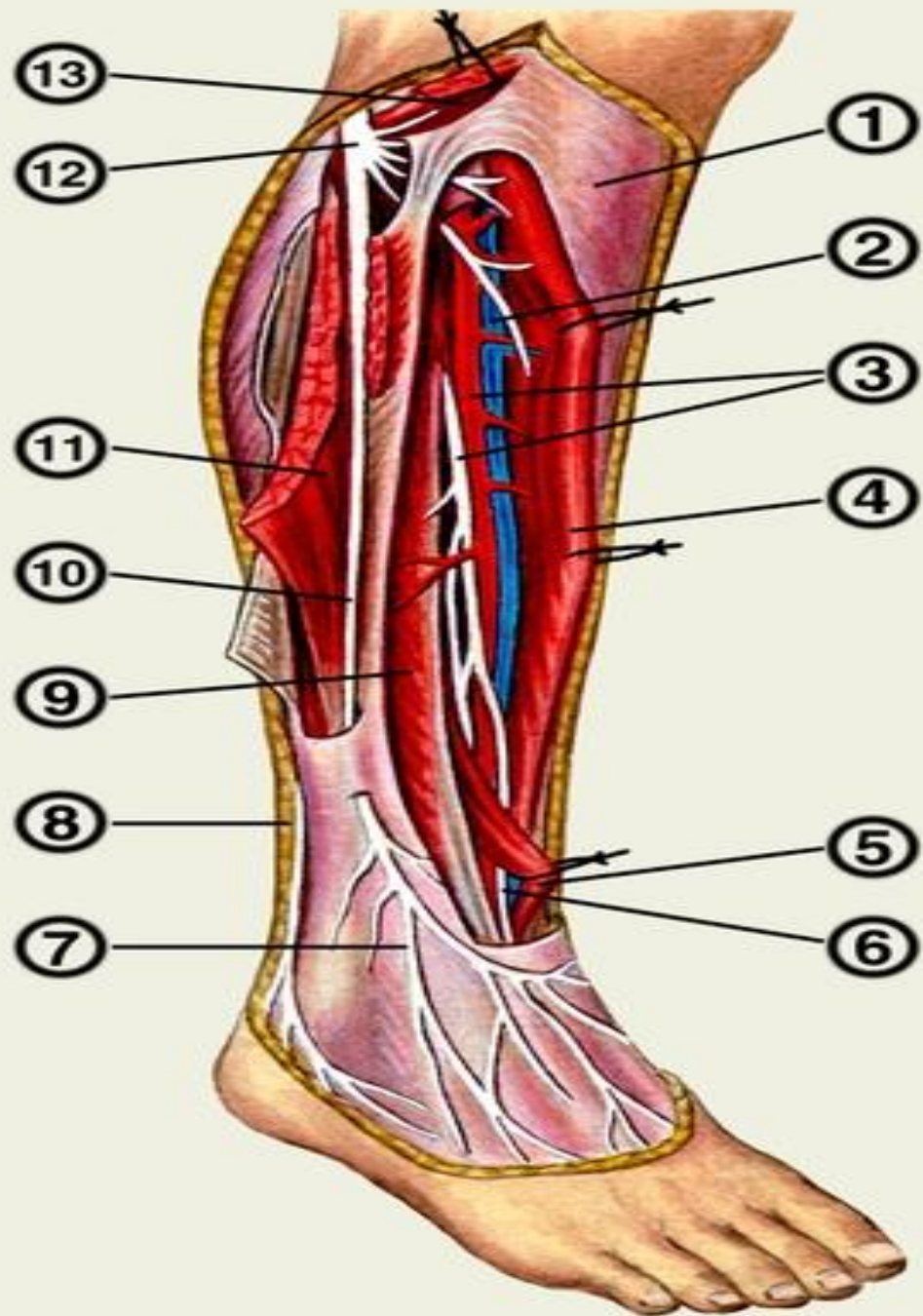


