617.586-007.5

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ

С.К. Нурланов

КГП на ПХВ «Детская областная больница», г. Павлодар

Резюме

При врожденной косолапости применение методики по Понсети в раннем возрасте сокращает сроки достижения требуемой коррекции стопы и обеспечивает дальнейшее анатомически правильное развитие стопы.

Тұжырым**ТУМЫСТАН БАР ҚИСЫҚ АЯҚТЫҚТЫҢ ОПЕРАЦИЯСЫЗ ЕМДЕУІ**

Туа пайда болған маймақ табан кезінде Понсети әдісін ерте жастағы балаларға қолдану аяқ басының қажетті түзелуінің уақытын қысқартады және одан кейінгі табанның анатомиялық толық және дұрыс дамуын қамтамасыз етеді.

Summary**CONSERVATIVE TREATMENT OF CONGENITAL CLUBFOOT**

In congenital clubfoot, using the Ponsenti method in young patients reduces the timing for required foot correction and provides ground for the further anatomic foot development.

Врожденная косолапость является одним из наиболее часто встречающихся ортопедических заболеваний детского возраста. По данным литературы, она встречается в 1-6 случаях на 1000 новорожденных и составляет 10-30% от всех видов аномалий развития опорно-двигательного аппарата(13,14).

До настоящего времени окончательно не решен вопрос о тактике и способах лечения. Одни авторы рекомендуют проводить длительное консервативное лечение и только при отсутствии эффекта, в возрасте 1,5-3 года прибегать к операции(10,12). Другие считают, что при консервативном лечении возможно полное выздоровление во всех случаях(2). Ряд исследователей считают, что при чисто консервативном лечении неудачи составляют от 27 до 47%(5). Однако на сегодняшний

день нет разногласий о сроках начала лечения врожденной косолапости. Все ортопеды единодушны в том, что начинать лечение детей с врожденной косолапостью необходимо с родильного дома (3). Определенный интерес представляют наблюдения, показавшие, что консервативное лечение, проведенное в течение первого года жизни ребенка, позволило вылечить 71% больных, а остальных подготовить к операции(6). По некоторым данным, если консервативное лечение начато до 3месяцев, то успех составляет 80%, если в возрасте 4-6месяцев- 57%, в 6-12месяцев - 48%, а после 12 месяцев - не более 10% (11). При начатом лечении после 6 месяцев от рождения, несмотря на первоначальный успех, в дальнейшем у половины детей имело место,

рецидивирующее течение, требующее уже в дальнейшем оперативного вмешательства (3,8).

До настоящего времени окончательно не решен вопрос о последовательности устранения отдельных компонентов косолапости. Так, некоторые авторы лечат косолапость с 4-недельного возраста, поочередно устраняя его компоненты (привидение, супинацию, эквинус) (3). Стопа после редрессации фиксируется гипсовой повязкой. Часть специалистов пользуется методикой J. Kite (1963), когда лечение начинается с 2 недель в специальных гипсовых повязках. В первую очередь устраняется привидение, затем супинация и эквинус. Считается недопустимым устранять эквинус до вправления таранной кости, что проявляется появлением «западения» - кпереди от наружной лодыжки (1). Вместе с тем отдельные специалисты, поддерживая мнение, что вправление таранной кости является обязательным условием выздоровления, рекомендуют устранять все элементы косолапости одновременно (9).

В нашем отделении консервативное лечение врожденной косолапости проводится с 1980 года. Результаты лечения не отличаются от общестатистических. С целью улучшения эффективности консервативного лечения врожденной косолапости с 2008 года мы стали применять метод лечения косолапости по Понсети. Анализ результатов лечения предоставляем в данной статье. Методика Понсети проста, но вместе с тем предусматривает четкое соблюдение принципов этапности и последовательности коррекции. Любое отклонение от правил ведет к затягиванию лечения, снижению качества положительных результатов, возникновению неблагоприятных результатов, возникновению рецидива.

Целью консервативного лечения по Понсети является устранение подвывиха в таранно-ладьевидном и подтаранном суставах.

Нами пролечено 43 ребенка. Начато их лечение с разных возрастов, поэтому количество этапов гипсования разное.

- 1 месяц (7 детей) 5-6 этапов гипсования
- 2 месяца (11 детей) 6-7 этапов гипсования
- 5 месяцев (8 детей) 8-9 этапов гипсования
- 7 месяцев (10 детей) 9-10 этапов гипсования
- 1 год (7 детей) 9-11 этапов гипсования.

