



Рис. 4. Корректирующая проба. Отмечается стабилизация функции внимания при исследовании в динамике (2009-2010 гг.)

или бредовой идее или группе идей. Диссонанс между огромными усилиями и жертвами, на которые идет индивид, и мизерностью и неадекватностью самой цели, ради которой затрачиваются усилия. Ощущение враждебности окружения. Нетерпимость к инакомыслию, болезненно ранимое чувство собственного достоинства. Неудобство и дискомфорта окружающих в расчет не принимаются. Выраженный эгоцентризм. Неадекватная общительность, отсутствие застенчивости, бесцеремонность.

Расчет приближений к стандартным профилям (при  $r=0.05$ ):

Паранойальный синдром: 0.76 (сильное) Шизоидный синдром с формальностью контактов: 0.74 (сильное) Параноидный синдром: 0.60 (сильное).

**Психофизиологическое исследование.** При проведении психофизиологических тестов (таблицы Шульце,

красно-черные таблицы, корректирующая проба, тест Равена и др.) отмечается умеренное снижение концентрации и переключения внимания, снижение слуховой и зрительной памяти при проведении теста 10 слов; уровень интеллектуального развития по тесту Равена умеренно снижен, что особенно отчетливо проявилось при выборе более сложных матриц серий В,С,Д,Е. Тест Спилбергера-Ханина выявил существенно повышение показателей агрессивности и ригидности, что соотносится с соответствующими показателями других психофизиологических тестов (рис. 4).

В течение последнего года больной постоянно получал финлепсин ретард — 600 мг; кортексин 10 мг в.м., 10 инъекций, 2 курса с интервалом в 0.5 года; церебрамин 155 мг 2 раза в день в течение 3 недель, 2 курса.

Таким образом, у больного со сложными парциальными (геластическими) приступами наряду с нейрофизиологическими изменениями и признаками поражений коры головного мозга и гиппокампальных структур, отмечен ряд психофизиологических и психологических нарушений, свидетельствующих о вовлечении в эпилептический процесс лимбических структур мозга. Назначение современных противоэпилептических препаратов (финлепсин ретард), цитаминов и цитомединов (кортексин и церебрамин) позволило не только получить медикаментозную ремиссию приступов, но и стабилизировать состояние психоэмоциональной и психофизиологической сферы (отсутствие отрицательной динамики основных тестов на внимание, память и интеллект в течение последнего года).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аванцини Дж. Клинические формы и классификация эпилепсии // Журн неврол. и психиатр. — 2005. — № 8. — С.59-62.
2. Карлов В.А. Абсанс // Журн. неврол. и психиатр. — 2005. — № 3. — С. 55-60.
3. Карлов В.А., Андреева О.В. Эпилептические приступы смеха и индуцированные смехом // Журн. неврол. и психиатр. — 2003. — №1. — С.62-69.
4. Мухин К.Ю., Айвазян С.О., Притыко А.Г. Геластические припадки: этиология, семиология, терапевтические аспек-

- ты // Журн. неврол. и психиатр. — 2003. — №1. — С.10-19.
5. Петрухин А.С., Мухин К.Ю. и др. Особенности эпилепсии у детей и подростков // Журн. неврол. и психиатр. — 2005. — №11. — С. 65-66.
6. Темин П.А., Никанорова М.Ю. Эпилепсия и судорожные синдромы. М: Медицина. — 1999.
7. Cascino G.D., Andermann F., Berkovic S.F., et al. Gelastic seizures and hypothalamic hamartomas: evaluation of patients undergoing chronic intracranial EEG monitoring and outcome of surgical treatment // Neurology. — 199. — №43. — p.747-750.

**Информация об авторах:** 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, ИГИУВ, Стародубцев Анатолий Васильевич — доцент, заведующий ЦНИЛ, к.м.н.; Ермолаев Юрий Федорович — доцент, к.м.н.

© ЧЕРТОВСКИХ М.Н., ЧЕРТОВСКИХ М.М., КУЛИНИЧ С.И. — 2010

## К ВОПРОСУ О СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

М.Н. Чертовских, М.М. Чертовских, С.И. Кулинич

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра акушерства и гинекологии, зав. — д.м.н., проф. С.И. Кулинич)

**Резюме.** Ретроспективный анализ 190 историй болезни с апоплексией яичников показал, что оптимальным методом лечения является лапароскопия, даже при минимальной кровопотере, как профилактика спайкообразования и трубного бесплодия.

