

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. Татарникова¹, Н.Д. Шипков¹, Д.В. Сафонов¹, Н.В. Алексеева²

(¹Городская детская больница №1 Ангарска, гл. врач — В.Ю. Голубев; ²Иркутский 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. Tatarnikova¹, N.D. Shipkov¹, D.V. Safonov¹, N.V. Alekseeva²

(¹Municipal Children's Hospital № 1, Angarsk; ²Irkutsk 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 разнобразные 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



Рис. 1. Пациент С., 07.01.2008 г.р. (а), гипсование начато с 14 дней. Ребёнок после операции 05.12.2008 (б). Через 10 месяцев после операции 26.06.2009 (в), ребёнку 1,5 года.

начато до одного месяца, в одном случае с четырёх месяцев.

Лечение косолапости по данной методике включает в себя аккуратные, ручные манипуляции со стопой, которые заключаются в проведении корригирующей гимнастики, направленной на устранение основных компонентов деформации стопы: супинации, аддукции и подошвенной флексии. Манипуляции проводятся без анестезии, сразу, как только возможно после рождения. За манипуляциями следует наложение высоких гипсовых повязок от кончиков пальцев стопы до паховой складки, стопа при этом отводится дистально к тарану, при этом следует избегать силовой пронации, для коррекции кавусной деформации, т.е. полой стопы, передняя часть стопы слегка поворачивается внутрь.

Кавус или высокий свод стопы — это характерная деформация переднего отдела стопы, ассоциированная с инверсией или супинацией переднего отдела стопы. Так происходит из-за большего подошвенного сгибания первой плюсневой кости, что вызывает пронацию передней части стопы по отношению к задней части. Варус пяточной области считается исправленным, когда передняя выпуклость пяточной кости отводится под головку тарана. При атипичной косолапости пятка силой направляется в вальгусную позицию для того, чтобы растянуть дельтовидную связку. Очередной гипс накладывается приблизительно с недельным интервалом.

Детали техники метода Понсети. Исправление полой стопы (кавуса). Первым элементом метода является коррекция кавуса стопы по отношению к её задней части. Кавус стопы, т.е. высокий свод стопы, возникает из-за пронации переднего отдела стопы по отношению к заднему. Кавус стопы всегда всегда эластичен у новорожденных и требует только супинирования переднего для нормализации продольного свода. Исправление передней части стопы по отношению к задней необходимо для эффективного отведения стопы, чтобы откорректировать приведение переднего отдела стопы и варус.

Коррекция состоит в отведении стопы под фиксированной головкой таранной кости. Все компоненты косолапости, за исключением эквинуса, корректируются одновременно. Для достижения этой коррекции, необходимо правильно определить расположение головки таранной кости, которая является точкой опоры при коррекции.

Точное определение расположения головки таранной кости. Этот шаг является существенным. Прежде всего, необходимо произвести пальпацию лодыжек с помощью большого и указательного пальцев руки, другой рукой фиксировать плюсну и пальцы стопы. Поскольку ладьевидная кость смещена медиально и её бугристая часть почти соприкасается с медиальной лодыжкой, мы можем пальпировать выпуклую боковую часть головки таранной кости, которая покрыта

только кожей и расположена перед наружной лодыжкой. Передняя часть пяточной кости при этом пальпируется ниже головки таранной кости. Перемещая переднюю часть стопы кнаружи в положении супинации с помощью руки, ощущается движение ладьевидной кости перед головкой таранной кости, как и движение пяточной кости кнаружи под головкой таранной кости.

Стабилизация таранной кости.

Стабилизация таранной кости обеспечивает опорную точку, вокруг которой стопа поворачивается кнаружи. Это в дальнейшем стабилизирует голеностопный сустав, когда стопа будет максимально отведена, и поможет избежать тенденции задней пяточно-малоберцовой связки сместить малоберцовую кость кзади.

Манипуляции со стопой. Дальнейшее отведение супинированной стопы продолжается до тех пор, пока это не будет причинять неудобства ребёнку. Латеральная подвижность ладьевидной и передней части пяточной кости возрастает по мере коррекции косолапости. Полная коррекция становится возможной после четвёртого или пятого наложения гипса. Для очень ригидных стоп потребуются большее количество гипсовых повязок. Стопа никогда не пронирруется.