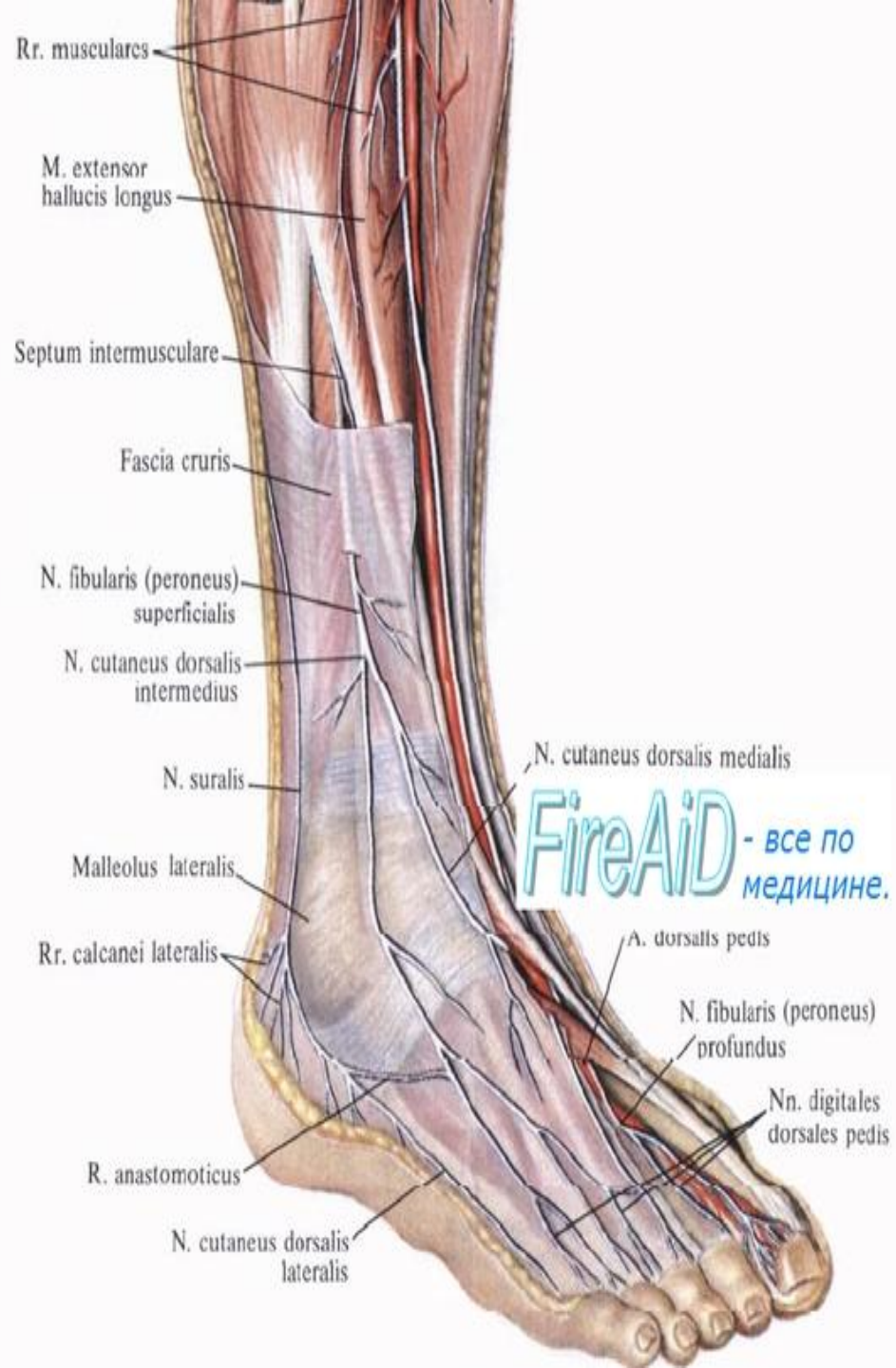
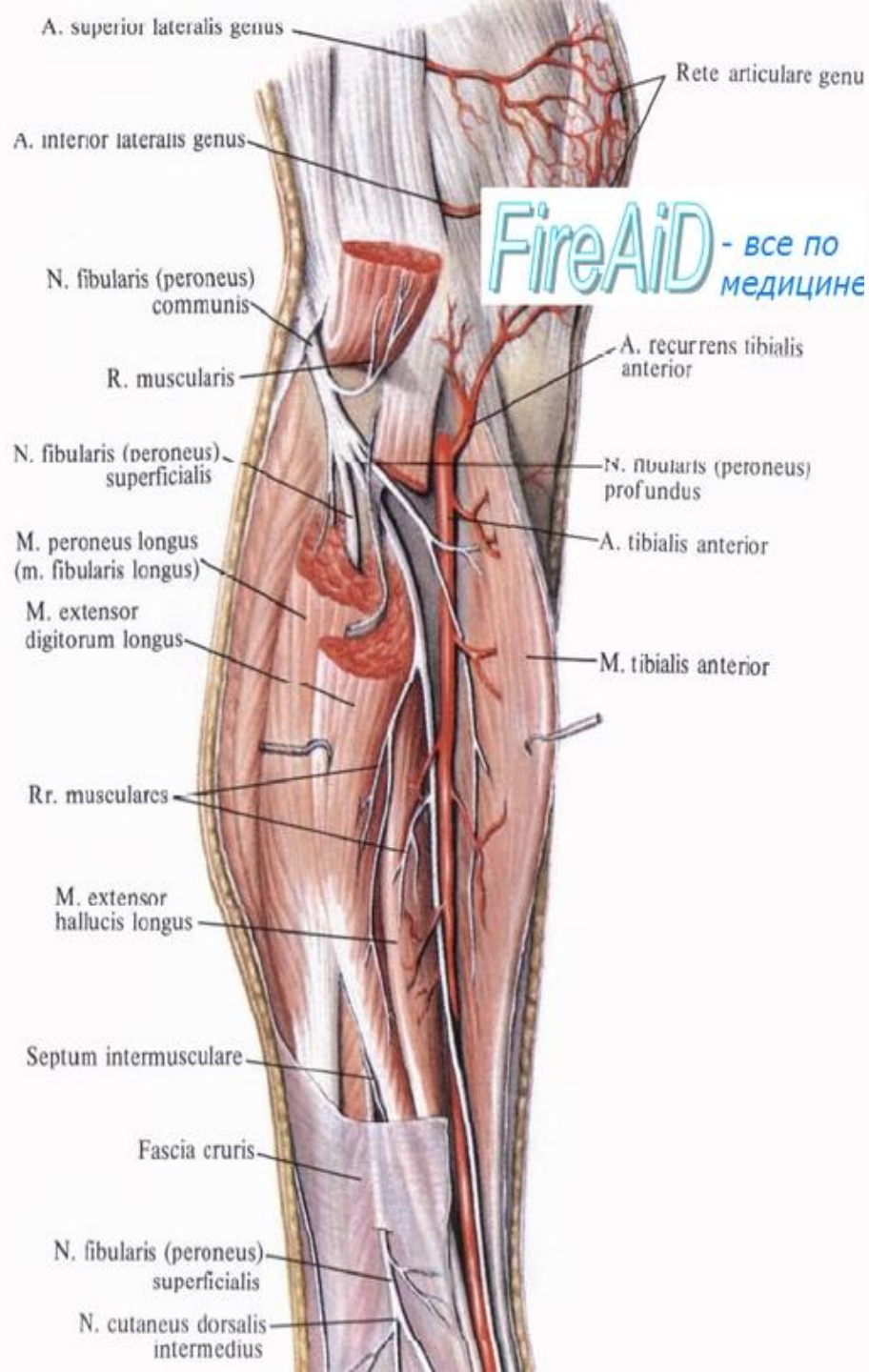
Нейропатия малоберцового нерва



