

А.С. Ревкович

**ОПЫТ НОВОСИБИРСКОГО НИИТО В ЛЕЧЕНИИ КОСОЛАПОСТИ***Новосибирский НИИТО (Новосибирск)*

Тяжелые формы косолапости при отсутствии или нерациональном лечении ведут к инвалидизации. В практику активно входит метод И. Понсети, эффективность которого при соблюдении всех этапов лечения достигает 94–96 % (Ponseti I.V., 2000). Нет единого мнения по ведению пациентов старшей возрастной группы с атипичными ригидными формами косолапости или рецидивами.

**Цель:** разработка и обоснование дифференцированного подхода в лечении косолапости у детей первых лет жизни.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Методика И. Понсети предполагает этапные биомеханически обоснованные гипсовые повязки, по показаниям транскутанная ахиллотомия, гипс в положении гиперкоррекции, ортезирование брейсами. Мы придерживаемся следующего алгоритма лечения: всем пациентам в возрасте до 28 мес., а также старше 28 мес. с типичной формой, ранее не оперированным, мы проводим этапное гипсование по методике И. Понсети, в сочетании с транскутанной ахиллотомией при неустранимом ригидном эквинусе. Важно получить гиперкоррекцию стопы с низведением пяточной кости перед заключительной гипсовой повязкой. У пациентов старше 28 мес. с атипичной косолапостью или рецидивами после оперативного лечения, в зависимости от ригидности компонентов деформации мы применяем вмешательства с минимальной травматичностью и эффективностью в достижении коррекции: транспозиция сухожилия передней большеберцовой мышцы, клиновидная остеотомия костей предплюсны, монтаж аппарата внешней фиксации с постепенным устранением всех элементов косолапости. При ригидном эквинусе выполняется транскутанная ахиллотомия. Пациентам с тарзальной коалицией выполняется резекция коалиции и артродез смежных суставов. После костно-пластических вмешательств, минуя брейсование, назначаем ортопедическую обувь.

**РЕЗУЛЬТАТЫ**

В Новосибирском НИИТО пролечено 46 детей с врожденной косолапостью различной тяжести (всего 69 стоп = клинических случаев). Мальчиков – 30, девочек – 16. Правосторонняя форма была у 16 пациентов, левосторонняя – у 7, двухсторонняя – у 23. По возрасту: 0–12 месяцев – 21 пациент, от 12–28 мес. – 13, старше 28 мес. – 12. В 48 клинических случаях лечение начиналось с гипсования по методике И. Понсети: в 33 коррекция всех компонентов деформации достигнута этапной сменой 3–5 повязок, в 15 случаях потребовалось выполнение транскутанной ахиллотомии. Ношение брейсов по протоколу. В 15 случаях применялся аппарат внешней фиксации с постепенным устранением всех элементов косолапости. В 6 случаях выполнялась корригирующая остеотомия кубовидной кости с перемещением клина на медиальную клиновидную кость. Несращения сухожилия, разрывов регенерата, общехирургических осложнений нами не наблюдалось. Наблюдение демонстрирует стабильные результаты, функциональную и рентгенологическую сохранность суставов стоп.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Дифференцированный подход к лечению косолапости у детей первых лет жизни позволяет исключить травматическое вмешательство и снижает процент неудовлетворительных результатов и рецидивов.

**Л.В. Розова, З.С. Науменко, Н.В. Годовых, Н.М. Ключин****АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ МИКРООРГАНИЗМОВ,  
ВЫЯВЛЕННЫХ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ***Российский научный центр восстановительной травматологии и ортопедии  
им. акад. Г.А. Илизарова (Курган)*

Наиболее часто встречающиеся формы остеомиелита – гематогенный и посттравматический. Гематогенный остеомиелит, как правило, возникает в детском возрасте, чаще поражаются длинные кости (бедренная, берцовые, плечевая). Основным возбудителем является стафилококк (до 90 % случаев) или его ассоциации с различными микроорганизмами. Инфицирование организма и проникновение микробов в кровяное русло могут происходить через поврежденную кожу, слизистые оболочки, лимфоидное

глоточное кольцо. Самопроизвольное излечение нередко обманчиво; возможны повторные вспышки оставшейся в костной ткани дремлющей инфекции, т. е. рецидивы остеомиелита. Как консервативное, так и хирургическое лечение предусматривает рациональное использование антибиотиков, включающее знание спектра возбудителей и их антибиотикограмм.