Второе, третье и четвёртое наложение гипсовых повязок. Во время этой фазы лечения полностью корректируется приведение и варус стопы. Расстояние между медиальной лодыжкой и бугристостью ладьевидной кости, определяемое пальпацией, свидетельствует нам о степени коррекции. Если косолапость исправлена. Это расстояние приблизительно равно 1,5-2 см, и ладьевидная кость покрывает переднюю поверхность головки таранной кости.

При первом гипсовании корригируется кавус и приведение. Стопа остаётся в прежнем подошвенном сгибании (эквинус). При втором, третьем и четвёртом гипсовании корректируется приведение и варус.

Подошвенное сгибание (эквинус) постепенно исправляется с коррекцией приведения и варуса, которая обусловлена тыльным сгибанием пяточной кости по мере того, как она отводится под таранную кость.

Техника гипсования. Успех лечения по методу Игнасио Понсети требует умелого наложения гипсовых повязок. Перед наложением каждой гипсовой повязки, используется подкладка из тонкого слоя материала или ваты, для наиболее точного моделирования гипса на стопе. Пока накладывается повязка, стопа удерживается в положении максимальной возможной коррекции. Сначала гипсовая повязка накладывается до колена, а потом продолжается наложение до верхней трети бедра. Следует обратить внимание на моделирование гипса над головкой таранной кости, передним отделом стопы в положении супинации, контура пятки и лодыжки.



Рис. 2. Пациента К., 10.06.08 г.р. (а), гипсование начато с 14 дней. Через 9 месяцев после операции (б). Ребенку 1 год 1 мес.



Рис. 3. Пациент Р., 18.05.09. (а), гипсование начато с 14 дней. Через 4 месяца после операции (б), ребенку 8,5 месяцев.

Для избегания плоскостопия или стопы-качалки хорошо моделируется свод стопы. Пальцы стопы должны свободно разгибаться в гипсе. Стопа в гипсовой повязке находится в подошвенном сгибании (эквинусе), и передняя часть стопы полностью супинирована. Каждую гипсовую повязку снимают перед тем, как накладывают новую, чтобы избежать утраты достигнутой коррекции.

При окончании наложения гипсовых повязок, стопа внешне находится в гиперкоррекции, по сравнению с внешним видом нормальной стопы во время ходьбы. На самом деле это полная коррекция стопы с максимальным отведением, которая помогает избежать рецидивов и не приводит к гиперкоррекции или пронации стопы.

Характеристика достаточного отведения. При достаточном отведении стопы, возможно прощупать передний отросток пяточной кости, так как он отведён из-под таранной кости.

Стопа отводится приблизительно на 60° по отношению к фронтальной плоскости большеберцовой кости.

Лёгкое вальгусное положение пяточной кости.

Если не достигнута достаточная коррекция, то принимается решение о выполнении подкожного пересечения ахиллового сухожилия.

В среднем, через 8-10 этапов гипсования по методике Игнасио Понсети, достигалась практически полная коррекция всех элементов косолапости. Сохранение эквинусной деформации в виду резкого напряжения ахиллового сухожилия, требовало ахиллотомии по Игнасио Понсети, т.е. коррекции подошвенного сгибания стопы (эквинуса).

Ахиллово сухожилие самостоятельно восстанавливается (необходимой длины и силы) к моменту снятия гипса, спустя 3-4 недели [3]. В конце лечения стопа должна казаться переисправленной, принимая форму плоской стопы. Всё вернётся к норме через несколько месяцев.

Данная операция проводилась у четверых детей в четыре месяца и у двоих детей в шесть месяцев, после этапного гипсования стоп. После того, когда была достигнута достаточная коррекция элементов косолапости: передний отдел пяточной кости должен быть отведён из-под таранной кости, такое отведение позволяет стопе сгибаться в тыльном направлении, без сдавления таранной кости между пяточной и большой берцовой костью.

