

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