

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР ДЕТСКОЙ ОРТОПЕДИИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ «ВРОЖДЕННАЯ
КОСОЛАПОСТЬ»**

Ташкент – 2025

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор РНДО
А.Б. Гиляков

22.05.2025 год



**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ «ВРОЖДЕННАЯ
КОСОЛАПОСТЬ»**

Ташкент – 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ:

1.	НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ВРОЖДЕННАЯ КОСОЛАПОСТЬ»	5-стр
2.	НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ ««ВРОЖДЕННАЯ КОСОЛАПОСТЬ»»	17-стр
3.	НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ВРОЖДЕННАЯ КОСОЛАПОСТЬ»	22-стр

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«ВРОЖДЕННАЯ КОСОЛАПОСТЬ»**

ТОШКЕНТ 2025

1. Вводная часть

МКБ-10	
Код	Название
Q 66.0	Конско-варусная косолапость https://mkb-10.com/index.php?pid=16461
Q 66.1	Пяточно-варусная косолапость https://mkb-10.com/index.php?pid=16461
Q 66.2	Варусная стопа https://mkb-10.com/index.php?pid=16461
Q 66.4	Пяточно-вальгусная косолапость https://mkb-10.com/index.php?pid=16461

МКБ-11	
Код	Название
LB98.00	Talipes equinovarus https://www.findacode.com/icd-11/block-2122176884.html
LB98.01	Talipes calcaneovarus https://www.findacode.com/icd-11/block-2122176884.html
LB98.01	Metatarsus varus https://www.findacode.com/icd-11/block-2122176884.html
LB98.0Y	Другие уточненные врожденные варусные деформации стоп https://www.findacode.com/icd-11/block-2122176884.html
LB98.0Z	Врожденные варусные деформации стоп неуточненные https://www.findacode.com/icd-11/block-2122176884.html

Дата разработки и пересмотра национального клинического протокола

Национальный клинический протокол разработан в 2025 году. Пересмотр протокола осуществляется каждые 5 лет или при изменении уровня доказательности диагностики, лечения, реабилитации и профилактики.

Ответственное учреждение по разработке национального клинического протокола:

Республиканский центр детской ортопедии (РЦДО).

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы:

1.	Тиляков А. Б.	Директор РЦДО	РЦДО
2.	Алписбоев Х.Ш.	Заместитель директора Республиканского центра детской ортопедии по лечебной части и заведующий отделения патологии тазобедренного сустава	РЦДО
3.	Шамукимов Ш. А.	заведующий отделения патологии тазобедренного сустава, кисти и стопы.	РЦДО
4.	Мирзаев А.Г.	к.м.н, заведующий отделения нейроортопедии	РЦДО
5.	Мирпаязов А.Х	заведующий отделения патологии позвоночного столба и грудной клетки	РЦДО
6.	Турсунова С. А.	к.м.н., специалист Республиканского центра детской ортопедии.	РЦДО
7.	Садиков С. А.	специалист Республиканского центра детской ортопедии.	РЦДО
8.	Жалолов Х. А.	специалист Республиканского центра детской ортопедии.	РЦДО

Список основных авторов:

1. Тиляков А. Б. – д.м.н., директор Республиканского центра детской ортопедии.
2. Алписбоев Х.Ш.– к.м.н, заместитель директора Республиканского центра детской ортопедии по лечебной части и заведующий отделения патологии тазобедренного сустава
3. Шамукимов Ш. А. – заведующий отделения патологии тазобедренного сустава, кисти и стопы.

Рецензенты:

Кенис Владимир Маркович

д.м.н., Национальный медицинский
исследовательский центр
детской травматологии и ортопедии имени
Г.И. Турнера

Равшанов Шавкат Ньматуллаевич

к.м.н., руководитель отделения РСНПМЦТО

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации травматологов Узбекистана, организаторов здравоохранения.

Руководитель рабочей группы - д.м.н. Тиляков А.Б., директор РЦДО

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Салиев М.М. - Заместитель директора по научной работе РСНПМЦТО, к.м.н.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Список сокращений

МСК	мультиспирал компьютер томографияси
МРТ	магнит-резонансли томография
ЛФК	лечебная физкультура
ЭНМ	электронейромиография
УЗИ	Ультразвуковая диагностика
ЭКГ	электрокардиография
ВБК	Областной детский многопрофильный медицинский центр
ТТБ	районное медицинское объединение

Пользователи протокола:

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, филиалы центра с юридическим статусом, филиалы центра на базе Областного многопрофильного медицинского центра, отделения травматологии и ортопедии на базе высших учебных заведений, областная многопрофильная медицинская поликлиника, отделения травматологии и ортопедии районных/городских медицинских центров, врачи-травматологи и ортопеды и семейные врачи районных/городских многопрофильных медицинских поликлиник. Рентгенологи, невропатологи, педиатры, врачи общей практики, физиотерапевты, реабилитологи, анестезиологи-реаниматологи, студенты медицинских вузов, ординаторы, магистры.

Категория пациентов в данной нозологии.

Больные с врожденной синдактилией.