Малоберцовый нерв

- (n. fibularis или n. peroneus) — это смешанный по функциям (отвечает и за движение и чувствительность) нерв.
- Малоберцовый нерв является одной из двух основных ветвей седалищного нерва и состоит в основном из волокон L4, L5 и S1 –спинальных нервов.



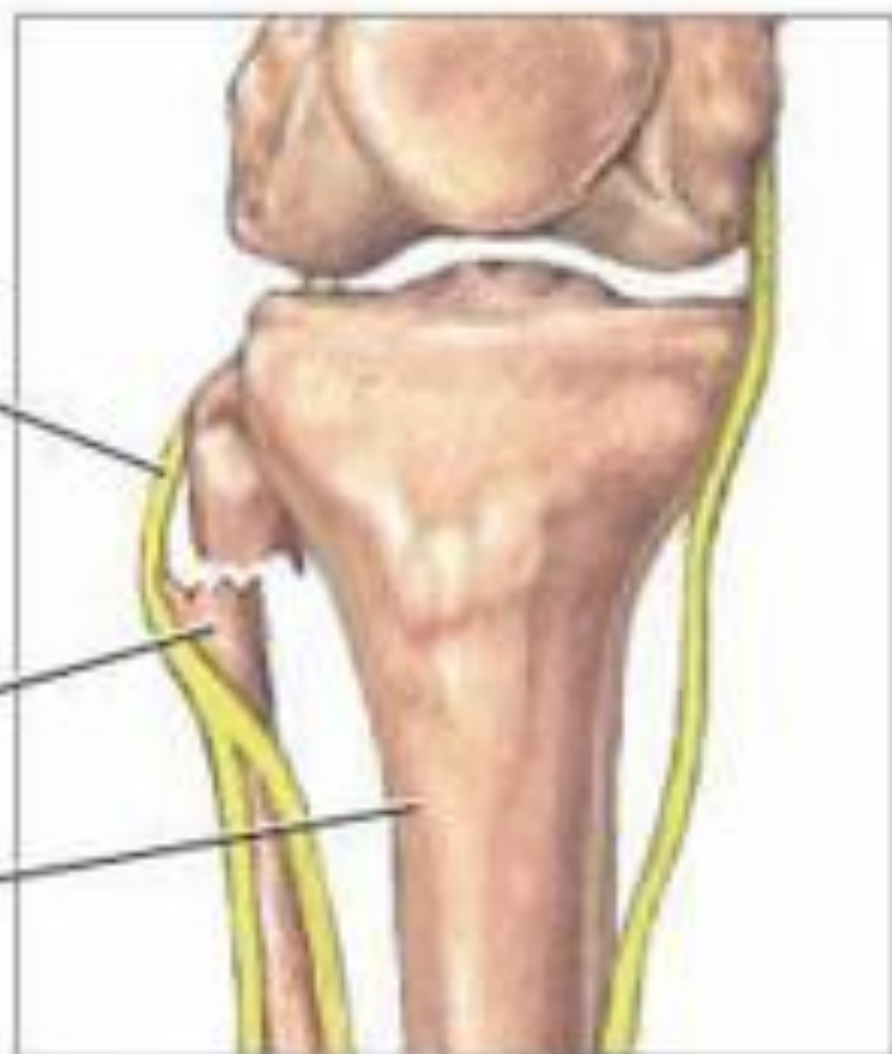




Малоберцо-
вый нерв

Малоберцо-
вая кость

Большебер-
цовая кость



При переломе малоберцовой
кости травмируется млобер-
цовый нерв



Волокна МН

- ▣ **Двигательные волокна** малоберцового нерва иннервируют, главным образом, мышцы разгибатели стопы, разгибатели пальцев и мышцы, поворачивающие стопу кнаружи
- ▣ **Чувствительные волокна** малоберцового нерва иннервируют кожу наружной поверхности голени и тыльную поверхность стопы и пальцев.

Туннельный синдром

- поражение общего малоберцового нерва в костно-фиброзном канале на уровне перегиба его на наружной поверхности шейки малоберцовой кости
- Поверхностное расположение, слабая васкуляризация, натяжение нерва обуславливают его повышенную чувствительность к прямой (даже минимальной) травме, давлению, тракции, проникающему ранению
- характера при гиперлордозе, сколиозе, поражении корешка L5.