**Ключевые слова:** апоплексия яичника, лапароскопия, репродуктивная функция.

## ON THE PROBLEM OF THE REPRODUCTIVE FUNCTION PRESERVATION IN YOUNG WOMEN AFTER OVARIAN APOPLEXY

M.N. Chertovskikh, M.M. Chertovskikh, S.I. Kulnich

(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education)

**Summary.** The retrospective analysis of 190 case reports with an ovarian apoplexy diagnosis has shown that the optimal method of treatment is laparoscopy, even in case of minimum hemorrhage as prophylaxis of adhesion and tubal sterility.

**Key words:** ovarian apoplexy, the laparoscopy, the reproductive function.

В структуре острых гинекологических заболеваний апоплексия яичника (АЯ) составляет от 9,4% до 17,1%

[2,3,8]. Отдаленные результаты исследования репродуктивного здоровья у молодых женщин показали, что ча-

стота наступления беременности составляет лишь 27%, а рецидивы заболевания достигают 40% [12].

В настоящее время, остается до конца не изученным патогенез овариальных кровотечений, нет четкого алгоритма диагностики данной патологии, отсутствуют принципы дифференцированного выбора методов лечения и объема оперативных вмешательств, противоречивы показания к лапароскопии или лапаротомии, не изучено влияние апоплексии яичника на репродуктивную функцию [10].

При консервативном лечении апоплексии яичника, без удаления крови из брюшной полости возможно формируется спаечный процесс, который в дальнейшем будет причиной трубно-перитонеальной формы бесплодия. В литературе, мало данных по этой проблеме.

Хирургическое лечение лапароскопическим доступом основной метод лечения [1,2]. Операции выполняются методом коагуляции кровоточащих сосудов фолликула или высушиванием ретенционного образования с гемостазом и проводится санация брюшной полости от крови. При коагуляции на поверхности яичника образуется ожоговая поверхность, что приводит к развитию местной асептической воспалительной реакции, а наличие сопутствующей специфической и неспецифической инфекции при АЯ способствует процессу образования спаек и непроходимости маточных труб. В связи с этим возникает необходимость проведения комплекса реабилитационных мероприятий, независимо от форм заболевания (болевой или геморрагической).

**Цель исследования:** изучить состояние репродуктивной функции у женщин, перенесших апоплексию яичника.

### Материалы и методы

Проведен анализ 190 историй болезни с установленным клиническим диагнозом «апоплексия яичника», получавших лечение в Иркутском городском перинатальном центре в 2003-2009 гг. Из них 80 пациенток были прооперированы, 110 пролечены консервативно. Средний возраст пациенток составил 22,3±2,8 года.

Всем пациентам с апоплексией яичника, независимо от форм заболевания (болевая или геморрагическая), был рекомендован комплекс реабилитационных мероприятий. Он включал: электроимпульсную терапию в раннем послеоперационном периоде на фоне этиотропного лечения, прием КОК не менее 3 месяцев с первого дня менструального цикла, исследование мочевого тракта на инфекции, изучение и необходимая коррекция гормонального статуса и менструального цикла. Часть пациенток, в силу тех или иных причин, отказались от предложенного реабилитационного лечения или не выполнили его в полном объеме. Состояние репродуктивной функции оценивалось не менее чем через 1 год после окончания реабилитационной терапии при планировании беременности. Функцию яичников изучали по тестам функциональной диагностики (ТФД). Исследовали особенности гормонального статуса путем определения содержания гормонов в сыворотке крови с 5-9 день менструального цикла иммунофлуоресцентным методом: пролактин (ПРЛ), лютеинизирующий (ЛГ), фолликулостимулирующий (ФСГ) гормоны, эстрадиол (Е2), прогестерон (П), кортизол, тестостерон ДГЭА-с. УЗИ органов малого таза проводили на аппарате «ALOCA-3500» в лютеиновую фазу цикла. Изучали состояние эндометрия, наличие желтого тела, кровотока в яичнике по ЦДК. Проходимость маточных труб оценивали по ГСГ, second-look при лапароскопии. Неудачным результатом реабилитации мы считали и случаи рецидива заболевания.