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств):

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)

В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

1. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, базы данных MEDLINE.

Глубина поиска составляла 5 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

1. Консенсус экспертов;
2. Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается)

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (Таблица 1)

Уровни доказательств	Описание
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай- контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

1. Обзоры опубликованных мета-анализов;
2. Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу, вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований, и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций. Была использована разработанная и модифицированная на отделении хирургии кисти и стопы РЦДО шкала оценки функции кисти у детей, включающая оценку по шести основным видам схвата, а также опросник субъективных ощущений пациента (родителя или опекуна).

На процессе оценки несомненно может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств:

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (Таблица 2):

Сила	Описание
В	группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененную, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
С	группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененную, как 2+, напрямую применимого к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++

Индикаторы доброкачественной практики (GoodPracticePoints - GPPs):

базируется на клиническом опыте отделения кисти и стопы РЦДО Министерства здравоохранения Узбекистана и на личном клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Уровень доказательств (2++, 2+, 2-), сила рекомендаций (В – С) и индикаторы доброкачественной практики (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

1. Внешняя экспертная оценка
2. Внутренняя экспертная оценка

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых терапевтов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была так же направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причин отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Проект рекомендаций был рецензирован так же независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Врожденная косолапость- представляет собой группу врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата и характеризуется эквиноварусной деформацией стопы.

Этиология и патогенез

Существует несколько теорий этиологии врожденной косолапости. Древнейшей из них является механическая теория, связывающая появление деформации с механическим воздействием во время развития плода в утробе матери. Теория врожденных пороков эмбриона объясняет появление патологии нарушением основания и задержкой формирования стопы и пятки стопы во внутриутробном периоде. Согласно нервно-мышечной теории, причиной врожденной косолапости является недоразвитие концевых отделов спинного мозга и нарушение иннервации передней наружной группы мышц голени. В последние годы существуют мнения о диспластическом процессе соединительной ткани в основе врожденного порока развития. Согласно современным исследованиям, к появлению врожденного порока развития могут привести как внешние воздействия на плод, так и генетические причины.

Классификация косолапости:

По этиологии:

- а) Типичный
- б) Атипичный

По патогенезу:

- а) мягкотканый тип
- б) костный тип

По локализации:

- а) односторонний (правый, левый)
- б) двусторонний

Формирование диагноза у больных с врожденной косолапостью:

При диагностике больного с врожденным пороком развития рекомендуется следующая последовательность: этиология, сторона деформации, тип. Например:

- Врожденная правосторонняя косолапость, мягкотканый тип.
- Врожденная двусторонняя косолапость, костный тип.

ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ

Анамнез:

1А

Рекомендуется оценить:

- сведения о тяжести жалоб пациента и его родителей;
- время возникновения жалоб и динамика изменений;
- история предыдущего лечения;
- наличие сопутствующей патологии;
- наличие аллергии на пищевые продукты и лекарства.

Патология врожденная, при обследовании после рождения больного выявляют характерные признаки - эквинус, супинация и приведение. Врач спросит у родителей пациента, когда появилось это состояние и какие обследования и лечение проводились до сих пор.

Физический осмотр:

1А

Рекомендуется провести общеклинический осмотр пациента с оценкой ортопедического состояния.

При осмотре ребенка необходимо обеспечить спокойную обстановку как ребенку, так и его родителям. Чтобы малыш чувствовал себя максимально спокойно и защищено, осмотр стопы можно проводить на руках мамы. В это время можно отвлекать ребенка соской, бутылочкой молока или игрушкой. Ребенка следует полностью раздеть и положить на стол или диван.

- При клиническом обследовании врожденный порок развития определяют на основании следующих клинических признаков:

- *pes equinus* – свисание лапы вниз;
- • *pes varus* (супинация) – наклон пяточной кости в медиальную сторону;
- • *pes adductus* – поворот передней части стопы внутрь;

Лабораторное обследование:

Специфических лабораторных тестов на врожденной косолапости не существует. Показания к лабораторным исследованиям появляются во время подготовки больного к оперативному лечению.

Инструментальные исследования:

Обязательный метод проверки

2В

Рентгенологическое исследование позвоночника рекомендуется на всех этапах наблюдения за пациентом.

Клинический осмотр является основным методом обследования при врожденной косолапости. В позднем периоде заболевания и с целью контроля за течением заболевания, оценки динамики развития деформации и эффективности лечения следует проводить прямую рентгенографию стоп не реже одного раза в год.

МСКТ и МРТ позвоночника назначают при подозрении на врожденные аномалии развития позвоночника и спинного мозга.

Признаки	идиопатический	Постуральный (Позиционный)	Нейрогенный	Синдромальный
Анамнез	Появление деформации без каких-либо причин	Характерны высокие антропометрические показатели плода, малые размеры матки.	Расстройство нервной системы, подтвержденное инструментальным обследованием.	Наличие дополнительных врожденных ортопедических синдромальных заболеваний.
Клиника	Наличие эквинокаво-варусной деформации различной жесткости.	Наличие подвижной эквинокаво-варусной деформации.	Спастический или вялый парез мышц ног.	Наличие эквинокаво-варусной деформации различной жесткости.

