

Specific aspects of cognitive impairments in patients with paranoid schizophrenia depending on the clinical characteristics of the disease have been studied. One hundred and thirty patients were examined. A clinico-psychological, experimental psychological and statistical methods were used. Three main types of cognitive deficiency with paranoid schizophrenia, associated with the onset, disease duration, and severity of psychiatric symptomatology: 1) long-term course of the disease ac-

companied by the average level of clinical symptomatology associated with abnormal attention and visuospatial functions; 2) late onset of the disease and unexpressed clinical symptomatology combined with memory impairments; 3) acute onset and early age combined with the absence of cognitive impairments.

Key words: paranoid schizophrenia, cognitive deficiency, attention, memory, reasoning, visual-spatial functions.

© А. В. Сапоговский, Р. Х. Хусаинов, В. М. Кенис, 2015 г.
УДК 616.718.7-08

**А. В. Сапоговский, Р. Х. Хусаинов,
В. М. Кенис**

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТАРЗАЛЬНЫМИ КОАЛИЦИЯМИ

Научно-исследовательский детский ортопедический институт имени Г. И. Турнера, Санкт-Петербург

ВВЕДЕНИЕ

Тарзальная коалиция — это порок развития стопы, при котором имеется аномальное сращение между двумя и более костями предплюсны [2, 4]. Частота встречаемости данного заболевания составляет 1 — 2% в популяции [3]. Клиническая картина коалиций включает в себя болевой синдром, ограничение подвижности в суставах среднего и заднего отделов стопы, деформацию стоп (чаще plano-вальгусные), спазм мышц и повышенную частоту травм стопы [1, 4]. Диагностика тарзальных коалиций основывается на клиническом обследовании и использовании различных визуализирующих методов. Ряд авторов придерживается хирургического подхода к лечению пациентов с симптоматическими тарзальными коалициями [1, 5]. Тактика лечения пациентов с тарзальными коалициями дискутабельна. Открытым остается вопрос показаний к проведению консервативного лечения и его эффективности.

Цель исследования — оценить эффективность консервативного лечения пациентов с тарзальными коалициями.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование основано на изучении результатов лечения 50 пациентов (75 стоп) с тарзальными коалициями, которые наблюдались в институте им. Г. И. Турнера с 2011 по 2014 г. Средний возраст пациентов на момент первичного обращения в клинику института составил $15,23 \pm 3,16$ года. При этом мальчиков было 29, девочек — 21. Из общего коли-

чества 22 пациента (30 стоп) имели таранно-пяточную коалицию, 28 пациентов (45 стоп) — пяточно-ладьевидную коалицию.

Пациентам с верифицированными тарзальными коалициями, наличием жалоб на деформации стоп и болевой синдром мы проводили консервативное лечение. Оно было направлено на уменьшение болевого синдрома и функциональных нарушений. Средняя длительность курса консервативного лечения составила $1,2 \pm 0,21$ месяца.

Консервативное лечение включало в себя уменьшение интенсивности физических нагрузок, медикаментозное лечение, ортезирование, физиолечение.

32 пациента перед обращением в институт им. Турнера получали консервативное лечение по месту жительства (ортезирование, физиотерапия, медикаментозная терапия) до верификации диагноза. При этом диагнозом направления были plano-вальгусные деформации стоп, артрит голеностопного сустава, повреждения связок голеностопного сустава и др.

Для анализа результата консервативного лечения производилась балльная оценка болевого синдрома, функции и формы стопы у каждого пациента в динамике по шкале Американского общества хирургов стопы и голеностопного сустава для оценки различных параметров (American Orthopedic Foot and Ankle Society Ankle-Hindfoot Scale AOFAS). Суммарная оценка указанных характеристик до консервативного лечения составила в целом $61,84 \pm 11,07$ балла.

Подходы к консервативному лечению пациентов с таранно-пяточными и пяточно-ладьевидными коалициями не имели различий, в связи с чем на данном этапе исследования разделение пациентов по типам коалиций не выполнялось.

Всем пациентам с жалобами на боли в стопах были даны рекомендации о коррекции режима физических нагрузок, к которым относились освобождение от занятий физической культурой в школе на 1 месяц, перерыв в тренировках на 1 месяц у пациентов, занимающихся активными видами спорта.

Пациентам с интенсивным болевым синдромом назначались различные виды нестероидных

противовоспалительных средств (ибупрофен, мовалис) в возрастной дозировке коротким курсом — до 4 дней. Следует отметить, что большинство пациентов (32) до обращения к врачу самостоятельно принимали обезболивающие препараты.