Для изучения отдаленных результатов сформированы 4 группы больных: I группа (n=43) — прооперированные больные, отказавшиеся от реабилитационных мероприятий; II группа (n=37) — прооперированные пациентки прошедшие реабилитацию в полном объеме; III группа (n=63) — пациентки с АЯ после консервативного лечения, не получавшие реабилитацию; IV группа (n=47) — получили консервативное лечение с последующей реабилитацией.

В работе учтены этические принципы представленные в Хельсинской декларации по защите прав человека.

Статистический анализ результатов исследования проводился с использованием пакета программ STATISTICA for Windows 6.0. Уровень статистической значимости различий сравниваемых показателей устанавливали с использованием t- критерия Стьюдента, когда распределение подчинялось нормальному закону. Корреляционный анализ проводился с использованием расчёта рангового коэффициента корреляции Спирмена (в случае, когда данные представлены качественными признаками) и коэффициента корреляции Пирсона (количественных параметров имеющих нормальное распределение) [4].

### Результаты и обсуждение

Проведенный анализ 190 историй болезни пациенток с диагнозом апоплексия яичника показал, что основными жалобами при поступлении были: боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, паховую область, слабость, головокружение, нарушения менструального цикла в виде межменструальных кровотечений.

При дебюте заболевания провоцирующим фактором, вызвавшим кровоизлияние, служил половой акт. Тогда как, при рецидивах, апоплексия яичника возникала чаще в состоянии покоя или при незначительной физической нагрузке. Изучение взаимосвязи между фазами менструального цикла с эпизодами заболевания показало, что у 82,1% пациенток апоплексия яичника наблюдалась во вторую фазу менструального цикла, у 17,2% во время овуляции. В фолликулярную фазу нами не было зарегистрировано ни одного случая. Это подтверждает, что апоплексия яичника — болезнь овулировавшего фолликула.

Факторами риска в возникновении АЯ явились: нарушения менструальной функции по типу дисменореи, олигоменореи; отсутствие использования гормональной контрацепции; высокая частота воспалительных заболеваний женской половой сферы и мочевого тракта в анамнезе; высокая частота артифициальных аборт в анамнезе; наличие сопутствующей патологии (хронический цервицит, пиелонефрит, цистит, тонзиллит и др.)

У 80 больных I и II групп, прооперированных впервые или повторно с рецидивом разрыва яичника, гистологическое исследование биоптатов показало, что у

Таблица 1

Видовой и количественный состав выделенной микрофлоры у больных с АЯ

Микроорганизмы	I гр (n=43)	II гр (n=37)	III гр (n=63)	IV гр (n=47)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	6 (13,9%)	4 (10,8%)	11 (17,4%)	9 (19,1%)
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	4 (9,3%)	3 (8,1%)	6 (9,5%)	4 (8,5%)
<i>Mycoplasma hominis</i>	8 (18,6%)	5 (13,5%)	12 (19,4%)	8 (17,2%)
<i>Trichomonas vaginalis</i>	3 (6,9%)	2 (5,4%)	4 (6,3%)	2 (4,2%)
<i>Дисбиоз влагалища</i>	21 (48,8%)	15 (40,5%)	29 (46%)	20 (42,5%)
<i>Peptostreptococcus spp</i>	34 (79%)	26 (70%)	41(65%)	28 (59,5%)
<i>Prevotella spp</i>	6 (13,9%)	4 (10,8%)	8 (12,6%)	3 (6,3%)
<i>Bacteroides spp</i>	5 (11,6%)	4 (10,8%)	7 (11,1%)	4 (8,5%)
<i>Fusobacterium spp</i>	11 (25,5%)	9 (24,3%)	14 (22,2%)	4 (8,5%)
<i>Staphylococcus spp</i>	25 (58,1%)	19 (51,3%)	32 (50,7%)	17 (36,1%)
<i>Streptococcus spp</i>	31 (72%)	23 (62,1%)	34 (53,9%)	19 (40,2%)
Вирус папилломы человека (ВПЧ)	28 (65,1%)	24 (64,8%)	41(65%)	26 (55,3%)