Дифференциальная диагностика:

Возникновение осуществляется при деформациях стоп других причин. Врожденная деформация стопы характеризуется наклоном и супинацией пятки переднего отдела стопы по линии сустава Лисфранка, выпячиванием или утолщением костных костей, выраженной деформацией костей стопы, атипичным прикреплением икроножных мышц. Выделяют две формы врожденной деформации стопы: типичную и атипичную. По тяжести патологии различают такие виды, как легкая, среднетяжелая и тяжелая.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ
«ВРОЖДЕННАЯ КОСОЛАПОСТЬ»**

1. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСАЛОПОСТИ

Общие принципы лечения

Перед началом лечения родителей следует проинформировать о заболевании врожденного порока развития и объяснить способы его лечения. Выбор метода лечения больных с врожденными пороками развития зависит от многих факторов (возраста, степени деформации, наличия смежных патологий, наличия возможности усиления лечебных мероприятий, квалификации медицинского персонала и др.) и решается индивидуально для каждого случая. При этом существуют общие рекомендации, подтвержденные международным опытом, следование которым обеспечивает длительность и эффективность лечения. Основным методом лечения врожденных пороков развития в возрасте до 2 лет является консервативный метод, который проводится в амбулаторных условиях. Лечение врожденной косалопости старше 2 лет в основном проводят хирургическим путем в стационарных условиях, при наличии противопоказаний к операции - выбирают консервативный метод лечения.

Консервативное лечение

Консервативный метод лечения предполагает постепенное наложение гипсовой повязки по методу Понсети. В настоящее время «золотым стандартом» лечения косалопости во всем мире является четырехэтапный метод Понсети (Понсети И.В., 1996): 1 – I. По принципам, разработанным Понсети, гипсовая коррекция (полное устранение) элементов косалопости, добиваясь коррекции до 70° отведения, без исправления эквинусной деформации); 2 — ахиллотомия; 3 – фиксация достигнутого результата с помощью брейсов; 4 - транспозиция передней большой мышцы голени на 3-ю плюсневую кость.

Инструкция по использованию метода Понсети:

- Данная технология применяется при идиопатической врожденной косалопости любой степени тяжести у детей до 2 лет.
- Данная технология может использоваться как самостоятельное лечение или в сочетании с другими методами лечения врожденной косалопости у детей старше 2 лет, а также других врожденных и приобретенных пороков развития.

Противопоказания к использованию метода:

- Острые инфекционные заболевания.
- Декомпенсированные соматические заболевания (до компенсации).
- Декомпенсированные неврологические заболевания и синдромы.

Оперативное лечение

А

При неэффективности консервативного лечения, быстром нарастании деформации, обнаружении выраженной деформации при первом осмотре у ранее нелеченного пациента рекомендуется оперативное лечение.

Компрессионно-дистракционный остеосинтез по методу Илизарова, чрескожная ахиллотомия с последующим наложением гипсовой повязки. При неэффективности вышеуказанного метода и пациентам с возрастными ограничениями (старше 1 года) рекомендуется оперативное лечение методом чрескожной ахиллотомии с наложением корректирующего гипса.

Инструкции по тенотомии:

Выпрямление ног 60-70°.

Голеностопный сустав находится в вальгусном или среднем положении. Тенотомию нельзя выполнять в варусном положении голеностопного сустава, так как это не обеспечивает достаточной коррекции.

В случаях неэффективности и/или рецидива косападности у пациентов старше 3 лет проводят компрессионно-дистракционный остеосинтез по методу Илизарова. Срок коррекции гипсовой повязкой составляет около 1,5 месяцев. В случаях чрескожной ахиллотомии этот срок составляет 1 месяц. При использовании аппаратов Илизарова срок фиксации с последующим лечением гипсом составляет в общей сложности 4 мес (3 мес фиксации аппаратом Илизарова, 1 мес в гипсовой повязке).

Медикаментозная терапия при косападности состоит из обезболивающей и общеукрепляющей терапии независимо от метода лечения.

Противопоказания к операции:

- тяжелая анемия*
- тяжелые соматические заболевания*
- эпилепсия*
- кахексия*

Предоперационные обследования:

Обязательные обследования:

- 1. Рентгенография и ЭНМГ нижних конечностей.*
- 2. Лабораторные и функциональные исследования:*

*Общий анализ крови;
Общий анализ мочи;
Определение группы крови и резус-фактора;
Коагулограмма;
Биохимический анализ крови;
ЭКГ.*

Дополнительные исследования (при наличии медицинского назначения на обследование и необходимого оборудования для проведения исследования):

- Исследование функции внешнего дыхания (спирография)*
- Исследование состояния мышц и нервов ног (ЭНМГ)*
- УЗИ внутренних органов*
- МРТ позвоночника.*

Осмотр специалистов:

Обязательно: педиатр (терапевт), анестезиолог

Дополнительно: невролог, кардиолог, гематолог и т.д.

