

14. Mathias C.J., Deguchi K., Bleasdale-Barr K., Smith S. Familial vasovagal syncope and pseudosyncope: observations in a case with both natural and adopted siblings. *Clin Auton Res*, 2000, Feb, 10 (1): 43-45
15. Massin M. Diagnosis and treatment of vasovagal syncope in the child and adolescent. *Arch. Pediatr.*, 1998, Aug, 5 (8): 923-6
16. Racco F., Sconocchini C., Alesi C., Zappelli L., Pratello G. Long-term follow-up after syncope. A group of 183 patients observed for 5 years. *Minerva Cardioangiol*, 2000, Mar, 48 (3): 69-78
17. Rodriguez-Nunez A., Fernandez- Cebrian S., Peter-Munururi A. et al Cerebral syncope in children *J. Pediatr.* 2000, Apr, 136 (4): 542-4
18. Salim M.A., Ware L.E., Barnard M., Alpert B.S., Disessa T.C. Syncope recurrence in children: relation to tilt-test results. *Pediatrics*, 1998, Oct, 102 (4 Pt 1), 924-6
19. Taylor B., MPAS, PA-C, Green M.S., MS, PA-C Evaluating and managing syncope. *Medical College of Georgia*, 2000, Aug (11): 155-64, 71-72

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ЭКВИНО-ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП У ДЕТЕЙ

Б.Б. Богданов, Л.С. Горина, В.В. Массарыгин, Л.В. Якубчик

Московский областной научно-исследовательский клинический институт

Врожденная эквино-варусная деформация стоп – наиболее частая патология опорно-двигательного аппарата, встречающаяся при рождении детей. По данным Шапошникова Ю.А. (1997), от 1 до 3 из 1000 детей рождаются с *pes equino-vagus congenus*. Выделяют две формы врожденной эквино-варусной деформации стоп: типичную (первичную) косолапость и нейрогенную, паралитическую (вторичную) косолапость.

Для паралитической косолапости характерна варусная установка стопы, изолированная или в комбинации с эквиноусной установкой. Развивается в результате выпадения функции малоберцовых мышц, а при наличии эквиноварусной деформации паралич распространяется на переднюю группу мышц голени. Причины поражения могут быть различными: спинномозговые грыжи, повреждение спинного мозга в процессе родового акта, повреждение седалищного и малоберцового нервов, полиомиелит, энцефалит, болезнь Литтла. Клинические признаки: атрофия мышц голени, отсутствие активных пронационных движений вокруг горизонтальной переднезадней оси стопы, отсутствие разгибания ее, наличие характерных деформаций (варуса, подошвенного сгибания, торсии дистального конца голени внутрь).

Типичная двусторонняя косолапость встречается у 50% детей, родившихся с патологической установкой стоп и характеризуется выраженным изменением формы и соотношения костей стоп. Вопросами типичной косолапости занимаются ортопеды, предлагая проводить лечение, направленное на стопу и голеностопный сустав (этапное гипсование и оперативная коррекция). При этом не учитываются все причины формирования порочной установки стоп и их связь с состоянием нейромоторного аппарата, что отрицательно сказывается на результатах лечения. Большая распространенность врожденной косолапости, недостаточная изученность нейрогенных механизмов ее возникновения, большая частота рецидивов после хирургической коррекции определили актуальность этого исследования.

Цель исследования: определить нейрофизиологические критерии дифференциальной диагностики типичной (первичной) и паралитической (вторичной) косолапости, уточнить показания к хирургической коррекции с учетом данных нейрофизиологического обследования.

Результаты. Обследовано 18 детей от 3 до 14 лет с врожденной косолапостью. Проводилась электронейромиография (ЭМГ) ног в сочетании с исследованием ранних компонентов церебральных соматосенсорных вызванных потенциалов (ССВП). ЭМГ включала изучение скорости распространения возбуждения (СРВ) по двигательным волокнам большеберцовых и малоберцовых нервов, амплитуд М-ответов, исследование F-волн. ССВП регистрировались при стимуляции срединных и большеберцовых нервов.

У 8 обследованных (1 группа) не было изменений ЭМГ и ССВП, отмечено только снижение амплитуд М-ответов с короткого разгибателя пальцев при стимуляции малоберцовых нервов, что при нормальной СРВ может быть следствием патологии этой мышцы. Эта группа больных наиболее перспективна в плане оперативного лечения. У 3 больных (2 группа) при нормальных показателях ЭМГ выявлялись изменения ССВП при стимуляции только большеберцовых нервов, что свидетельствовало о нарушении функций быстропроводящих волокон соматосенсорных путей на поясничном или грудном уровнях. У 5 больных (3 группа) отмечено изменение ранних компонентов ССВП при стимуляции как срединных, так и большеберцовых нервов, при этом показатели ЭМГ были в пределах нормы (за исключением амплитуд М-ответов с короткого разгибателя пальцев). Вторая и третья группы больных менее перспективны в плане оперативного лечения, чем первая. У 2 детей (4 группа) выявлялись изменения как показателей ЭМГ (снижение СРВ по нервам, амплитуд М-ответов, блок F-волн), так и показателей ССВП (увеличение латентностей и снижение амплитуд ранних компонентов). Прогноз эффективности оперативного лечения в данной группе детей неблагоприятный. По результатам комплексного нейрофизиологического обследования 1 группу больных (45% обследованных) можно отнести к типичной (первичной) форме заболевания.

Таким образом, объективизация поражения периферических нервных стволов и соматосенсорных путей является основным критерием диагностики паралитической косолапости.