Важность брейсов. Гипсовая повязка после ахиллотомии по Игнасио Понсети носится на протяжении 3-4 недель, затем пациент носит модифицированные брейсы (ортопедические ботиночки) на планке. Планка должна быть наклонена под углом $5-10^\circ$ для удержания стоп в тыльной флексии и достаточной длины, чтобы пятки были на ширине

плеч ребёнка. При коррекции двух стоп, оба ботиночка отводятся кнаружи на 70° . В случаях, когда требуется коррекция одной стопы, корректируемая стопа в брейсе отведена кнаружи на 70° , а нормальная стопа на $30-40^\circ$. Такое отведение стопы удерживает пяточную кость и передний отдел стопы в положении отведения и предотвращает рецидивы. Стопа будет постепенно возвращаться в правильное положение, 10° наружной ротации. Мягкие ткани по медиальной поверхности остаются растянутыми, только если брейсы используются после гипсования. В брейсах колени остаются свободными; таким образом, ребёнок может разгибать их, чтобы растягивать сухожилие икроножной мышцы. Отведение стоп в брейсах с лёгким изгибом планки (выпуклостью от ребёнка) обуславливает сгибание стоп в тыльном направлении. Это способствует растяжению икроножных мышц и ахиллового сухожилия. Брейсы носят на протяжении трёх месяцев по 23 часа в сутки. Далее, они снимаются на дневное время, на постепенно увеличивающиеся периоды времени, на протяжении пяти месяцев, чтобы их общее применение было от 14 до 16 часов в сутки на ночной и иногда дневной сон. Такой режим нахождения в брейсах сохраняется до возраста 3-4 лет.

Этапное гипсование по методу Игнасио Понсети, с последующей подкожной тенотомией, позволяет достичь положительных результатов при тщательном соблюдении программы применения брейсов. Это и является важным отличием методики лечения врожденной косолапости по методу Игнасио Понсети.

Таким образом, патогенетически обоснованный метод лечения врожденной косолапости по Игнасио Понсети, позволяет произвести коррекцию всех компонентов косолапости менее травматичным оперативным вмешательством. Метод эстетичен и несложен при применении у детей, позволяет к началу самостоятельного передвижения ребёнка закончить основные этапы лечения, и ребёнок начинает ходить на исправленных стопах [2].

Но при этом необходимо, как можно раньше, на первых днях жизни ребёнка, начинать этапное гипсование. Также необходима организованная система здравоохранения для того, чтобы обеспечить содействие родителей предписаниям по приобретению и применению брейсов, для избегания возникновения рецидивов и строгое соблюдение ортопедического режима, назначенного для ребёнка.

В нашем отделении отдалённые результаты прослеживаются по настоящее время. У одного ребёнка, в связи с тяжёлой степенью косолапости и поздним об-



Рис. 4. Пациент М., 13.03.09 г.р. (а), гипсование начато в 4 месяца. После операции, 11 месяцев (б), готовится ко второму этапу операции по Зацепину

ращением к ортопеду (прибыли из другого города), отмечен частичный рецидив элементов косолапости, по поводу чего проводится этапная ахиллотендопластика по Зацепину (в декабре месяце 2009 г. — проведена на

левой стопе и в марте 2010 г. — на правой стопе).

Приводим фото результатов лечения детей с двухсторонней, врожденной косолапостью по методике Игнасио Понсети.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Маков Н.Н.* Хирургическое лечение врожденной косолапости у детей грудного и раннего возраста // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1987. — №7. — С. 62-64.

2. *Мороз П.Ф.* Хирургическое лечение врожденной косолапости у детей // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1990. — №3. — С. 16-19.

3. *Понсети И.* Косолапость: лечение по методу Понсети. — Internet: <http://www.global-help.org/>

4. *Сергиенко А.А.* О хирургическом лечении врожденной косолапости у детей // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1990. — №2. — С. 62-64.

Информация об авторах: 664003 Иркутск, ул. Борцов Революции, 1 Тел. (3952) 29-03-43 ars-nataliya@yandex.ru
Татарникова Лариса Гавриловна — заведующая отделением;
Сазонов Денис Валерьевич — врач травматолог-ортопед;
Шипков Николай Дмитриевич — врач травматолог-ортопед;
Алексеева Нина Васильевна — доцент, к.м.н.

