

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ И ДЕФОРМАЦИЙ СТОП У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПОЛИОМИЕЛИТА

И.И. Лосев, А.П. Чернов, А.А. Чернов

*Кафедра травматологии и ортопедии (зав. — акад. А.Ф. Краснов) Самарского
государственного медицинского университета*

Нестабильность и деформации стоп у больных с последствиями полиомиелита занимают особое положение в связи с тем, что встречаются чаще других паралитических деформаций опорно-двигательного аппарата и склонны к прогрессированию в периоде роста. Развитие паралитической нестабильности и деформаций стопы обусловлено распространенностью и глубиной поражения мышц голени. На наш взгляд, целесообразно выделить три вида паралитической нестабильности стопы: 1) паралитическая разболтанная; 2) паралитическая отвисяющая; 3) паралитическая пяточная. Наши исследования показывают, что у больных с паралитической нестабильностью стопы можно отчетливо выявить три основных симптома: разболтанность в голеностопном, подтаранном или обоих суставах одновременно, потерю способности к замыканию, нарушение переката стопы.

Паралитическая разболтанная стопа характеризуется отсутствием активных движений в голеностопном суставе. В неопорный период шага она отвисает, а при опоре занимает необычное положение и чаще всего отклоняется кнаружи. При недоразвитии голеностопного сустава такая стопа становится практически неопорной. У больных с отвисяющей стопой возможно активное сгибание за счет сохранения силы трехглавой мышцы голени. В отличие от “конской” стопы, положение сгибания в голеностопном суставе не фиксировано, стопа в процессе ходьбы постоянно меняет свое положение. При пяточной стопе “пятка” отвисает, перекат стопы, как и при первых двух видах нестабильности, нарушается, однако возможно тыльное сгибание при отсутствии подошвенного.

Среди паралитических деформаций стопы можно выделить наиболее типичные: эквинусная (*pes equinus*), вальгусная (*pes valgus*), варусная (*pes varus*), полая (*pes excavatus*) и различные их сочетания. Лечение паралитической нестабильности и паралитических деформаций стопы представляет собой трудную задачу, и ободряющие ближайшие результаты могут не радовать в дальнейшем.

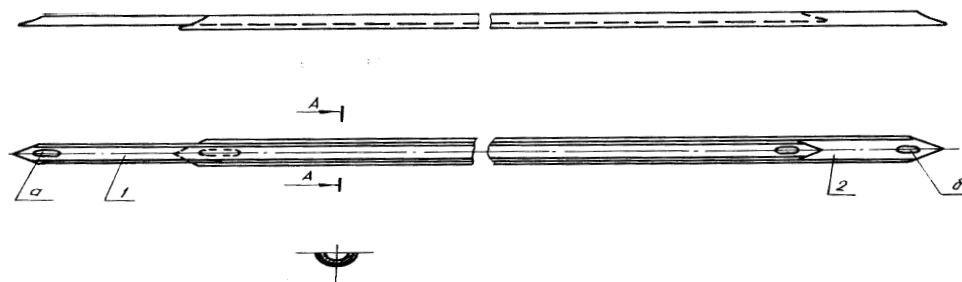
В клинике травматологии и ортопедии Самарского медицинского университета с 1947 по 1990 г. на восстановительном лечении находились 2698 больных с последствиями полиомиелита, из них у 1334 человек были деформации и нестабильность стопы (табл. 1). Возраст пациентов варьировал от 4 до 68 лет.

Таблица 1

Распределение больных по характеру деформации стоп

Вид деформации	Число больных	%
Эквинусная	202	15,14
Эквино-варусная	239	17,92
Эквино-вальгусная	35	2,62
Эквино-полая	163	12,22
Эквино-поло-варусная	29	2,17
Варусная	30	2,25
Вальгусная	26	1,95
Полоая	132	9,90
Пяточная	90	6,75
Пяточно-вальгусная	27	2,02
Пяточно-варусная	7	0,52
Пяточно-поло-вальгусная	6	0,45
Болтающаяся	263	19,72
Отвисающая	85	6,37
Итого	1334	100,0

Нами разработан комплекс восстановительного ортопедического лечения больных с различными видами паралитической нестабильности и деформаций стоп. Он включает предоперационную подготовку, оперативное вмешатель-



Комбинированная игла-проводник.