Пациентам с плано-вальгусными деформациями стоп и болевым синдромом на этапе консервативного лечения назначались ортопедические стельки-супинаторы.

Из физических методов лечения нами использовались электрофорез с новокаином на область максимально выраженного болевого синдрома (медиальная поверхность стопы, область передней поверхности голеностопного сустава), виброакустическая терапия, озокеритовые аппликации и парафиновые обертывания.

Статистическую обработку материала исследования проводили с помощью программы «Statistica 6.0». Определяли средние значения и среднеквадратические отклонения результатов лечения в выборках, статистическую значимость различий средних значений с помощью критерия Вилкоксона, анализ взаимосвязи двух признаков с помощью корреляционного анализа по Спирмену.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Ретроспективная оценка результатов консервативного лечения производилась нами еженедельно путем сопоставления баллов по шкале AOFAS (таблица).

Как видно из данных таблицы, основные изменения касались уменьшения болевого синдрома. После окончания курса консервативного лечения изменения в разделе «Боль» шкалы AOFAS составили $26,0 \pm 4,95$.

Таким образом, в результате консервативного лечения у 34 пациентов удалось добиться снижения выраженности болевого синдрома в среднем на 4,7 балла. Уменьшение болей в среднем отмечалось с 3-й недели лечения и носило временный характер. Ни по одному из показателей не было отмечено статистически достоверной динамики ($p > 0,05$). При возвращении к повседневной двигательной активности у большинства (33 пациента) болевой синдром рецидивировал в различные промежутки времени (рис. 1).

Как видно из рис. 1, после окончания курса консервативного лечения болевой синдром рецидивировал практически до исходного уровня. Показателем эффективности консервативного лечения мы считали уменьшение болевого синдрома (увеличение от 10 баллов в разделе «Боль» шкалы AOFAS), а также время ремиссии болевого синдрома — 3 месяца и более.

Средние показатели балльной оценки по шкале AOFAS до и в процессе консервативного лечения

Показатель	До лечения	Через 3 недели после начала лечения	Через 3 недели после окончания лечения
"Боль"	$24,1 \pm 6,85$	$28,8 \pm 3,73$	$26,0 \pm 4,95$
"Функция"	$33,8 \pm 1,97$	$34,6 \pm 1,85$	$34,3 \pm 2,02$
"Форма"	$9,5 \pm 2,68$	$9,5 \pm 2,68$	$9,5 \pm 2,68$

Следует отметить, что при использовании ортопедических стелек в 15 случаях пациенты предъявляли жалобы на дискомфорт и потерю в области подошвенной поверхности, связанные с избыточным давлением супинатора, что послужило причиной отмены использования данных изделий. Указанные жалобы мы связываем с ригидностью плано-вальгусной деформации, при которой супинатор не вызывает увеличения медиальной арки стопы, но вызывает избыточное давление на подошвенную поверхность, приводящее к появлению указанных жалоб. В дальнейшем мы не считали целесообразным использование стелек-супинаторов у пациентов с тарзальными коалициями.

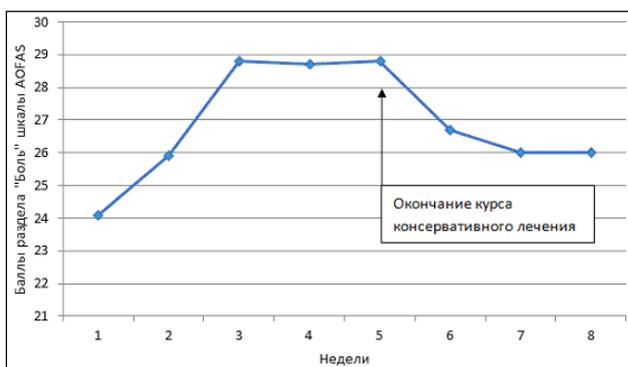


Рис. 1. Динамика балльной оценки болевого синдрома у пациентов по шкале AOFAS в течение и после окончания курса консервативного лечения

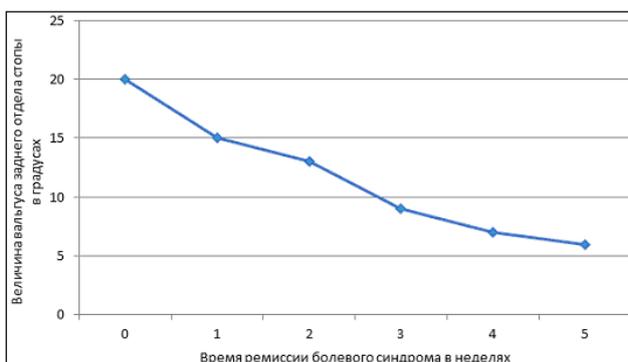


Рис. 2. Зависимость продолжительности ремиссии болевого синдрома после окончания курса консервативного лечения от величины вальгуса заднего отдела стопы ($p < 0,05$)

Для оценки результатов консервативного лечения мы определяли связь между величиной вальгуса заднего отдела стопы и продолжительностью ремиссии болевого синдрома (рис. 2).