Анестезиологическое обеспечение

После лабораторного и функционального обследования больной осматривается анестезиологом-реаниматологом. Согласно инструкциям, было согласовано проведение дополнительных обследований, консультаций соответствующих специалистов и подготовительных лечебных мероприятий.

Предоперационное планирование

На основании данных клинико-инструментального обследования (рентгенографии, ЭНМГ) установлены ведущие компоненты деформации (эквинус, приведение, варус всей голени и ее отделов) и размеры лигаментокапсулотомии, необходимые и достаточные для коррекции всех компонентов деформации.

Подготовка пациента перед операцией

Опорожнение кишечника и санацию кожи в области разреза производят по общепринятой в хирургии методике.

Состояние больного во время операции

Положение ребенка на столе – лежа на спине, нижняя часть ноги – в положении внешней ротации. Когда ребенок лежит на животе – нижней части ноги – в положении наружной ротации. Ахиллотомию можно делать, пока ребенок лежит на животе.

Техника операции:

- Ассистент держит ноги прямыми, колени прямыми, а пятки согнутыми наружу, чтобы ахилл оставался напряженным. Лезвие скальпеля прокалывают на 1 см выше складки, с внутренней стороны сухожилия, параллельно сухожилию, так, чтобы режущая сторона была направлена в проксимальном направлении. После этого лезвие медленно скручивают и перемещают вбок до полного пересечения сухожилия. Раздается щелкающий звук, и стопа поворачивается в тыльное сгибание.
- Рану закрывают стерильной повязкой и контролируют в течение 5 минут для определения возможности кровотечения. Окончательная гипсовая повязка накладывается с максимальным тыльным сгибанием и разгибанием. При этом положение ноги должно соответствовать выпрямлению на 60-70° и сгибанию на 15-30° у детей раннего возраста, выпрямлению на 30-60° и сгибанию на 10-20° у детей раннего возраста.
- Обычно после ахиллотомии требуется только один слой гипса, но в сложных случаях (например, тяжелая форма эквинуса) может потребоваться дополнительная гипсовая повязка для достижения тыльного сгибания. В этом случае повязку меняют через 4-7 дней после тенотомии, причем последнюю повязку используют в течение 3 недель у маленьких детей и 4 недель у детей старшего возраста.

Послеоперационный этап

После операции больной может продолжать находиться в отделении интенсивной терапии или быть переведен в общую палату в зависимости от анестезиологических и реанимационных условий. Затем при необходимости проводят мероприятия интенсивной терапии, необходимые для стабилизации общего состояния и достижения достаточного обезболивания.

Первые сутки после операции больной лежит на спине. Затем разрешается поднять головы под углом 45 градусов.

Рану перевязывают ежедневно.

Лечебную физкультуру и дыхательную гимнастику начинают через 3-5 дней после операции.

Послеоперационный лабораторный мониторинг

На следующий день будет сделан общий анализ крови.

Биохимическое исследование крови (согласно инструкции).

Рентгенограмма костей стопы в двух стандартных проекциях для объективной оценки послеоперационного результата.

Послеоперационный лабораторный мониторинг

С целью контроля уровня гемоглобина и воспалительных изменений в крови проводят общий анализ крови по инструкции до появления положительной динамики (в дальнейшем – по инструкции).

Биохимический анализ крови (по инструкции).

Использование лекарств после операции

Для профилактики гнойно-воспалительных осложнений назначают антибиотики широкого спектра действия не менее 3-5 дней (доза зависит от массы тела и состояния больного).

Учитывая выраженность болевого синдрома, назначают анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты.

Больной выписан из хирургического стационара со следующими рекомендациями:

- контроль гипсовой повязки.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ
«ВРОЖДЕННАЯ КОСАЛОПОСТЬ»**

1. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Наблюдение за больными, проходящим консервативное лечение в амбулаторных условиях.

Пациенты, получающие консервативное лечение, должны проходить осмотр у ортопеда не реже одного раза в год до окончания периода роста. В это время больным следует ежедневно, несколько раз в день, выполнять физические упражнения. Массаж стоп, электрофорез с хлоридом кальция, парафиновые аппликации проводят 2-4 раза в год по 10 дней.

Динамическое наблюдение за оперированными больными

После операции больной может продолжать находиться в отделении интенсивной терапии или быть переведен в общую палату в зависимости от анестезиологических и реанимационных условий. Затем при необходимости проводят мероприятия интенсивной терапии, необходимые для стабилизации общего состояния и достижения достаточного обезболивания.

Первые сутки после операции больной лежит на спине. Затем разрешается поднять кончик головы под углом 45 градусов.

Рану перевязывают ежедневно.

Лечебную физкультуру и дыхательную гимнастику начинают через 3-5 дней после операции.

Послеоперационный лабораторный мониторинг

На следующий день будет сделан общий анализ крови.

Биохимическое исследование крови (согласно инструкции).

Рентгенограмма костей голени в двух стандартных проекциях для объективной оценки послеоперационного результата.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Большинству больных с косалопостью медицинская помощь оказывается в плановом и преимущественно амбулаторном порядке. Детей с подозрением на косалопость следует направить к участковому ортопеду, обследовать и поставить на диспансерное наблюдение.