ство, послеоперационную реабилитацию, периодическое поддерживающее лечение. В разработанный комплекс входят следующие консервативные мероприятия: медикаментозная стимуляция, лечебная гимнастика, бальнеотерапия, массаж, гипербарическая оксигенация. ГБО-терапия применяется в предоперационном, раннем и позднем послеоперационном периодах, а также во время

С целью облегчения выполнения операций на стопе и других сегментах опорно-двигательного аппарата нами предложено устройство “комбинированная игла-проводник” (патент № 2147796). Игла-проводник (см. рис.) состоит из двух заостренных с обоих концов полуцилиндров (1 и 2) различной длины. На заостренных концах выполнены проушины (а и б) для фиксации трансплан-

Таблица 2

Отдаленные результаты оперативного лечения паралитической нестабильности и деформации стоп

Вид деформации	Результаты лечения						Всего	
	хорошие		удовлетворительные		неудовлетворительные			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Паралитическая болтающаяся	13	21,7	43	71,7	4	6,7	60	100,0
Паралитическая пяточная	15	23,1	43	66,2	7	10,8	65	100,0
Паралитическая отвисающая	6	40,0	6	40,0	3	20,0	15	100,0
Эквинусная	20	23,5	50	58,8	15	17,7	85	100,0
Варусная	5	10,0	32	64,0	13	26,0	50	100,0
Вальгусная	2	6,7	20	66,7	8	26,7	30	100,0
Полая	6	30,0	12	60,0	2	10,0	20	100,0
Итого	67	20,6	206	63,4	52	16,0	325	100,0

поддерживающего лечения. Использование гипербарической оксигенации, по нашим данным, позволило сократить сроки и улучшить результаты лечения больных с последствиями полиомиелита [2].

В клинике применяются известные и предложенные сотрудниками операции. Нами разработан ряд новых операций для лечения нестабильности паралитических деформаций стоп: способ лечения паралитической стопы (А.П. Чернов, а.с. № 1449118); способ трехсуставного артродеза стопы (А.П. Чернов, а.с. № 1063306); способ лечения эквинусной стопы (И.И. Лосев, А.П. Чернов, А.Ф. Краснов, а.с. № 16800122); способ лечения пяточной стопы (А.Ф. Краснов, А.П. Чернов, Г.Г. Воробьев, рац. предложение).

татов как непосредственно, так и с помощью нитей. Внутренний диаметр более широкого полуцилиндра совпадает с наружным диаметром более узкого полуцилиндра, что позволяет им скользить в любом направлении входясь в одном канале. В результате создан удобный проводник, благодаря которому в одном канале располагаются сразу два или более трансплантатов как в одном, так и другом направлениях. Комбинированная игла-проводник с успехом была применена при 20 операциях сухожильно-мышечной пластики на стопе.

Нами изучены результаты оперативного лечения 325 больных с паралитическими деформациями стопы в отдаленные сроки (до 30 лет) после операции (табл. 2).

Таблица 3

Отдаленные результаты лечения в зависимости от способа операции

Способы	Результаты лечения						Всего	
	хорошие		удовлетворительные		неудовлетворительные			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Закрытая ахиллотомия по Байеру	7	9,0	52	66,6	19	24,4	78	100,0
Сухожильно-мышечные пересадки	8	27,6	18	62,1	3	10,3	29	100,0
Сухожильно-мышечные пересадки в сочетании с трехсуставным артродезом	13	40,6	17	53,1	2	6,3	32	100,0
Клиновидные и серповидные резекции стоп	6	11,8	32	62,8	13	25,5	51	100,0
Артродез голеностопного сустава по Евстропову—Мухиной	7	14,6	33	68,8	8	16,7	48	100,0
Трехсуставной артродез	4	26,7	9	60,0	2	13,3	15	100,0
Трехсуставной артродез (по способу автора)	13	32,5	27	67,5	0		40	100,0
Прочие комбинированные операции	9	28,1	18	56,3	5	15,6	32	100,0
Итого	67	20,6	206	63,4	52	16,0	325	100,0

Результаты наших наблюдений совпадают с данными Н.А. Градюшко [1] об уменьшении количества положительных и увеличении количества отрицательных результатов в зависимости от продолжительности времени после операции. Так, за тридцатилетний срок наблюдений положительные результаты были получены у 84% больных, отрицательные — у 16%. У 177 больных, прооперированных в последние 15 лет, хорошие и удовлетворительные результаты отмечались в 93% случаев, неудовлетворительные — в 7%. Наиболее часто отрицательные результаты регистрировались у больных с вальгусными и варусными деформациями стоп, несколько реже — при отвисающей и эквинусной стопах.

Анализ результатов в зависимости от способа операции представлен в табл. 3.

Закрытая ахиллотомия по Байеру, клиновидная и серповидная резекция стоп приводила к наихудшим отдаленным результатам. Это связано с тем, что указанные операции менее других имеют биомеханическое основание. Так, ахиллотомия как самостоятельная операция не восстанавливает мышечное равновесие. Клиновидная и серповидная резекция стопы не замыкает подтаранный и шопаров суставы. Как известно, причина вальгусных и варусных деформаций стоп у больных с последствиями полиомиелита связана в основном с разболтанностью в этих суставах.