Причины

- работа на корточках или на коленях («профессиональная малоберцовая невропатия»)
- неожиданное резкое сгибание с поворотом внутрь стопы
- привычку сидеть со скрещенными ногами
- неудачно наложенную гипсовую повязку
- сдавление голенищем резинового сапога
- в положении лежа на боку на твердой поверхности стола, кровати, скамейки, как это происходит у больных в тяжелом состоянии, в коме, во время длительной операции под наркозом, в состоянии алкогольного опьянения
- Вертеброгенная туннельная невропатия возникает у больных с миофасциальным нейрофиброзом в зоне канала, с перегрузкой перонеальных мышц постурального при гиперлордозе, сколиозе, поражении корешка L5

Клиническая картина

- преобладание двигательного дефекта над сенсорными нарушениями
- слабость и атрофия разгибателей и наружных ротаторов стопы, которая свисает, подвернута кнутри, шлепает при ходьбе
- болевой синдром отсутствует или выражен минимально; парестезии, чувствительные расстройства нередко ограничены небольшим участком на тыльной стороне стопы
- в случае неполного поражения нерва пальпация его сопровождается болью, парестезиями в зоне иннервации. Симптом Тинеля положителен
- ахиллов рефлекс сохранен; его оживление, появление патологических знаков в сочетании со слабой выраженностью пареза, необычной локализацией гипестезии на голени заставляют предполагать центральную патологию (опухоль сагиттальных отделов теменной области, миелопатию).

Невропатия поверхностного малоберцового нерва

- может быть результатом его компрессии в верхней трети голени фиброзным тяжем, перекидывающимся между длинной малоберцовой мышцей и передней межмышечной перегородкой
- Вертеброгенный нейроостеофиброз или травма способствуют такому повреждению; определенную роль играют те же факторы, которые провоцируют невропатию общего малоберцового нерва
- Отмечается гипотрофия перонеальной группы мышц, стопа подворачивается внутрь, разгибание ее сохранено
- Определяются гипестезия на тыле стопы, кроме ее латерального края и первого межпальцевого промежутка, болезненность при пальпации верхней трети большой малоберцовой мышцы; боли сопровождаются парестезиями в зоне кожной иннервации.

Невропатия кожной ветви

- поверхностного малоберцового нерва является следствием ущемления ее в точке выхода из фасции в нижней трети голени на расстоянии примерно 10 см выше латеральной лодыжки по переднебоковой поверхности большеберцовой кости
- Возникновению способствует врожденный или травматический дефект фасции с небольшими мышечными или жировыми грыжами
- Эпизод растяжения латеральной связки голеностопа непосредственно предшествует появлению жалоб больного на боли, парестезии, онемение по наружному краю нижней трети голени и тыла стопы
- Объективное исследование обнаруживает болезненность точки выхода нерва под кожу; положителен симптом Тинеля.

Невропатия срединного и промежуточного кожных нервов тыла стопы

- представляют собой конечные разветвления поверхностного малоберцового нерва на тыле стопы
- Подкожная клетчатка в этой области представлена слабо, и нервные стволы легко травмируются, продавливаясь к бугру ладьевидной кости (медиальный нерв) или к кубовидной кости (промежуточный нерв), ниже - к основаниям второй-четвертой плюсневых костей.

Причины

- ▣ при ушибе стопы падающим предметом (даже без заметных повреждений кожи и мягких тканей)
- ▣ при ношении обуви типа сабо без каблука и задника, фиксирующего обувь на стопе (шлепанцы), а также тесных туфель с тугой шнуровкой

Клиника

- неприятные жгучие парестезии на тыле стопы и в области большого пальца (при сдавлении срединного нерва) или на тыльной стороне второго и третьего пальцев (компрессия промежуточного нерва)
- симптом Тинеля
- перкуссия точки повреждения нерва сопровождается чувством прохождения тока к пальца
- симптомы усиливаются при надевании обуви, «виновной» в повреждении нерва, уменьшаются после воздействия тепла, легкого растирания больного места.
- гипестезия или дизестезия ограничена небольшим пятном на тыле стопы

Невропатия глубокого малоберцового нерва

- возникает при патологии переднего тибиального пространства
- нерв сдавливается на уровне средней трети голени, где он проходит через толщу длинной малоберцовой мышцы и переднюю межмышечную перегородку и располагается между длинным разгибателем пальцев и передней большеберцовой мышцей