Объем медицинской помощи, оказываемой в районном медицинском учреждении:

- клиническое обследование;
- рентген стопы;
- на начальных стадиях заболевания и в период наблюдения после операции
- консервативное лечение по назначению врача-ортопеда;

В отдаленном периоде усиление деформации стоп является показанием для направления больного к специалистам областного центра.

В областном детском многопрофильном медицинском центре:

полное клинико-лабораторное обследование, консервативное лечение и продолжение ношения брекетов. Выявление пациентов, которым родителям сложно организовать консервативное лечение;

Оперативное лечение (при наличии специалистов и необходимого технологического оборудования).

Объем медицинской помощи, оказываемой в специализированных центрах:

- Оказывать консультативно-методическую помощь на местах областным и районным специалистам;
- консультация пациентов, направленных из региональных медицинских учреждений;
- проведение лабораторного обследования больных тяжелыми формами эпилепсии;
- оперативное лечение;
- динамическое наблюдение за пациентами.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Данные критерии оценки качества медицинской помощи (далее – критерии качества) используются для оценки эффективности ортопедической помощи, правильного выбора профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных методов, уровня достижения запланированного результата в период лечения, период специализированной медицинской помощи в районных, областных и республиканских ортопедических учреждениях.

Критерии оценки результатов консервативного лечения:

Хороший результат – деформация устранена, достигнута полная коррекция;

Результат удовлетворительный – вторичные деформации стопы остались;

Неудовлетворительный результат – недостаточная коррекция и повышенная деформация, вторичные деформации.

Критерии оценки результатов оперативного лечения:

Хороший результат – деформация устраняется, полностью корректируется и достигается косметический эффект;

Результат удовлетворительный – вторичные деформации стопы остались;

