

То, что патологическая афферентация носит в значительной мере вегетативный характер, согласуется с фактом вегетативной асимметрии на нижних конечностях как при обычном коксартрозе [1, 2], так и при остеонекрозе головки бедра [4]. Проведенная нами кожная термометрия у этой группы больных показала заметное снижение кожной температуры (на 1—1,5°) на стороне поражения, что свидетельствует о симпатической ирритации, способствующей широкой реперкуссии болевого синдрома. Она может затрагивать и функцию магистральных сосудов конечностей, создавая тенденцию к спазмам, снижению осцилляции, т. е. симптомам, отдаленно напоминающим облитерирующее сосудистое заболевание. Мы наблюдали 2 больных с идиопатическим остео-некрозом, ранее в течение ряда лет безуспешно подвергавшихся лечению по поводу «облитерирующего эндартерита». Причиной ошибочной диагностики было снижение осцилляционного индекса на больной конечности наряду с болями в икроножной мышце при ходьбе.

Конечно, люмбоишиалгический характер болей и наслоение вертебральной клиники теоретически могут сопутствовать любой патологии тазобедренного сустава, в частности коксартрозу. Однако при последнем раннее нарушение суставной функции (вследствие первичного поражения суставного хряща) сводит на нет возможность ошибочного диагноза, в отличие от идиопатического остео-некроза.

Характерно, что при посттравматическом (после вывиха) остео-некрозе бедренной головки, имеющем много общего по своему патогенезу и клинике с идиопатическим, ошибки в первичной диагностике встречаются гораздо реже. Это объясняется и четкими указаниями в анамнезе на тяжелую травму сустава, и более интенсивным вовлечением в процесс суставного хряща с более ранним развитием артроза. Ни в одном из 12 наших наблюдений посттравматического остео-некроза не диагностировался ранее «радикулит» или «остеохондроз».

Таким образом, клиника идиопатического остео-некроза достаточно тесно переплетается с неврологической симптоматикой, и ошибки в диагностике этого заболевания связаны, как правило, с тем, что его принимают за неврологическое страдание. Объективно этому могут способствовать: 1) люмбоишиалгический характер болевого синдрома вследствие реперкуссии по склеротомам от зоны остео-некроза бедренной головки; 2) стимуляция первично возникающим остео-некрозом преморбидной вертебральной патологии; 3) создание первичной вертебральной патологией благоприятного фона для вегетосудистых нарушений, приводящих к остео-некрозу.

Однако главной причиной диагностических ошибок остается недостаточная осведомленность широких кругов практических врачей вообще и невропатологов в особенности относительно этого, крайне тяжелого заболевания. Для раннего распознавания идиопатического остео-некроза головки бедра у взрослых нужна прежде всего определенная диагностическая настороженность врача, он должен иметь в виду возможность подобной патологии. Очень важно, чтобы невропатологи помнили о необходимости клинического обследования тазобедренных суставов; большое значение имеет своевременная рентгенография и консультация опытного ортопеда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гиммельфарб А. Л., Попелянский Я. Ю. В кн.: Патология крупных суставов. Труды КНИИТО, 1972, т. 15. — 2. Енгалычева Н. А., Тютюник И. Ф. В кн.: Материалы II съезда травматологов-ортопедов республик Прибалтики. Рига, 1972. — 3. Мартынов Ю. С., Гафт П. Г. и соавт. Журн. невропатол. и психиатр., 1974, 2. — 4. Михайлова Н. М. Идиопатический асептический некроз головки бедренной кости у взрослых. Автореф. докт. дис., М., 1971. — 5. Петров Б. Г. В кн.: Вертеброгенная пояснично-крестцовая патология нервной системы. Материалы republ. конф. невропат., Казань, 1971, т. 1. — 6. Попелянский Я. Ю. В кн.: Вертеброгенные заболевания нервной системы. Новокузнецк, 1969.

Поступила 14 марта 1978 г.

УДК 362.655:616.833.58—001—089

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА

Доктор мед. наук Д. Л. Акбердина, Н. С. Якупова

Казанский НИИ травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки ТАССР проф. У. Я. Богданович)

Реферат. Из 170 инвалидов Отечественной войны, находившихся на лечении в Казанском НИИТО за период с 1946 по 1968 г., у 79 применены консервативные методы, 91 больному было проведено комплексное как оперативное, так и консервативное лечение. Среди больных, леченных оперативными методами, 70 были под-

вергнуты ортопедо-хирургическим вмешательствам и 21 — нейрохирургическим. С улучшением было выписано 71,8% больных. В результате лечения у них было достигнуто уменьшение трофических расстройств, исчезли воспалительные явления в тканях стопы, сократились, а у ряда больных стойко закрылись язвы.