Весьма положительные результаты были получены при сочетании пересадок с трехсуставным артродезом стопы. Наши данные совпадают с результатами исследований других авторов о перспективности комбинированных вмешательств. Трехсуставной артродез как самостоятельное вмешательство, по нашим данным, наиболее показан для больных с разболтанностью в подтаранном и шопаровом суставах и равномерным парезом сгибателей и разгибателей стопы. В качестве корригирующих вмешательств на стопе наиболее приемлемыми являются клиновидные резекции подтаранного, шопарова или обоих суставов вместе.

Анализ причин неудовлетворительных результатов у наблюдавшихся нами больных показал, что они были обусловлены неправильным выбором показаний к операции, погрешностями технического характера, послеоперационными осложнениями, нарушением правил иммобилизации, отказом от ношения ортопедической обуви или слишком коротким периодом пользования ею. Большинство больных с неудовлетворительными результатами не находились под регулярным наблюдением ортопеда, им не проводилось поддерживающее лечение.

Паралитические деформации стоп и нестабильность занимают по частоте первое место среди других искривлений опорно-двигательного аппарата у боль-

ных с последствиями полиомиелита. Для получения положительных исходов следует правильно выбирать показания к операции, применять наиболее результативные способы вмешательств, соблюдать правила иммобилизации, назначать длительное ношение ортопедической обуви, проводить регулярное поддерживающее лечение. Из всех способов наиболее физиологичны и результативны комбинированные вмешательства, включающие сухожильно-мышечные пересадки и трехуставной артродез.

ЛИТЕРАТУРА

1. Градюшко Н.А. Проблема нейровирусных заболеваний и реабилитация паралитических последствий. — М., 1971. — Т. XXV. — С. 290—294.

2. Орлова А.А., Чернов А.П. Сборник научных работ. — Куйбышев, 1984. — С. 126—128.

Поступила 27.11.01.

REHABILITATION ORTHOPEDIC TREATMENT OF PARALYTIC INSTABILITY AND FOOT DEFORMITY IN PATIENTS WITH POLIOMYELITIS AFTEREFFECTS

I.I. Losev, A.P. Chernov, A.A. Chernov

S u m m a r y

The results of surgical treatment of 1334 patients with paralytic deformities and foot instability were presented. The long-term results up to 30 years after surgery were studied on 325 patients with poliomyelitis aftereffects. It was shown that three-joint arthrodesis-conjunction of talocalcaneal, taloscapoid and calcaneocuboid foot articulations were of great importance. The best results were achieved in combined surgeries: musculotendinous transplantation with three-joint foot arthrodesis.

УДК 616.124.2—008.64—02:616.831.824

СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

О.В. Булашова, Т.Г. Фалина, Н.А. Костромова

Межрегиональный клинико-диагностический центр (ген. директор — Р.И. Туишев), г. Казань, кафедра пропедевтики (зав. — проф. В.Н. Ослопов) Казанского государственного медицинского университета

Актуальность хронических форм сосудистой мозговой недостаточности общеизвестна. Дисциркуляторная энцефалопатия сопровождается формированием разнообразных неврологических и нейропсихологических нарушений [4]. В медицинской литературе имеется достаточно много сведений о критериях диагностики острых нарушений мозгового кровообращения. В то же время клинические проявления хронической церебральной недостаточности, особенно на начальном этапе развития патологии, изучены неполно. Этиологические варианты развития дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) довольно разнообразны и включают широкий спектр сердечно-сосудистой патологии. Тесная взаимосвязь ДЭ с заболеваниями сердечно-сосудистой системы является, на наш взгляд, ключевым моментом в понимании сути происходящих патогенетических изменений [2].

Как правило, наличие тех или иных мозговых расстройств — это следствие ишемии мозга, что во многом связано с особенностями мозгового кровотока. При артериальной гипертензии и атеросклерозе состояние мозгового кровото-

ка и его ауторегуляторные механизмы изучены хорошо, сведений же о состоянии церебральной перфузии у больных с хронической сердечной недостаточностью крайне мало.

В последние десятилетия повышенное внимание кардиологов и терапевтов привлекает хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Постарение населения, увеличение числа больных, перенесших инфаркт миокарда, пациентов с другими формами ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензией (АГ), распознавание больных с кардиомиопатиями (КМП) способствуют росту числа больных с ХСН [1]. Очевидно, что в широкой клинической практике следует существенно усилить внимание к оценке в отдельности состояния сердечно-сосудистой и нервной систем, а также к их патогенетической связи в процессе развития недостаточности кровообращения с учетом гетерогенности клинических вариантов этиологии и на более ранних сроках прогрессирования заболевания. Успешное лечение ишемии мозга целесообразно и эффективно лишь при правильной трактовке критериев оценки гемодинамичес-