

**Некоторые результаты комплексной
оперативно-консервативной коррекции деформаций стоп
различного генеза**

**О.В. Бейдик, И.И. Шоломов, В.Ю. Романенко, И.А. Романенко, К.К. Левченко,
А.Ю. Цыплаков**

**Some results of complex surgical-and-conservative correction
of foot deformities of different genesis**

**O.V. Beidick, I.I. Sholomov, V.Y. Romanenko, I.A. Romanenko, K.K. Levchenko,
A.Y. Tsyplakov**

ММУ Городская клиническая больница № 9, г. Саратов (главный – к.м.н. О.Н. Костин),
Саратовский государственный медицинский университет (ректор – д.м.н. П.В. Глыбочко)

С целью улучшения результатов лечения пациентов с деформациями стоп различной этиологии методом спице-стержневого наружного чрезкостного остеосинтеза нами рассматривалась возможность комплексной медикаментозной терапии неврологических нарушений голени и стопы. Под наблюдением находились 14 пациентов, у которых отмечались поражения малоберцового и большеберцового нервов по смешанному аксонально-демиелинизирующему типу различной степени выраженности. С учетом последней составляли индивидуальную лекарственную схему лечения, включающую кортексин, актовегин, прозерин, витамины группы В и никотиновую кислоту. Динамический контроль эффективности медикаментозной коррекции, осуществляемый электромиографическим методом, показал, что в результате проводимой терапии поражения малоберцового и большеберцового нервов регрессировали, а в отдельных случаях полностью купировались.

Ключевые слова: стопа, деформация, комплексная терапия, электромиография.

The possibility of complex medicamentous therapy of leg and foot neurological disorders for the purpose of improvement of the results of treatment in patients with feet deformities of different etiology using the technique of transosseous external wire-and-half pin osteosynthesis was considered by us. 14 patients with fibular and tibial nerve involvements of mixed axon-demyelinating type with different expressiveness. Taking the latter into consideration an individual medicamentous scheme of treatment was made, which included Cortexin, Actovegin, Proserinum, vitamins of B group and nicotinic acid. The dynamic control by electromyography for medicamentous correction effectiveness showed that fibular and tibial nerve involvements regressed and in some cases stopped completely as a result of the therapy made.

Keywords: feet deformities, complex medicamentous therapy, electromyography.

ВВЕДЕНИЕ

Как известно, ряд заболеваний опорно-двигательного аппарата сопровождается неврологической симптоматикой, а некоторые травматические повреждения конечностей влекут за собой стойкий неврологический дефект в виде периферических парезов различной степени

выраженности. С целью улучшения результатов лечения больных с деформациями стоп различного происхождения изучали возможности сочетания различных видов оперативных пособий с комплексной консервативной неврологической терапией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Под нашим наблюдением находилось 14 человек в возрасте от 5 лет до 41 года. Нозологические формы распределились следующим образом: нейрогенные деформации стоп – 4 пациента; врожденные деформации стоп – 8 пациентов; посттравматические деформации стоп – 2 пациента.

У всех обследуемых отмечались поражения малоберцового и большеберцового нервов по смешанному (аксонально-демиелинизирующему) типу различной степени выраженности.

Всем больным проводили оперативные вмешательства, включающие остеотомии переднего (9 пациентов), или переднего и заднего отделов

стоп (4 пациента), артродезы Шопарова или подтаранного суставов (1 пациент) и остеосинтез аппаратом внешней фиксации спице-стержневого типа с введением стержней в базу аппарата на голени в проксимальный и дистальный метафизы большеберцовой кости и кости предплюсны. Стержни в комбинации со спицами крепили к внешним опорам аппарата Г.А. Илизарова. В послеоперационном периоде методом дозированной distraction производили коррекцию деформации стопы с учетом её компонентов, устраняя их до положения гиперкоррекции. После окончания distraction последующие 4-6 недель осуществляли фиксацию в аппарате, после демонтажа которого дополнительно, в течение 3-4 недель, производили гипсовую иммобилизацию. После снятия последней проводили реабилитационные мероприятия, включающие массаж нижних конечностей, ЛФК, физиопроцедуры, а также комбинацию лекарственных препаратов, которую подбирали с учетом выявленных поражений нервно-мышечного комплекса.

Медикаментозную схему составляли из препаратов, указанных ниже.

1. *Кортексин* – препарат, обладающий тканеспецифическим действием на центральную нервную систему, осуществляющий церебропротекторное, ноотропное и противосудорожное влияние, стимулирующий репаративные процессы в коре головного мозга и восстанавливающий, тем самым, функциональную значимость коры больших полушарий. Также кортексин регулирует соотношение тормозных и возбуждающих аминокислот, соотношение дофамина и серотонина в головном мозге и, обладая антиоксидантной активностью, способствует нормализации биоэлектрической активности головного мозга [1].

Кортексин включали в курс медикаментозной реабилитации всем больным с ДЦП в виде ежедневных однократных внутримышечных инъекций по 10 мг в течение 30 дней.