Ключевые слова: седалищный нерв, трофические расстройства.

На огнестрельные повреждения седалищного нерва приходится от 30 до 50% повреждений периферической нервной системы. По нашим данным, инвалиды Отечественной войны с ранением седалищного нерва среди всех инвалидов Отечественной войны с повреждением опорно-двигательного аппарата по численности составляют третью группу, уступая лишь группе больных с остеомиелитом и болезнями культи. По характеру повреждения и его последствиям инвалиды Отечественной войны с ранением седалищного нерва относятся к одному из наиболее тяжелых контингентов больных. Тяжесть заболевания определяется тем, что вскоре после ранения в конечности, особенно в дистальных отделах ее, чаще всего в стопе, развиваются глубокие нейротрофические расстройства, которые захватывают не только мягкие ткани, но и скелет стопы. Нередко на опорной поверхности стопы появляется характерная пенетрирующая нейротрофическая язва, трудно поддающаяся излечению и склонная к частому рецидивированию.

В настоящем сообщении проанализированы результаты лечения в Казанском НИИТО 170 инвалидов Отечественной войны с повреждением седалищного нерва по материалам за 1946—1968 гг. В дальнейшем эти больные находились на амбулаторном наблюдении, их направляли на санаторно-курортное лечение, протезирование.

В зависимости от показаний инвалидов госпитализировали или в клинику нейрохирургии, или в клинику ортопедии и восстановительной хирургии. Часть пациентов находилась на стационарном лечении по несколько раз.

Как известно, по общепринятой классификации степень повреждения периферических нервов подразделяется на 4 группы: полный перерыв нерва, частичный перерыв, контузия, сдавление нерва инородными телами (металлическими осколками). У большинства больных была тяжелая степень повреждения нерва с анатомическим перерывом. Трофические язвы с преимущественной локализацией на стопе выявлены у 106 пациентов, у 42 из них язва сопровождалась остеомиелитическими изменениями в костях стопы. У 78 больных ранение было в верхней трети бедра, у 69 — в средней трети и у 23 — в дистальной.

79 больным было проведено консервативное лечение, 91 — комплексное как оперативное, так и консервативное.

Операции на нерве был подвергнут 21 больной. У 6 пациентов вмешательство заключалось в удалении невротомы центрального нерва, у 5 производилась нейрорафия, у 6 — невролиз, у 4 — удаление прилегающих к нерву металлических осколков. Показания для вмешательства на нерве определялись на основании клинко-рентгенологических, неврологических, электрофизиологических исследований, заключения нейрохирурга.

У значительной части больных (149) на этапах лечения в институте после исследований операция на нерве была сочтена нецелесообразной. У них имелись стойкие необратимые изменения в дистальных отделах конечности с выраженными трофическими расстройствами. 28 пациентам из этой группы операция нейрорафии производилась еще на начальных этапах лечения. Однако эффект ее оказался нестойким.

Тем не менее мы присоединяемся к точке зрения, что при неудаче первой операции возможна повторная ревизия нерва даже на отдаленных сроках. Так, из 21 операции на нерве, упомянутой выше, 3 были повторными. Они заключались в невролизе седалищного нерва. Эффективность их, к сожалению, также оказалась невысокой. Это было связано, по-видимому, с тем, что оперативное вмешательство осуществлялось на значительно отдаленных сроках, спустя 10—12 лет после травмы.

Ортопедо-хирургические вмешательства были произведены 70 больным. Большинство этих операций явилось вспомогательным средством лечения в тех случаях, когда был исчерпан комплекс нейрохирургических и неврологических средств. Операция некрэктомии и секвестрэктомии у больных с нейротрофическим остеомиелитом, в которой чаще всего вовлекаются кости стопы, является вмешательством, улучшающим течение раневого процесса и приводящим к закрытию раны, хотя и временному. Кожная пластика при нейротрофических язвах нередко оказывается безуспешной. Кожные трансплантаты, несмотря на приживление на ранних сроках после операции, в последующем вовлекаются в нейротрофический процесс.

Убедившись при многократных попытках в нецелесообразности кожной пластики при нейротрофических язвах, мы в дальнейшем отказались от ее применения в указанных случаях. Попытка кожной пластики при язве на почве повреждения магистральных нервных стволов нередко может оказаться лишь дополнительной травмой для больного.

