

пользовались препараты, улучшающие микроциркуляцию, флеботропные препараты и диуретики короткого действия. Также ПемП и лазеротерапии с целью снижения отека, нормализации местного кровообращения, уменьшения болевых ощущений. 137 (88,9 %) пациентам с открытыми и закрытыми переломами, продолжили лечение методом скелетного вытяжения, как этап предоперационной подготовки. Динамическое наблюдение за показателями внутритканевого давления проводилось у 9 пациентов. У 23 пациентов с менее выраженной симптоматикой проводилось активное клиническое наблюдение. У всех пациентов в течение первых суток консервативного лечения отмечалась положительная клиническая динамика: уменьшался болевой синдром, отечность конечности, восстанавливалась чувствительность, четко определялся пульс на артериях стопы. В течение 3–4 суток происходило заживление ран на месте фликтен. На фоне данного лечения уровень внутритканевого давления не увеличивался и постепенно нормализовался. У 7 (4,5 %) пациентов произведен остеосинтез стержневым аппаратом. У 10 (6,5 %) пациентов в экстренном, а у 120 (77,9 %) — в плановом порядке применялся метод комбинированного чрескостного остеосинтеза аппаратом Илизарова с устранением всех видов смещения. У 24 (15,6 %) пациентов в плановом порядке применен БИОС с использованием устройства для distraction и репозиции. Применение комплексного подхода к лечению позволило купировать нейротрофические нарушения консервативно до хирургического лечения у всех пациентов, компартмент-синдромом, у 32 (91,4 %) пациентов, у 3 (8,6 %) пациентов понадобилась фасциотомия, проведенная в первые сутки от получения травмы.

Выводы

1. При определении тактики лечения пациентов со сложными сегментарными и сложными многооскольчатыми переломами большеберцовой кости необходимо учитывать степень повреждения костной ткани, характер и степень повреждения мягких тканей.
2. Внеочаговый остеосинтез и заблокированный интрамедуллярный остеосинтез как любой высокотехнологичный способ лечения требует тщательного планирования операции, рационального проведения предоперационной подготовки и хирургического лечения.

УДК 615.217:[617.3-08:616.831-009.11]-053.2

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А (ДИСПОРТ) ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ПАРАЛИЧЕЙ

Сиваков Д. Н., Дивович Г. В., Довгяло Е. А., Козлова И. М.

Учреждение

**«Гомельская областная детская клиническая больница»,
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Цель

Изучение методики многоуровневых инъекций препарата ботулинического токсина типа А (БТА) у детей со спастическими формами детских церебральных параличей (ДЦП) и внедрение метода ботулинотерапии в практику при лечении и реабилитации детей со спастическими формами ДЦП.

Материал и методы исследования

За период с июня 2019 по апрель 2020 на базе травматолого-ортопедического отделения УГОДБ двум детям (в возрасте 2,5 и 2,8 лет) со спастическими формами детского

церебрального паралича выполнены многоуровневые инъекции препаратом ботулинического токсина типа А «Диспорт» (зарегистрирован в Республике Беларусь). Расчет доз препарата проводился в соответствии с Первым Российским консенсусом по применению препаратов ботулотоксина типа А при лечении спастических форм детского церебрального паралича. Инъекции выполнялись под масочным наркозом и под УЗИ-контролем (ультразвуковая портативная установка Philips CX50 датчик L12-3). «Мышцы-мишени» выбирались в соответствии с паттернами спастичности (приводящая установка бедра (перекрест ног), внутренняя ротация бедер, сгибание в коленных суставах, эквино-варусная и эквино-вальгусная установка стоп). Оценено уменьшение спастичности по шкале Эшворта (Ashworth), улучшение биомеханической позиции нижних конечностей для опоры и ходьбы.

Результаты исследования и их обсуждение

У обоих детей произошла коррекция патологических спастических паттернов (исчезла приводящая установка бедер, уменьшилось сгибание в коленных суставах, стопы вывелись в плантиградную позицию). Дети вертикализированы и активно обучаются ходьбе с поддержкой, вырабатывают правильные динамические стереотипы ходьбы.

Выводы

1. Инъекции препаратов ботулинического токсина типа А являются неотъемлемой и эффективной частью в комплексе лечения и реабилитации детей со спастическими формами ДЦП, начиная с возраста 2,5 года.

2. Целесообразно на административном государственном уровне решить вопрос о внесении препарата ботулинического токсина типа А в протоколы лечения в условиях детских неврологических и ортопедических стационаров.

УДК 616.832-009.7-036.12-089.5

ЭПИДУРАЛЬНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ СПИННОГО МОЗГА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ НЕЙРОПАТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Сидорович Р. Р., Боярчик В. П., Алексеев В. В., Терехов В. С.

Государственное учреждение

**«Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Актуальная проблема в неврологии и нейрохирургии — хронические болевые синдромы неонкологического происхождения. Ведущее место среди них занимают нейропатические болевые синдромы. Так например, синдром оперированного позвоночника (failed back surgery syndrome — FBSS) развивается в 10–40 % случаев после спинальных операций.

Фармакотерапия и малоинвазивные методы лечения хронической боли часто оказываются недостаточно эффективными. В таких случаях принято говорить о фармако-резистентном болевом синдроме. При отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение 3–6 месяцев рекомендуется рассмотреть возможность применения методов хирургического лечения.

Эффективным методом лечения нейропатического болевого синдрома является хроническая эпидуральная электростимуляция спинного мозга (spinal cord stimulation — SCS). Модуляция боли через SCS затрагивает несколько невральных систем. SCS непосредственно блокирует ноцицептивную трансмиссию сначала в tractus spinothalamicus, а затем на сегментарном уровне, в задних рогах спинного мозга и через полисинаптические соединения с мозговым стволом. Показаниями к SCS являются: синдром опе-