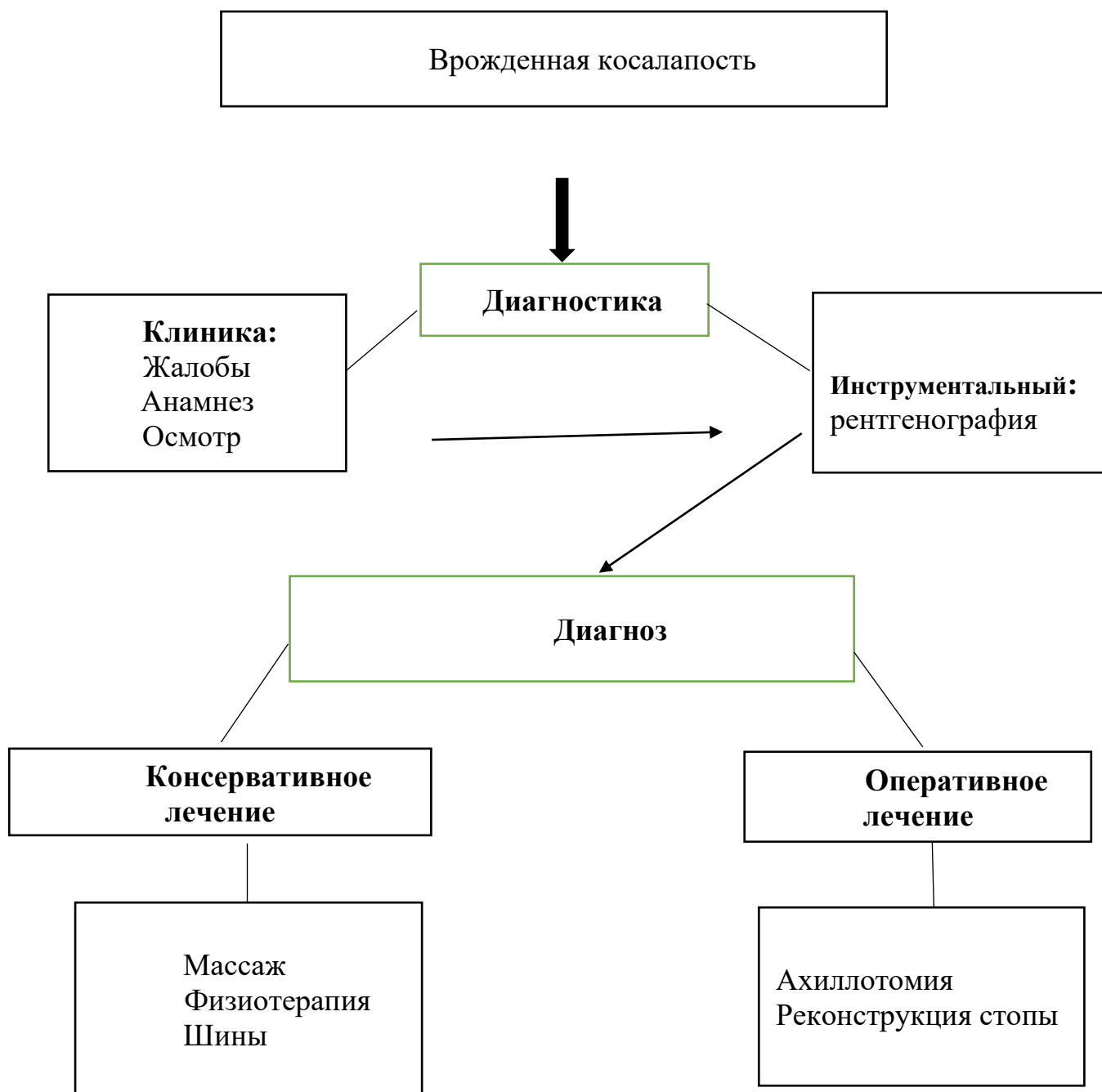
2- стол

Критерии оценки медицинской помощи

п/н	Критерии оценки	аттестация
•	Пациент прошел внешний осмотр.	Да/нет
•	Сделали рентген стоп.	Да/нет
•	Назначено консервативное лечение: лечебная гимнастика, массаж, парафин, физиотерапия, гипсовая повязка.	Да/нет
•	Были проведены предоперационные лабораторные исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ мочи, ЭКГ.	Да/нет
•	После операции были применены необходимые медикаменты, физиотерапия и другие восстановительные мероприятия.	Да/нет
•	Осмотр пациента был проведен в указанные сроки.	Да/нет
	Оперативное лечение проводят при неэффективности	Да/нет

•	консервативного лечения.	
•	После операции применяют медикаментозное лечение физиотерапию и другие восстановительные мероприятия.	Да/нет
•	Обследование больного проводится в указанные сроки.	Да/нет

Алгоритм диагностики и лечения врожденной косалапости



Информированное согласие пациента на медицинское лечение (в больничных условиях)

Медицинская помощь – вид медицинского обследования и (или) медицинских манипуляций с больным, оказывающий воздействие на физическое или психическое состояние человека и имеющий профилактическое, исследовательское, диагностическое, лечебное и реабилитационное направление.

1. Я, _____, _____,
« _____ » _____
(пациент или доверенное лицо Ф.И.О.)

Я родился в _____, я зарегистрирован по следующему адресу _____,

—, _____
(адрес проживания пациента или доверенного лица)

Я даю согласие на запланированную медицинскую процедуру _____

_____ (Название медицинского учреждения)

2. Мне в доступной форме объяснили планируемые медицинские процедуры, их последствия, ожидаемые результаты будущего обследования, диагностики и/или лечения, включая возможность осложнений, а также последствия отказа от медицинского вмешательства.

3. Я осознаю, что невозможно точно спрогнозировать результат и исход медикаментозного лечения. Я понимаю, что любое лечение или операция могут быть в некоторой степени опасными для жизни и могут привести к временной или постоянной, частичной или полной инвалидности, и что нет никаких гарантий относительно результатов медицинских процедур.

4. Я понимаю, что при проведении диагностических, лечебных и других вариантов медицинских процедур могут возникнуть непредвиденные экстренные ситуации и осложнения. В таких ситуациях я разрешаю врачам изменить лечение.

5. Я понимаю, что для того, чтобы дальнейшее лечение было более эффективным, я должен сообщить своему врачу обо всех проблемах со здоровьем, включая индивидуальные аллергические состояния на лекарства и пищевые продукты, а также о своей реакции на курение, алкоголь, наркотики или токсичные препараты.

6. Я понимаю, что во время операции может быть потеряна кровь и мне может потребоваться переливание донорской крови или ее компонентов, на что я даю свое добровольное согласие. От лечащего врача я получил разъяснения о цели переливания крови или ее компонентов, причинах переливания, порядке и правилах проведения процедуры, возможных последствиях. Я согласен принять все необходимые медицинские меры. Я осознаю возможность осложнений в случае отказа от переливания крови и ее компонентов.

7. Я даю согласие на лечебно-диагностический процесс на любых носителях информации, на использование любых технических средств, а также на взятие проб биологических материалов для диагностических и лечебных целей, включая клетки, ткани и биологические жидкости.

8. Мне разъяснили, что я имею право отказаться от одного или нескольких профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных методов при оказании медицинской помощи или потребовать их прекращения (их), а также были разъяснены возможные последствия такого отказа.

9. Возможность получения соответствующего вида бесплатной медицинской помощи в рамках годовой программы, в том числе региональных, государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам, мне была разъяснена в удобной для меня форме.

10. Я разрешаю Вам предоставлять информацию о моем заболевании, его прогнозе и методах лечения только следующим лицам:.

(родители или родственники)

11. Я прочитал и понял все детали этого документа и настоящим подтверждаю это.

Подпись

Дата «__» _____
_____г.

