

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

патологии носят разнообразный характер: мышечная гипотония в остром периоде поражения центральных мотонейронов и их проводников, мышечная дистония, повышение мышечного тонуса в паретичных конечностях по спастическому или смешанному типу с присоединением пластичной ригидности в поздних периодах заболевания. Патофизиология расстройств мышечного тонуса в настоящее время окончательно не выяснена и продолжает интенсивно изучаться.

Для коррекции мышечного гипертонуса нередко используют пероральные лекарственные средства. В целом, прием антиспастических препаратов только у части больных улучшает двигательные функции, а нередко у ходячих больных приводит даже к временному ухудшению стояния и ходьбы, поскольку спастичные мышцы конечностей выполняют важную опорную функцию при ходьбе.

В тяжелых случаях спастичности, при отсутствии эффекта от консервативных методик восстановительного лечения, можно решать вопрос о проведении нейрохирургических операций.

Ризотомия (перерезка спинномозговых корешков) может быть открытой (требует выполнения ламинэктомии) или закрытой (чрезкожной, осуществляемой под флюорооскопическим контролем с помощью специального инструментария), полной или селективной, передней или задней. Поскольку передняя ризотомия приводит к тяжелой дегенеративной атрофии всех мышц, имеющих соответствующую иннервацию, предпочтение отдается задней селективной ризотомии.

Задняя (дорзальная) селективная ризотомия, или пересечение определенной порции дорзальных корешков, выполняется наиболее часто на пояснично-крестцовом уровне при спастическом параличе нижних конечностей, при частичной сохранности произвольных движений и существенной ограничивающей роли спастичности в реализации этих движений. Выбор тех порций корешков, которые подлежат перерезке, определяется путем предварительного проведения электрофизиологического исследования реакции мышц при стимуляции соответствующих корешков и выяснения роли тех или иных корешков в поддержании мышечного гипертонуса. К основным побочным результатам ризотомии относятся слабость и гипотония конечностей. Описаны также случаи возникновения тазовых нарушений, чувствительных расстройств, вывихов в тазобедренном суставе. Наибольший опыт применения ризотомии накоплен при лечении детского церебрального паралича, однако мнения специалистов об эффективности этой операции достаточно противоречивы.

При обсуждении проблемы лечения наиболее тяжелых форм спастичности упоминаются такие методы оперативного лечения, как стереотак-

сические операции на головном мозге и задняя продольная миелотомия. Однако в виду тяжести возможных осложнений этой операции она не нашла широкого распространения в клинической практике.

Таким образом, проведенный анализ отечественной и зарубежной научной литературы показывает, что проблема нейрохирургического лечения спастического мышечного гипертонуса в течение многих лет занимает одно из важных мест в практической нейрохирургии. Многообразие клинических проявлений спастичности, недостаточная эффективность применяемых в настоящее время методов лечения, обязывает к совершенствованию предлагавшихся ранее и поиску новых методов лечения данной патологии.

НЕЙТРОЦИТОЗ И МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Космачёва Е.Д., Васильчева Ж.М.,
Чуприненко Л.М., Славинский А.А.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, e-mail: lmchbox@mail.ru

Обострение патологического процесса при ишемической болезни сердца (ИБС) сопровождается развитием острого коронарного синдрома (ОКС), включающего в себя нестабильную, впервые возникшую и раннюю постинфарктную стенокардию, а также инфаркт миокарда (ИМ). На догоспитальном этапе дифференциальная диагностика острых форм ИБС имеет определенные трудности, которые обусловлены схожестью клинической картины, возникающей при нарушении коронарного кровотока. Предварительный диагноз ОКС требует немедленной госпитализации пациента и срочного начала патогенетической терапии, направленной на стабилизацию кровотока в миокарде [1, 2].

Цель работы: оценить прогностическую значимость показателей лейкоцитоза, нейтроцитоза и метаболической активности нейтрофильных лейкоцитов у больных с ОКС.

В исследование включено 176 пациентов с ОКС, поступивших в Краевую клиническую больницу №1 г. Краснодара. Взятие крови для исследования проводили на 1-е сутки госпитализации. Определяли общее количество лейкоцитов, абсолютное и относительное количество нейтрофильных лейкоцитов при помощи гематологического анализатора «Beckman coulter» Германия. Метаболическую активность нейтрофилов оценивали в НСТ-тесте, который позволяет определить активность НАДФН-оксидазы – ключевого фермента респираторного взрыва. В участках цитоплазмы клеток, где фермент проявляет свою активность, нитросиний тетразолий превращается в гранулы диформаза си-