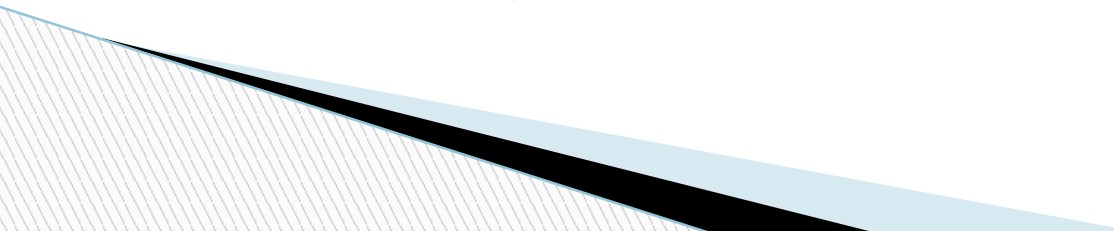
Причины и клиника

- Нейромиодистрофия
- врожденная узость межмышечного пространства
- посттравматический фиброз способствуют компрессии сосудистонервного пучка
- **Хронический вариант** - характеризуется глубокими ноющими болями в передних мышцах голени, усиливающимися при ходьбе и максимальном разгибании стопы
- Боль распространяется на тыл стопы и в пространство между первым и вторым пальцами; здесь же ощущаются парестезии при нагрузке на носок ноги, проведении пробы Тинеля

Синдром переднего тиббиального пространства

- представляет собой острый вариант компрессионно-ишемического поражения глубокого перонеального нерва на голени
- переднее тиббиальное пространство является закрытым фасциальным футляром, заключающим в себе мышцы - разгибатели стопы и пальцев, глубокий малоберцовый нерв и переднюю большеберцовую артерию
- При врожденной или приобретенной узости данного пространства любое дальнейшее увеличение объема его содержимого приводит к сдавлению артерии и нерва. Чаще всего это случается при неожиданной чрезмерной нагрузке на мышцы голени (например, во время бега на большое расстояние нетренированного человека). Работающие мышцы увеличиваются в объеме, при этом сдавливаются и спазмируются питающие мышцы и нерв большеберцовая артерия. Возникает ишемия мышц, нарастает отек, происходит ущемление и некроз мышц переднего тиббиального пространства. Глубокий малоберцовый нерв повреждается из-за компрессии и нарушения питания.

Клиническая картина

- сильнейшей болью в мышцах передней поверхности голени, которая появляется сразу или спустя несколько часов после физической перегрузки ног
 - отмечаются резкое уплотнение и болезненность при пальпации мышц передней поверхности голени
 - активное разгибание стопы отсутствует, пассивное - усиливает боль
 - на тыльной артерии стопы не определяется пульс
 - стопа холодная на ощупь
 - снижена чувствительность на тыльной поверхности первых двух пальцев
- 

Синдром переднего тарзального туннеля

- ▣ развивается в результате сдавления глубокого малоберцового нерва на тыле стопы под нижней связкой разгибателей, где нерв располагается в тесном пространстве на костях предплюсны совместно с артерией тыла стопы
- ▣ Основными причинами, приводящими к повреждению нерва, являются тупая травма, сдавление тесной обувью, фиброз крестовидной связки после травмы, нейроостеофиброз в суставах и связках стопы, ганглий, тендовагинит длинного разгибателя большого пальца.

Клиника

- боли на тыльной поверхности стопы с иррадиацией в первый и второй пальцы
- ослаблено разгибание пальцев
- видна атрофия мелких мышц стопы.
- положительный симптом Тинеля уточняет уровень компрессии нерва
- может наблюдаться изолированное поражение наружной мышечной или внутренней чувствительной ветви
- В первом случае боль ограничена местом сдавления, имеется парез разгибателей пальцев; во втором - мышечно-моторных нарушений нет, боль иррадирует в первый межпальцевый промежуток, здесь же выявляется зона гипестезии.