Информация для пациента

Врожденная косолапость относится к группе врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата и характеризуется стойкой эквино-поло-варусной деформацией стопы. Этиология врожденного косолапости недостаточно изучена и традиционно объясняется несколькими теориями. Древнейшей из них является механическая теория, связывающая появление деформации с механическим воздействием при развитии плода в рабочей матке. Теория врожденных пороков эмбриона объясняет появление патологии нарушением основания и задержкой формирования стопы во внутриутробном периоде. Согласно нервно-мышечной теории, причиной врожденной неуклюжести является недоразвитие концевых отделов спинного мозга и нарушение иннервации передне-наружной группы мышц голени. Многие исследования, проведенные в последние годы, показали, что в основе врожденной хромоты лежит диспластический процесс соединительных тканей стопы и икры, который может быть связан с различными факторами.

Врожденная косолапость у детей – один из наиболее частых комплексов деформаций стоп. Врожденная косолапость или врожденная эквино-приведенно-варусная деформация стопы — сложная деформация, трудно поддающаяся лечению. Это одна из самых распространенных врожденных патологий : региональная распространенность колеблется от 0,6 на 1000 младенцев в азиатских странах до 6,8 на 1000 младенцев на Гавайях и в Полинезии. В США частота врожденных пороков развития составляет 1 на 1000 новорожденных, а в Российской Федерации - 1-3 на 1000 новорожденных. По оценкам ВОЗ, ежегодно более 100 000 детей рождаются с врожденными пороками развития. Амблиопия характеризуется дисплазией и стойким вывихом всех структур стопы, особенно ее средней и задней частей, клинически проявляется эквино-варусным положением стоп, причем у мальчиков это состояние встречается в 1,5-2 раза чаще, чем у девочек. Неуклюжесть может быть связана с артрогрипозом, позвоночной грыжей, диастрофической дисплазией, синдромом множественной амниотической констрикции, врожденной косолапостью, дефектами верхнего отдела стопы (адактилией, синдактилией, полидактилией). Современные методы консервативного лечения позволяют существенно снизить риск рецидива и являются приоритетными при выборе тактики лечения, но не исключают возможности дальнейшего хирургического лечения. Хирургическое лечение врожденной косолапости должно исключить масштабные вмешательства и сократить количество хирургических вмешательств, необходимых для точной коррекции индивидуальных отклонений в конкретной анатомии стопы. Достижение максимальных целей с помощью малоинвазивных средств, а также прямое и анатомическое превосходство отдаленного и функционального результата является основной тенденцией последних лет.

Лекарственные средства, применяемые после операции (кроме анестезии):

Название препарата	Доза	Срок
Болеутоляющие		
Омнопон	1% 0,5 - 1 мл 1 раз в день	1 день после операции
Промедол	1% 0,5 - 1 мл 1 раз в сутки	1 день после операции
Тримеперидин	1 - 2% ли раствор для инъекций , 0,1-- 0,5 мг/кг	1-3 сутки.
Кетопрофен ва унинг аналоглари	1мл раствор для инъекций , взрослым старше 15 лет внутримышечно по 10–30 мг каждые 6–12 часов	1-5 сутки
Анальгин	50%-2 мл, 1% -2,0 с раствором димедрола	при боли и гипертермии
Баралгин	5 мл раствора для инъекций вводят в вену или мышцу. Его можно вводить внутривенно в виде смеси с дексаметазоном и димедролом.	когда есть жалобы на боль
Антибактериальные препараты		
Цефтриаксон и его аналоги	С целью профилактики - 1,0 вводят медленно в вену за 30-60 минут до операции. Суточная доза составляет 0,5 - 1,0 - 2 раза.	5-7 дней
Сульбактам и его аналоги	0,5–1,0–2 раза в день для лечения воспаления операционной раны.	5-7 дней
Ампициллин и Амоксициллин	С целью профилактики по 25-50 мг/кг 4 раза в день между мышцами.	5-7 дней
Метрогил	1 раз внутривенно от 100,0	3-4 дней
Для усиления эритропоза		
Ферростаб и его аналоги	По 5 мл 100,0 физиологического раствора внутривенно 1 раз в день.	3-5 дней
Препараты железа	Препарат применяют согласно инструкции.	пока уровень гемоглобина

per os		не достигнет нормы
Для восстановления минерального, белкового и витаминного состава крови		
Реосорбилакт	В вену вводят 250,0 мл.	3-5 дней
Инфузол	В вену вводят 250,0 мл.	3-5 дней
Глюкоза	5% - 250,0 вводят внутривенно, к раствору можно добавить 2-4 мл аскорбиновой кислоты.	3-5 дней
Солевые растворы	В вену вводят 250,0 мл	3-5 дней