Репродуктивная функция у женщин после АЯ

Таблица 2

Исходы наступивших беременностей	I группа — (n=43) Операция без реабилитации	II группа- (n=37) Операция + реабилитация	III группа- (n=63) Консервативное лечение без реабилитации	IV группа- (n=47) Консервативное лечение + реабилитация
Ранний самопроизвольный выкидыш	3 (6,9%)	2 (5,4%)	3 (4,7%)	2 (4,25%)
Неразвивающаяся беременность	2 (4,6%)	1 (2,7%)	3 (4,7%)	1 (2,12%)
Внематочная беременность	3 (6,9%)	2 (5,4%)	4 (6,3%)	2 (4,25%)
Беременность закончившаяся родами	3 (6,9%)	10 (27,1%)	2 (3,17%)	8 (17,02%)
Всего беременностей	11 (25,5%)	15 (40,5%)	12 (19,04%)	13 (27,7%)
Бесплодие	12 (27,9%)	5 (13,51%)	19 (30,15%)	15 (31,91%)
Беременность не планировали	9 (20,9%)	2 (5,4%)	20 (31,74%)	6 (12,76%)

всех это было желтое тело с нарушением целостности структур на фоне изменений в окружающих тканях, характерных для хронического воспаления (резкое полнокровие сосудов, лейкоцитарная инфильтрация и мелкокистозное перерождение [7]).

Во время операций у 34 (42%) пациенток был выявлен спаечный процесс в малом тазу различной степени тяжести от I до III, что свидетельствовало о ранее перенесенном воспалительном процессе [5,6,9,11].

Всем женщинам проводилось исследование половых путей на флору и ИППП методом ПЦР-диагностики, бактериологическим и бактериоскопическим методами. Культуральному исследованию подвергались ткань яичника, содержимое кист и Дугласова кармана, полученные во время оперативного вмешательства. Материал помещался в специальный контейнер и отправлялся в бактериологическую лабораторию, где по общепринятой методике, используя дифференциальные диагностические среды с анаэробной технологией, проводилась идентификация микрофлоры.

В группах с хирургическим вмешательством инфекционная оценка оказалась выше, чем в группах пролеченных консервативно. В исследуемых группах изолированная инфекция практически не встречалась, в основном это была смешанная инфекция. Наиболее частыми оказались сочетание ВПЧ+*U. urealyticum* + *M. hominis* в ассоциации друг с другом или чаще с анаэробными бактериями — *Peptostreptococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*

Высокая частота инфицированности ВПЧ оказалось откровением. Тот или иной генотип вируса выявлялся ранее или был обнаружен во время обследования у 119 (62,6%) женщин.

Всем пациенткам проводилась расширенная кольпоскопия на цифровом видеокольпоскопе SENSITEK SLC-2000, с последовательным использованием растворов 5% уксусной кислоты и раствора Люголя, с обязательным забором материала с поверхности экзо- и эндоцервикса на цитологическое исследование. Кольпоскопические признаки цервицита, ассоциированные с той или иной выделенной инфекцией, были выявлены у 125 (65,7%) пациенток с АЯ.

Некоторые авторы считают гормональные нарушения основным звеном в патогенезе АЯ [10]. Результаты наших исследований показали, что однозначно высказаться в пользу ведущего значения гормональных нарушений в патогенезе АЯ нельзя, поскольку они возникают вторично, являясь ответом на повреждение структур яичника воспалением или травмой.

Изучение гормонального профиля при обследовании через 3-12 месяцев после выписки показало, что исходные уровни ЛГ и ФСГ были в пределах нормы. А вот среди пациенток, перенесших оперативное вмешательство по поводу АЯ, отмечается статистически значимое

( $p < 0,05$ ) увеличение уровней пролактина ( $320,2 \pm 62,7$  МЕ/мл), надпочечниковых гормонов — ДГЭАС и кортизола ( $21,1 \pm 4,4$  нмоль/л и  $470,2 \pm 48,3$  нмоль/л соответственно). При этом прослеживалась прямая зависимость между величиной внутрибрюшной кровопотери и увеличением ПРЛ, ДГЭАС и кортизола.

Повышение уровней кортизола и ДГЭАС, свидетельствует о надпочечниковом генезе андрогении вторичного характера.

При морфологическом исследовании биоптатов яичников, полученных во время операции по поводу АЯ, в ряде случаев имел место начинающийся поликистоз яичников. По-видимому, развивающийся поликистоз, является вторичным, на фоне длительного хронического воспаления.

Контроль за восстановлением репродуктивной функции вели в группах женщин планирующих беременность, так как в среднем 17,7% — не планировали беременность по причинам молодого возраста и отсутствия семьи.