Как видно из рис. 2, у пациентов с вальгусом заднего отдела более 15°, болевой синдром рецидивировал в сроки до двух недель после окончания курса консервативного лечения. Из 19 пациентов с вальгусом заднего отдела более 15°, на момент окончания лечения было отмечено уменьшение болевого синдрома в 5 случаях.

Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод, что консервативное лечение у пациентов с тарзальными коалициями направлено лишь на временное уменьшение болевого синдрома. Поскольку у большинства детей (98 %) уменьшение болевого синдрома носило непродолжительный характер, консервативное лечение имеет весьма ограниченную эффективность у пациентов с симптоматическими тарзальными коалициями.

После анализа полученных данных нами сформулированы клинические показания к консервативному лечению пациентов с симптоматическими тарзальными коалициями:

- 1) болевой синдром;
- 2) вальгус заднего отдела стопы менее 15°.

В остальных случаях консервативное лечение должно рассматриваться в качестве предоперационной подготовки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кенис В. М. Тарзальные коалиции у детей: опыт диагностики и лечения // Травматол. и ортопедия России. — 2011. — № 2 (60). — С. 132–136.
2. Кенис В. М., Никитина Н. В. Тарзальные коалиции у детей (обзор литературы) // Травматол. и ортопедия России. — 2010. — № 3. — С. 159–165.
3. Blakemore L. C., Cooperman D. R., Thompson G. H. The rigid flatfoot: tarsal coalitions // Clin. Podiatr. Med. Surg. — 2000. — № 17 (3). — P. 531–555.
4. Outland T., Murphy I. D. Relation of Tarsal Anomalies to Spastic and Rigid Flatfeet // Clin. Orthop. — 1953. — № 1. — P. 217–224.
5. Perman M. D., Wertheimer S. I. Tarsalcoalitions // J. Foot. Surg. — 1986. — № 4. — P. 25–41.

РЕЗЮМЕ

А. В. Сапоговский, Р. Х. Хусаинов, В. М. Кенис

Консервативное лечение пациентов с тарзальными коалициями

Тарзальная коалиция — это порок развития стопы, при котором имеется аномальное сращение между двумя и более костями предплюсны. Целью исследования являлась оценка эффективности консервативного лечения пациентов с тарзальными коалициями. Лечение включало в себя уменьшение интенсивности физических нагрузок, медикаментозное лечение, ортезирование, физиолечение. Оценка эффективности лечения проводилась с помощью шкалы AOFAS. В результате исследования выявлено, что консервативное лечение у пациентов с тарзальными коалициями направлено лишь на временное уменьшение болевого синдрома. Поскольку у большинства детей (98 %) уменьшение болевого синдрома носило непродолжительный характер, консервативное лечение имеет весьма ограниченную эффективность у пациентов с симптоматическими тарзальными коалициями. Показаниями к консервативному лечению пациентов с симптоматическими тарзальными коалициями являются болевой синдром и вальгус заднего отдела стопы менее 15°. В остальных случаях консервативное лечение должно рассматриваться в качестве предоперационной подготовки.

Ключевые слова: тарзальная коалиция, консервативное лечение.

SUMMARY

A. V. Sapogovsky, R. Kh. Khusainov, V. M. Kenis

Conservative treatment of patients with tarsal coalitions

Tarsal coalition is a pathological condition with abnormal fusion between two or more tarsal bones. The aim of the study was to evaluate effectiveness of conservative treatment in patients with tarsal coalitions. The treatment included reducing the intensity of physical activity, medication, orthotics, physiotherapy. For evaluation of effectiveness of the treatment, we used the AOFAS scale. The results of the study demonstrated that conservative treatment in patients with tarsal coalitions was focused on temporary pain release. Conservative treatment has limited efficacy for patients with symptomatic tarsal coalitions because of short pain release in the majority of children (98 %). The indications for conservative treatment in patients with symptomatic tarsal coalitions should be pain and hindfoot valgus less than 15°. In other cases, conservative treatment should be considered as preoperative preparation.

Key words: tarsal coalition, conservative treatment.