© РОДИКОВ М.В., ШПРАХ В.В. — 2010

НАБЛЮДЕНИЕ ЛЕТАЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ ПРИ НЕЙРОСИФИЛИСЕ

М.В. Родиков¹, В.В. Шпрах²

(¹Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор — д.м.н., проф. И.П. Артюхов, кафедра нервных болезней с курсом традиционной медицины ПО, зав. — д.м.н., проф. С.В. Прокопенко; ²Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д. м. н., проф. В.В. Шпрах)

Резюме. Авторы рассматривают три случая гибели больных, причиной смерти которых явился нейросифилис. Описывается патогистологическая картина поражений нервной и сердечно-сосудистой систем при поздних формах сифилиса. Обсуждается вопрос причин смертности при сифилисе в настоящее время.

Ключевые слова: сифилис, нейросифилис, патогистология.

OBSERVATION OF LETHAL CASES IN NEUROSYPHILIS

M. V. Rodikov¹, V. V. Shprakh²

(¹Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V. F. Vojno-Jasenetky;
²Irkutsk State Institute of Postgraduate Medical Education)

Summary. Authors are writing about three cases of patient's death from neurosyphilis. Pathohistological changes in nervous and cardiovascular systems have been described. The reasons of the death from neurosyphilis are discussed.

Key words: syphilis, neurosyphilis, pathohistology.

Своевременное и адекватное лечение сифилиса позволяет добиться выздоровления у большей части больных и предотвращает развитие поздних осложнений в виде нейро- и висцеросифилиса. Этот непреложный принцип всегда оправдывал себя с начала использования пенициллина в терапии сифилитической инфекции. Смертность от сифилиса во всем мире практически сведена до минимума, о чем свидетельствуют исследования секционных данных отечественных и зарубежных авторов [2 — 5]. После того как Mahoney в 1943 г. предложил пенициллин для лечения сифилиса, полностью утратили свое значение и никем не применяются препараты йода, ртути, висмута, мышьяка и маляриотерапия. Лечение нейросифилиса эффективно, если концентрация пенициллина в цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) достигает трепонемочидного уровня (0,018 мкг/мл) и поддерживается на этом уровне перманентно. Такая концентрация достигается (в соответствии с методическими рекомендациями ЦНИКВИ Минздрава РФ, 2003 г.) внутривенным введением натриевой соли бензилпенициллина от 12 до 24 млн ЕД в сутки в течение 10-14 дней. Для пациентов с аллергией на пенициллин рекомендуется применение внутримышечного введения 1 г цефтриаксона 1 раз в сутки в течение 3 недель. Эффективность лечения оценивают по результатам серологического исследования крови и ЦСЖ и состава ЦСЖ сразу после окончания

курса лечения, затем через каждые 6 мес до полной санации ликвора.

Однако, несмотря на значительный прогресс, достигнутый в диагностике и лечении этой инфекции, сифилис до сих пор остается грозным заболеванием, способным не только вызвать стойкие дефекты в состоянии здоровья, но и стать причиной смерти больного. Широкое распространение пенициллинотерапии имеет и свою негативную сторону — неконтролируемый прием антибиотиков по поводу интеркуррентных заболеваний вызвал рост латентных, малосимптомных и серорезистентных форм сифилиса [1]. Именно эти формы представляют наибольшую опасность в плане развития осложнений, приводящих к летальному исходу.

Мы приводим клинико-морфологическое описание летальных исходов у трех больных, причиной смерти которых стал сифилис. Во всех случаях удалось провести секционное исследование и получить гистологические препараты различных органов и систем. Смерть у больных произошла на фоне позднего сифилиса и давностью заболевания от 10 до 20 лет.

Среди больных двое указывали на заражение сифилисом в прошлом, однако, лечение проходили неаккуратно, на диспансерном учете не состояли, от серологического контроля уклонялись. Один больной, находясь в местах лишения свободы, после клинически явного проявления спинной сухотки и обнаружения в крови