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Brouwers M.C., Kho M.E., Browman G.P., Burgers J.S., Cluzeau F., et al. for the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare // CMAJ. – 2010. - №182. – P.839-842.
https://www.researchgate.net/publication/45798935_AGREE_II_Advancing_guideline_development_reporting_and_evaluation_in_health_care
2. CEBM Levels of Evidence Working Group «The Oxford 2011 Levels of Evidence». Oxford Centre for Evidence-Based Medicine.
<http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>.
3. The GRADE working group. Grading quality of evidence and strength of recommendations // BMJ. – 2004. - №328. – P.1490-1494.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15205295/>
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). A guideline developer's handbook. Edinburgh: SIGN; 2019. (SIGN publication no. 50). [November 2019].
http://www.sign.ac.uk/assets/sign50_2019.pdf.
5. Кенис В.М., Баиндурашвили А.Г. и др. Лечение детей с врожденной косолапостью по методике Понсети // Актуальные проблемы травматологии и ортопедии: Материалы науч.-практ. конф. (г. Самарканд, 7 ноября 2014 г.). - Самарканд, 2014. - С. 313-315.
<https://niito.ru/wp-content/uploads/2023/05/vrozhdennaya-kosolapost.pdf>
6. Турсунов Б.С., Хамидов Б.Х., Турсунов Н.Б., Мавлянов М.А. Лечение врожденной косолапости у детей // Педиатрия. - Ташкент, 2009. - №3-4. - С. 53-55.
<https://cyberleninka.ru/article/n/lechenie-vrozhdennoy-kosolaposti-u-detey-metodom-tyagovyh-ustroystv>
7. Галятина Т.А., Устьянцева И.М., Хохлова О.И. Особенности регуляции костного ремоделирования при врожденной патологии опорно-двигательного аппарата у детей // Клиническая лабораторная диагностика. - М., 2014. - №4. - С. 17-21.
https://bulletin.ssmu.ru/jour/article/view/245?locale=ru_RU
8. Ревкович А.С., Рыжиков Д.В., Семенов А.Л., Губина Е.В. Лечение косолапости у детей // Гений ортопедии. - Курган, 2014. - №4. - С. 93-97.
<https://cyberleninka.ru/article/n/lechenie-kosolaposti-u-detey-obzor-literatury>
9. Деревянко Д. В. Лечение детей первого года жизни с косолапостью при артрогрипозе по методу Ponseti. Анализ ближайших результатов : научное издание / Д. В. Деревянко , О. Е. Агранович [и др.] // Детская хирургия. - М., 2014. - №1. - С. 4-8.
<https://www.researchgate.net/profile/Dennis-Derevyanko/publication/377443771>
10. Джураев А.М. Оценка костно-суставного аппарата стопы у больных с врожденной косолапостью при помощи мультиспиральной компьютерной томографии // Медицинский журнал Узбекистана. - Ташкент, 2010. - №2. - С. 13-16.
<https://uzniito.uz/medias/media/other/291/01-20-obl-17-03-2020.pdf>
11. Джураев А.М. Джаббаров Р.Т., Рахматуллаев Х.Р., Рузиев Н.Т. Роль мультиспиральной компьютерной томографии в диагностике врожденной косолапости у детей // Актуальные проблемы травматологии и ортопедии:

Матер. науч.-практ. конф. (г. Самарканд, 7 ноября 2014 г.). - Самарканд, 2014. - С. 287-288.

<https://uzniito.uz/medias/media/other/766/2021.pdf>

12.Джураев А.М., Норова Х.У. Тактика лечения аппаратно-хирургическими методами врожденной косолапости у детей в возрасте от 6 мес. до 2 лет // Медицинский журнал Узбекистана. - Ташкент, 2012. - N2. - С. 14-15.

<https://cyberleninka.ru/article/n/nash-opyt-apparatno-hirurgicheskogo-lecheniya-osevyh-deformatsiy-nizhnih-konechnostey-u-detey>

13.Вавилов М.А. и др. Методы I. Ponseti и M. Dobbs в лечении детей с артрогрипотическими деформациями стоп // Гений ортопедии. - Курган, 2015. - N4. - С. 31-35.

<https://www.ilizarov-journal.com/jour/article/view/2174>

14.Курбанов С.Х. и др. Комплексное лечение детей при врожденной косолапости // Актуальные проблемы травматологии и ортопедии: материалы IX съезда травматологов-ортопедов Узбекистана (Ташкент, 20-21 октября 2017 г.). - Ташкент, 2017. - С. 321-322.

<https://www.dissercat.com/content/sistema-kompleksnogo-lecheniya-detei-s-vrozhdennoi-kosolapostyu>

15.УриновЖ.З., Джураев А.М., Эшонхужаев К.О. Опыт лечения детей с врожденной косолапостью // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. - Ташкент, 2016. - Том 83 N2. - С. 42-44.

https://elib.usma.ru/bitstream/usma/6190/1/USMU_Sbornik_statei_2000_089.pdf

16.Худжанов А.А. Внедрение новых этапов при лечении врожденной косолапости у детей // Актуальные проблемы травматологии и ортопедии: Материалы науч.-практ. конф. (г. Самарканд, 7 ноября 2014 г.). - Самарканд, 2014. - С. 391-392.

<https://www.dissercat.com/content/khirurgicheskoe-lechenie-vrozhdennoi-kosolaposti>

17.Вавилов М. А. и др. // сравнение отдаленных результатов лечения детей с косолапостью // Гений ортопедии. - Курган, 2016. - N3Г6016. - С. 39-42.

<https://www.cito-priorov.ru/cito/dissovet/35/1%20%D0%94%D0%B8%D1%81%D1%81%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F%20%D0%92%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D0%BB%D0%BE%D0%B2.pdf>