Невынашивание беременности на ранних сроках после апоплексии яичников во всех изучаемых группах было достаточно высоким: ранний самопроизвольный выкидыш произошел в I группе у 3 (6,9%) и у 2 (5,4%) во II группе. В III группе зарегистрировано 3 случая, в IV группе 2, что составило 4,7 и 4,25%. Замершая беременность случилась в I группе у 2 пациенток и единичный случай во II группе (4,6% и 2,7% соответственно). В III группе неразвивающаяся беременность составила 4,7%, в IV группе — 2,1%, т. е. апоплексия яичника — фактор риска по невынашиванию беременности и требует реабилитационной терапии.

Внематочная беременность наступила у 3 пациенток в I группе и у 2 во II (6,9% и 5,4% соответственно). В III и IV группах внематочная беременность имела место у 4 (6,3%) и 2 (4,3%) больных соответственно.

В I группе беременность закончилась родами у 3 пациенток, что составило 6,9%. Во II группе, после оперативного лечения с полным комплексом реабилитационных мероприятий, родили 10 (27,1%) женщин. В группах, с проведенным консервативным лечением, результаты оказались несколько хуже. Так, в III группе роды были у 2 (3,2%), в IV группе у 8 (17,0%). Таким образом, беременность, роды благополучно наступали в тех группах, где был проведен весь комплекс реабилитационных мероприятий. Если сравнить отдаленные результаты между группами с консервативным и оперативным лечением, то восстановление репродуктивной функции оказалось лучше у прооперированных женщин. По-видимому, это связано с тем, что во время операции, устранялся имеющийся к тому моменту спаечный процесс в области придатков матки и проводилась санация брюшной полости от крови.

Таким образом, проведение реабилитационных мероприятий включающие этиотропное антибактериальное лечение и электроимпульсную терапию позволяют провести эрадикацию микроорганизмов, поражающих фолликул яичника, и тем самым снизить риск рецидивов заболевания, а эндоскопическое вмешательство способствует устранению рубцово-спаечных процессов приводящих к возникновению внематочной беременности и трубному бесплодию. Лапароскопия должна применяться даже при небольших потерях крови из-за разрывов фолликула на стадии овуляции или желтого тела у молодых женщин, не имеющих детей, как профилактика спаечного процесса и трубного бесплодия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Азиев О.В., Белопухов В.М. и др. Лапароскопия в гинекологии. — М., 2000. — 325 с.
2. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Киселёв С.И. Диагностика и хирургическая лапароскопия в гинекологии. // Международный конгресс эндоскопии в диагностике и лечении патологии матки (с курсом эндоскопии). — М., 1997. — С. 15.
3. Кулаков В.И., Гаспаров А.С., Косаченко А.Г. Ургентная гинекология: новый взгляд // Журнал акушерства и женских болезней. — 2001. — Т. 50. №3. — С. 15-18.
4. Майборода А.А., Калягин А.Н., Зобнин Ю.В., Щербатых А.В. Современные подходы к подготовке оригинальной статьи в журнал медико-биологической направленности в свете концепции «доказательной медицины». // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2008. — Т. 76. №1. — С. 5-8.
5. Мальцева Л.И., Панькова М.В., Церетели И.К. Характер инфицирования яичников у женщин репродуктивного возраста с ургентной негнойной овариальной патологией // Международный конгресс, сборник статей «Практическая гинекология: от новых возможностей к новой стратегии». — М., 2006. — С.110.
6. Мальцева Л.И., Церетели И.К., Панькова М.В. Роль урогенитальной инфекции в развитии ургентной патологии яичников и туберной беременности // Материалы I регионального научного форума «Мать и дитя». — Казань, 2007. — С. 297-298.
7. Мальцева Л.И., Панькова М.В., Церетели И.К. Особенности морфологической картины яичников, пораженных хламидийно-уреаплазменной инфекцией // Международный конгресс, сборник статей «Практическая гинекология: от новых возможностей к новой стратегии». — М., 2006. — С.109.
8. Сафронова Н.А. Минимально инвазивные технологии в диагностике и лечении внутрибрюшных кровотечений в гинекологической практике: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Уфа, 2002. — 22 с.
9. Оразмурадова Л.Д., Тер-Овакимян А.Э. Отдаленные результаты оперативного и консервативного лечения апоплексии яичника // Вестн. Рос. ун-та дружбы народов. Серия «Медицина» — 2008. — №1. — С. 18-22.
10. Панкова О.Ю., Евсеев А.А., Бреусенко В.Г. и др. Диагностика и лечение апоплексии яичника // Вестн. Рос. асоц. акушеров-гинекологов. — 1998. — №2. — С. 110-114.
11. Панькова М.В. Роль специфической и неспецифической урогенитальной инфекции в развитии ургентной негнойной патологии яичника: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Казань, 2007. — 30 с.
12. Тер-Овакимян А.Э., Оразмурадова Л.Д. Репродуктивное здоровье женщин, перенесших апоплексию яичника // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2008. — №1. — С.14-17.