2. *Актовегин* – современный антигипоксант, применяемый для лечения и профилактики гипоксических и ишемических нарушений органов и тканей, влияющий на процессы внутриклеточного метаболизма. Под влиянием этого препарата улучшается транспорт глюкозы в клетки, поглощение её и кислорода нервной тканью. Актовегин оказывает активизирующее действие на метаболические процессы в головном мозге, улучшает кровообращение ишемизированной ткани мозга и периферического звена кровообращения в целом. В ходе его примене-

ния отмечается восстановление кровообращения в зоне ишемии, обусловленное усилением васкуляризации и развитием коллатерального кровообращения.

Всем пациентам в период реабилитации назначали актовегин *per os* по 1-2 драже (200-400 мг) 3 раза в день перед едой.

3. С целью воздействия на спастическое состояние сосудов, питающих стволы малоберцового и большеберцового нервов в течение 10-20 дней вводили сосудорасширяющие препараты (никотиновая кислота, эуфиллин).

Наряду с применением общепринятой схемы терапии в виде внутримышечных инъекций 1% раствора никотиновой кислоты, прозерина, витаминов группы В, нейропротекторов в отдельных случаях лекарственные средства вводили в область головки малоберцовой кости на 2 см ниже её основания. Дозу препарата подбирали индивидуально: от 1 до 3-4 мл 1% раствора никотиновой кислоты. Основанием для таких назначений послужили работы Б.М. Гехта, в которых он сообщает, что при восстановлении кровообращения вышеуказанным путем в периферическом нерве, взятом от трупа, даже на третьи сутки восстанавливается проводимость этого нерва.

К тому же известно, что при внутрикожном введении лекарственных веществ их всасывание происходит медленнее, чем при внутримышечном или подкожном введении. Следовательно, подкожный способ введения обеспечивает более длительное воздействие препарата.

Методика введения. В область головки малоберцовой кости в целях воздействия на периферическую большеберцовую артерию, участвующую в кровоснабжении малоберцового нерва, внутрикожно вводят 4-6 мл 1% раствора никотиновой кислоты до образования лимонной корки. Инъекции повторяют через 2-4 дня. Для уменьшения раздражающего и болевого действия при внутрикожном введении никотиновой кислоты рекомендуется предварительно проводить анестезию 0,5% раствором новокаина, который также вводят внутрикожно в количестве 3-4 мл. Курс лечения состоит из 4-6 внутрикожных инъекций никотиновой кислоты [2].

Помимо вышеуказанных мероприятий в комплекс реабилитации пациентов в послеоперационном периоде включали электронейромиостимуляцию (ЭНМС) для активного восстановления мышц. Для ЭНМС применяли различные приборы, зарегистрированные и разрешенные к применению Минздравом РФ [2].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Для динамического контроля эффективности проводимой реабилитации мы использовали

метод электронейромиографии (ЭНМГ) в ближайшие и отдаленные сроки лечения, в среднем

от 6 месяцев до 5 лет. Результаты ЭНМГ варьировали в зависимости от генеза заболевания. При деформациях стоп, связанных с поражением ЦНС на уровне головного и/или передних рогов спинного мозга, положительной динамики не прослеживалось. Несмотря на курсы проводимой терапии, сохранялись аксонально-демиелинизирующие поражения малоберцового и большеберцового нервов. При деформациях

стоп, связанных прежде всего с поражением периферических отделов нервов, проводимые лечебные мероприятия имели эффект – поражения малоберцового и большеберцового нервов регрессировали до умеренной или легкой степени выраженности, а в отдельных случаях было отмечено полное восстановление функции нервных стволов.

ВЫВОДЫ

Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы:

– остеосинтез голени и стопы спице-стержневыми аппаратами внешней фиксации является эффективным и малотравматичным методом исправления врожденных и приобретенных деформаций стопы;

– включение в комплекс лечебных мероприятий препаратов, улучшающих трофику и метаболизм нервной системы в целом и нервно-мышечного комплекса в частности, позволяет оптимизировать процесс восстановления нарушенных функций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Церебральные пароксизмы и кортексин: Метод. рекомендации / Сост.: И.И. Шоломов, А.Г. Коротков, Л.А. Кабанова, Н.Н. Соловых. – Саратов, 2003. – 18 с.
2. Нейростоматологический подход к лечению лицевого нейропатии: Метод. рекомендац / С.Н. Сальникова, Л.А. Гооге, Шоломов И.И. – Саратов, 2002. – 21 с.

Рукопись поступила 30.06.03.

Предлагаем вашему вниманию



В.И. Шевцов, А.М. Аранович, Р.Д. Бородайкевич

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИМИСЯ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ



ISBN5-87247-072-X
Курган, 2003 г. – 284 с.

Монография посвящена проблеме лечения больных с неправильно сросшимися переломами костей голени неосложненных и осложненных хроническим остеомиелитом.

В монографии обоснована методика малотравматичной кортикотомии, определены показания и противопоказания к различным методикам чрескостного остеосинтеза.

Разработана классификация больных с неправильно сросшимися переломами костей голени, осложненных хроническим остеомиелитом. С помощью радиологических методов исследованы распространенность остеомиелитического процесса, состояние иммунного фона, свертывающей системы крови у больных с хроническим остеомиелитом.

Описаны особенности ведения больных обеих групп в послеоперационном периоде. Изучены отдаленные анатомо-функциональные результаты лечения, дан подробный анализ встретившихся ошибок и осложнений, описаны способы их лечения и меры профилактики. Монография предназначена для травматологов-ортопедов.

