

чаях (5%). В группе сравнения тромботические осложнения имелись у 8 пациенток (8%), гемморрагические – у 24 (25%).

Таким образом, своевременное выявление характера нарушений системы гемостаза у больных с фибромиомой матки и целенаправленный подход к выбору интраоперационного обезболивания могут рассматриваться, как специфическая мера профилактики тромбгеморрагических осложнений у данной категории больных.

К ВОПРОСУ ОБ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ ПРИ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ СПАСТИЧНОСТИ

Королев А.А.

*Санкт-Петербургская государственная
педиатрическая медицинская академия,
Санкт-Петербург, e-mail: koroland.dok@mail.ru*

Острые нарушения мозгового кровообращения остаются важнейшей медико-социальной проблемой во всех экономически развитых странах мира, не смотря на значительные успехи фундаментальных и прикладных исследований в области цереброваскулярной патологии. Среди факторов, обуславливающих инвалидизацию постинсультных больных, наибольшее значение имеют двигательные нарушения, основным клиническим проявлением которых является центральный спастический парез. По данным ВОЗ, распространенность постинсультной спастичности в мире составляет 200 человек на 100 тыс. жителей, спастичностью страдает более 12 млн. больных. Однажды развившись, спастический парез, как правило, сохраняется в течение всей жизни больного. При этом если спастичность сохраняется в течение длительного времени, в отсутствие лечения, развиваются вторичные изменения в мышцах, сухожилиях и суставах (фиброз, атрофия, контрактура, пролежни, деформация и утрата функции конечностей).

Существует множество консервативных методов лечения постинсультной спастичности: физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, ортезирование спастичных конечностей, введение в спастичные мышцы препаратов ботулотоксина, фенола и алкоголя, применение миорелаксантов центрального действия и др.

Затрагивая вопрос о необходимости оперативного лечения постинсультных двигательных спастических нарушений, следует отметить, что хирургическое лечение не является самостоятельным и окончательным методом лечения у данного контингента больных, а лишь служит этапом терапии, необходимой некоторым пациентам.

При решении вопроса о показаниях к ортопедической операции оценивают целый ряд факторов:

1) давность поражения центральной нервной системы. Ортопедическое вмешательство

показано лишь тогда, когда исчерпаны возможности восстановления нарушенных функций (не ранее чем через 12 месяцев после перенесенного инсульта);

2) характер спастичности – динамический или статический. Под динамическим характером спастики понимают усиление гипертонуса при движениях (например, скрещивание ног, возникающее при ходьбе у детей, страдающих детским церебральным параличом). Статический характер спастики обычно является результатом довольно длительного повышения мышечного тонуса, приведшего к формированию фиксированных контрактур, выраженность которых одинакова как в покое, так и при движениях. В некоторых случаях для определения характера гипертонуса приходится прибегать к блокадам нервных стволов местными анестетиками типа лидокаина;

3) степень сохранности чувствительности конечности, резидуальных двигательных функций, высших корковых функций. Так, восстановительная операция на конечности может оказаться бессмысленной в отношении улучшения способности больного к самообслуживанию при наличии грубых нарушений праксиса и гнозиса, либо при нарушении опорно-стабилизирующей функции туловища и плечевого, либо тазового пояса;

4) сопутствующие повреждения опорно-двигательного аппарата (переломы, вывихи, артриты, оссификации), поскольку несвоевременное выявление этих поражений может полностью нивелировать успех грамотно проведенной ортопедической операции.

Таким образом, отбор больных должен быть очень тщательным. При положительном решении о показаниях к ортопедическому вмешательству четко определяется его цель (улучшение походки, улучшение захвата кисти, увеличение объема движения в суставе с целью облегчения самообслуживания и т.п.), а также тип оперативного вмешательства. Следует отметить, что результаты ортопедического лечения необратимы, и в этой связи необходимо отметить, что неточный выбор мышц-мишеней для операции может привести к прогрессирующему усугублению двигательного дефекта.

ВОЗМОЖНЫЕ МЕТОДЫ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МЫШЕЧНОЙ СПАСТИЧНОСТИ

Королев А.А.

*Санкт-Петербургская государственная
педиатрическая медицинская академия,
Санкт-Петербург, e-mail: koroland.dok@mail.ru*

Состояние мышечного тонуса и его роль в осуществлении двигательного акта изучали многие авторы. Изменения мышечного тонуса при церебральной и спинальной сосудистой