**Информация об авторах:** 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, ИГИУВ, e-mail: cmn69@yandex.ru

Чертовских Маргарита Михайловна — аспирант кафедры,  
Чертовских Михаил Николаевич — ассистент, к.м.н.,  
Кулинич Светлана Ивановна — заведующая кафедрой, д.м.н., профессор.

© ТАТАРНИКОВА Л.Г., ШИПКОВ Н.Д., САФОНОВ Д.В., АЛЕКСЕЕВА Н.В. — 2010

**ВРОЖДЁННАЯ КОСОЛАПОСТЬ — РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ В ДЕТСКОМ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. АНГАРСКА ПО МЕТОДУ ИГНАСИО ПОНСЕТИ**

Л.Г. Татарникова<sup>1</sup>, Н.Д. Шипков<sup>1</sup>, Д.В. Сафонов<sup>1</sup>, Н.В. Алексеева<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>Городская детская больница №1 Ангарска, гл. врач — В.Ю. Голубев; <sup>2</sup>Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра травматологии, ортопедии и нейрохирургии, зав. — д.м.н., доцент М.М. Тайлашев)

**Резюме.** Авторы предлагают патогенетически обоснованный метод лечения врождённой косолапости по Игнасио Понсети, который позволяет произвести коррекцию всех компонентов косолапости менее травматичным оперативным вмешательством.

**Ключевые слова:** врожденная косолапость, метод Понсети.

**CONGENITAL CLUBFOOT — THE RESULTS OF TREATMENT IN CHILDREN'S TRAUMATOLOGIC UNIT OF MUNICIPAL CHILDRENS' HOSPITAL OF ANGARSK BY IGNACIO PONSETI METHOD**

L.G. Tatarnikova<sup>1</sup>, N.D. Shipkov<sup>1</sup>, D.V. Safonov<sup>1</sup>, N.V. Alekseeva<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>Municipal Children's Hospital № 1, Angarsk; <sup>2</sup>Irkutsk State Institute of Postgraduate Medical Education)

**Summary.** The authors propose pathogenetically proved method of treatment of congenital clubfoot by Ignacio Ponseti method, which allows to correct all the components with less traumatic surgical intervention.

**Key words:** congenital clubfoot, Ponseti method.

Врождённая косолапость одна из наиболее распространённых аномалий развития стопы у детей. По статистике, более 100 тысяч детей во всём мире, каждый год рождаются с врождённой косолапостью. 80% из них приходится на развивающиеся страны. Случаи запущенной косолапости накладывают социальное, психологическое и финансовое бремя на пациентов, их семьи и общество. В глобальном масштабе запущенная косолапость является серьёзной причиной инвалидности среди врождённых дефектов опорно-двигательного аппарата [1].

Если диагностика этой патологии не представляет особых затруднений и общепризнанной является система раннего консервативного лечения, то в вопросах хирургического лечения, особенно в возрастном аспекте, существуют разнообразные мнения [2]. Врождённая косолапость является наиболее рецидивной аномалией

развития опорно-двигательного аппарата, чем и объясняется множество способов хирургического лечения этой патологии [4].

В связи с публикацией материалов по консервативному и хирургическому лечению врождённой косолапости у детей по методу Игнасио Понсети, мы хотели бы, основываясь на собственных наблюдениях, высказать свою точку зрения по вопросам использования данной методики.

Метод Игнасио Понсети [3] мы начали применять с августа месяца 2008 года. Нами было пролечено шестеро детей, проведено 12 ахиллотомий. У троих из них, отмечалась атипичная косолапость: короткая, полая стопа с глубокой складкой на подошве и за голеностопным суставом, с укорочением первого пальца в связи с выраженным опущением первого луча. Все дети с двухсторонней косолапостью. В пяти случаях лечение было