**Цель:** оценка антибиотикочувствительности бактерий, выделенных у больных хроническим гематогенным остеомиелитом до оперативного вмешательства.

Микробиологическому исследованию подвергали отделяемое из ран и свищей. Видовая идентификация осуществлялась как общепринятыми методами, так и с использованием бактериологического анализатора «АТВ Expression» фирмы «BioMerieux», Франция. Антибиотикочувствительность микроорганизмов определяли диско-диффузионным методом (МУК 4.2.1890-04) и с помощью микротест-систем «АТВ СТАРН 5».

Результаты обследования больных хроническим гематогенным остеомиелитом ( $n = 24$ ) показали, что наиболее часто из свищей в дооперационном периоде у больных выделялись штаммы *Staphylococcus aureus* — 79,2 %. Коагулазонегативные стафилококки (*S. epidermidis*) обнаружены у 8,3 % больных. В единичных случаях выявлялись энтерококки. Неферментирующие бактерии (*Pseudomonas aeruginosa*, *Shewanella putrefaciens*) встречались у 20,9 % больных, энтеробактерии (*Enterobacter* sp., *Escherichia coli*) — 8,3 % больных. Установлено, что штаммы *S. aureus* отличались наибольшей чувствительностью к действию цефалоспоринов — доля метициллинрезистентных *S. aureus* составила 16,7 % штаммов. Высокой активностью обладали также гентамицин — 77,8 % и ципрофлоксацин — 76,5 %. Умеренной клинической эффективностью характеризовались эритромицин, клиндамицин и тетрациклин — 55,6 %, 58,3 % и 37,5 % нечувствительных штаммов соответственно. В то же время коагулазонегативные стафилококки отличались низкой чувствительностью к действию антибиотиков, проявляя резистентность ко всем бета-лактамам антибиотикам (метициллинрезистентные штаммы). Все выделенные штаммы стафилококков были чувствительны к действию ванкомицина. Среди грамотрицательной микрофлоры полирезистентных штаммов не выявлено.

Таким образом, проведенное исследование показало, что в структуре микрофлоры у больных хроническим гематогенным остеомиелитом в дооперационном периоде преобладают грамположительные бактерии. Препаратами выбора для терапии больных, у которых выделяются стафилококки, являются цефалоспорины (III поколение), аминогликозиды и фторхинолоны, в случае детекции метициллинрезистентных штаммов — ванкомицин.

**Д.В. Рыжиков, Е.В. Губина, А.Л. Семенов**

## **ОПЫТ НОВОСИБИРСКОГО НИИТО В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

*Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (Новосибирск)*

За последние пятнадцать лет отмечается трехкратный рост заболеваемости детским церебральным параличом (ДЦП) в РФ, доминируют спастические формы (спастическая диплегия, гемиплегия, двойная гемиплегия — по классификации К.А. Семеновой, 1969).

**Цель:** оптимизация хирургического лечения ортопедической патологии пациентов с ДЦП.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Ортопедическую патологию при спастических формах ДЦП можно разделить на три группы:

- спастическая нестабильность тазобедренных суставов;
- спастическая деформация стоп (чаще эквино-плано-вальгусная);
- контрактуры конечностей.

В 2007—2010 гг. в детской клинике Новосибирского НИИТО оперировано 367 больных со спастическими формами ДЦП: у 146 оперирована спастическая нестабильность тазобедренных суставов; у 207 скорректированы деформации стоп; у 46 изолировано устранялись контрактуры конечностей. Пациенты динамически наблюдаются: проводятся клинический осмотр, рентгенологические исследования, компьютерная стабилметрия.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

Описанные выше методы лечения показывают свою эффективность и стабильные результаты. Считаем, что одноэтапное ведение пациентов с коррекцией спастической нестабильности тазобедренных суставов и патологической позы сокращает срок вынужденного постельного режима, уменьшает потерю