34 больным в связи со стойкими нейротрофическими изменениями в периферических отделах раненой конечности и продолжительным раневым процессом, угрожающим истощением больного, была произведена ампутация конечности: у 9 — в дистальном отделе голени по Пирогову, у 21 — на уровне средней трети голени и у 4 — в дистальной трети бедра по Гритти.

Ампутацию производили в пределах клинически здоровых тканей, а у части больных — в зоне гипоестезии. Наблюдения показали, что у всех пациентов после ампутации конечности заживление кожных ран происходило в обычные сроки, на отдаленных сроках нейротрофические расстройства не возникали, больные пользовались протезами. Этот опыт убедил нас, что при стойких нейротрофических процессах ампутация становится вынужденной мерой. С целью формирования максимально длинной культы она может быть произведена и на уровне частичной гипоестезии. Артродез выполнен лишь при отсутствии раневого процесса на стопе. Наиболее эффективен так называемый артродез корня стопы, при котором сразу артродезируются надтаранный, подтаранный и таранно-ладьевидные суставы. Эта операция возвращает больному устойчивость стопы, предупреждает развитие деформирующих изменений в суставах стопы, избавляет от болей. Однако при нейротрофических процессах в стопе показания к этой операции весьма ограничены.

Из консервативных методов лечения нами широко использовались физиотерапия (К-электрофорез, УФ-облучение, УВЧ-терапия, гальванизация, грязелечение), лечебная физкультура, массаж.

Физиотерапевтические и оперативные методы лечения инвалидов Отечественной войны с повреждением седалищного нерва всегда сочетались с общеукрепляющим и медикаментозным лечением. Больным производили переливание крови, кровезаменителей, широко использовали витаминотерапию, назначали богатую витаминами и белками диету. У ряда больных с целью стимуляции регенеративных процессов применяли тканевую терапию по Филатову.

В результате лечения у 122 больных (71,8%) было достигнуто улучшение течения патологического процесса: уменьшение трофических расстройств, исчезновение воспалительных явлений в тканях стопы, сокращение, а у ряда больных стойкое закрытие язв. У 48 больных (28,2%) улучшения добиться не удалось. У части из них была произведена ампутация конечности, о чем упоминалось выше.

Поступила 16 ноября 1977 г.

УДК 616.717.5—009.7

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И КЛАССИФИКАЦИЯ ВЕГЕТАТИВНО-ИРРИТАТИВНОГО СИНДРОМА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ

Е. С. Строков

*Кафедра нервных болезней (зав.— проф. Я. Ю. Попелянский) Казанского ордена
Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Реферат. Обследовано 705 больных с переломом лучевой кости в типичном месте. У 134 (19%) выявлен вегетативно-ирритативный синдром и изучена его клиническая картина и течение. Предлагается разделять синдромы по распространенности на дистальную и тотальную симпаталгию руки, квадрантный и половинный синдром и выделять ангиодистоническую, дистрофическую и миофиброзную стадии течения. Чем более распространен патологический процесс, тем труднее он поддается лечению. Переход процесса во вторую — дистрофическую — стадию еще более затрудняет выздоровление.

Ключевые слова: лучевая кость, перелом, вегетативно-ирритативный синдром.

Библиография: 9 названий.

Переломы лучевой кости типичной локализации занимают первое место по частоте среди всех переломов. Согласно данным Г. И. Турнера (1931) и И. Ф. Тютюника (1961), после этих переломов в 9—16% развиваются вегетативно-ирритативные синдромы.

Нами обследовано 705 пациентов с переломом лучевой кости в типичном месте. У 134 из них (11 мужчин и 123 женщины в возрасте от 19 до 77 лет) был выявлен вегетативно-ирритативный синдром. Переломы справа были у 66, слева — у 68. Большинство больных находилось под наблюдением с первых дней после репозиции и наложения гипсовой повязки и только 34 пациента — после ее снятия. Контрольную группу составили 140 больных с переломом лучевой кости без вегетативно-ирритативного синдрома.

У 52 пострадавших с самого момента травмы возникли настолько интенсивные боли в предплечье и кисти, что больные в первые 1—6 суток не могли уснуть; боли продолжали беспокоить их в течение всего периода иммобилизации и немного стихали после обезболивания перед репозицией и иммобилизацией. Развивался отек пальцев и кисти, свободной от гипсовой повязки. Кожа кисти и пальцев с первых дней была багрово-синюшной, горячей на ощупь. Смена повязки облегчения не приносила.

Менее интенсивные боли в начальном периоде отмечены у 82 больных. Такими