Каждый этап гипсования рассчитан на 5-7 дней, при этом строго соблюдалась этапность, последовательность гипсования, по схеме предложенной Понсети акцентировались точки давления на стопе при мануальной коррекции. Целью этапов гипсования являлась:

- 1. Устранение аддукции (привидения стопы)
- 2. Устранение супинации стопы.

После этапов гипсования всем детям выполнялась ахиллотомия. Целью ахиллотомии являлась устранение эквинуса стопы и окончательное устранение подвывиха в подтаранном суставе. Накладывался последний гипс для коррекции эквинуса и всех элементов деформации на 3-4 недели. После снятия гипса лечение продолжалось с использованием брейсов. На первом этапе (3-4 месяца) брейсы носят постоянно, второй этап профилактический до (4-5 лет) брейсы одеваются только на ночное время. Оценка результатов проведена в сроки через 1 год, осмотрено 35 детей, у 12 детей в течении года мы наблюдали хорошее развитие мышечной системы, удовлетворительный анатомический рост стопы без рецидива косолапости, особенно у детей лечение, у которых начато в возрасте 1 и 2 месяцев. Из группы детей, которым лечение было начато с 7 и 12-месячного

возраста в 4-х случаях мы наблюдали рецидив косолапости, что составило 20%. Данным больным в последующем проведено оперативное лечение.

Выводы:

- 1) Данная методика лечения применима и эффективна при врожденной косолапости у детей до года.
- 2) Применение методики по Понсети в раннем возрасте сокращает сроки достижения требуемой коррекции стопы и обеспечивает дальнейшее анатомически правильное развитие стопы и голени.

Литература:

1. Евдакова В.П. Врожденная косолапость, опыт раннего лечения и отдаленные результаты: автореф. Канд.мед.наук.- Алма-Ата, 1958.- 22с.
2. Виленский В.Я., Шумейко В.Я. Оценка результатов лечения врожденной косолапости// сборник трудов ЦИТО. – М., 1981г. - №24. - С.73-74
3. Джалилов П.С., Холходжаве М., джалилов А.П., ергалиев У. Функциональный метод лечения врожденных деформаций стоп у новорожденных// Полиативная медицина и реабилитация. – Ташкент, 1991. - С.99-102
4. Баталов О.А. Результаты консервативного лечения врожденной косолапости повязкой НИИТО// Актуальные вопросы дет. Травм. И ортопедии: Материалы научно-практ.конф. дет. Травм. и ортоп. России. – СПб., 1993. - С.133
5. Пилипенко Н.П. Деротационная съемная распорка при лечении врожденной косолапости// Профилактика, диагностика и лечение повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей: Материалы всеросс. Научно-практ. Конф.- спб., 1995.- СВ.265-266
6. Веселовская Ю.А., Каракай М.И., Шхалахова А.Т. Особенности оперативного лечения врожденной косолапости у детей в возрасте до года// Патология крупных суставов и другие актуальные вопросы дет.травм. и ортоп. – СПб., 1998. - С.258-259
7. Исмаилов Г.Р., Шуров В.А., Кузаков А.И. Опорная функция конечности у больных с дефектами стоп// Гений ортопедии.- 1998.- №1. - С.5-7
8. Давлетшин Р.И. Гипсовая повязка как инструмент для коррекции врожденных деформаций стоп у детей// Патология крупных суставов и другие актуальные вопросы травм. И ортопедии. – СПб., 1998. – С.236-237
9. Беренштейн С.С., чумак И.А., Беренштейн Э.С. Особенности анатомии скелета стопы при врожденной косолапости у плодов//Ортопедия, травматология и протезирование. – 1999. - №1. – С.21-24
10. Шевцов В.И., Дьячкова Г.В., Исмаилова Г.Р., Козьмина Т.Е. Рентгенологическая характеристика костей при деформациях стоп// Гений ортопедии.- Курган, 2000.- №4. - С.79-81.
11. Бушуев Ю.И., Баталов О.А. Некоторые вопросы этиопатогенеза врожденных деформаций стоп// Реабилитация больных с травмами и заболеваниями опорно-двигательной системы. Перспективы развития: сб. Научных трудов. – Иванова, 2000. – кн.4. - С205-208
12. Фальков И.В., Горлатанова М.Ю., Муромцев Е.Э., Перемыслов З.В., Фалькова А.В. Осложнение при оперативном лечении врожденной деформации стоп// Травматология и ортопедия XXI века: сб. Тезисов докладов V111 съезда травм. И ортопедов России.- Самара, 2006.- С.1149