

ной войне. М., 1946, вып. 3.—3. Ильин А. В. Невропатол. и психиатр., 1942, 6.—4. Мешман Ф. Д. В кн.: Материалы фронтовой врачебной конференции СКФ. Действующая армия, 1943.—5. Осипов В. П. Клин. мед., 1943, 10—11.—6. Панченко Д. И. Избранные вопросы фронтовой невропатологии. Действующая армия, 1944.—7. Русецкий И. М. Клин. мед., 1943, 1—2.—8. Свядош Л. М. Военно-мед. журн., 1945, 12.—9. Сепп Е. К., Эмоциональные реакции у лиц, перенесших контузию взрывной волной. М., АМН, 1948.—10. Снежневский А. В. Военно-мед. журн., 1947, 2.—11. Спасокукоцкий С. И., Златоверов А. И. К патогенезу и лечению сотрясения мозга. М., 1937.—12. Шогам Д. Н. Военно-мед. журн., 1946, 12.

Поступила 10 января 1985 г.

УДК 617.559—002.27—08:616.74:613.73

О ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОМ ВКЛЮЧЕНИИ МЫШЦ В ПРОЦЕСС МИОФИКСАЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СИНДРОМАХ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

О. В. Добронецкая

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

При остеохондрозе позвоночника важную роль играют компенсаторные мышечные реакции, ведущие к фиксации пораженного позвоночно-двигательного сегмента (ПДС), к развитию анталгических поз, при которых уменьшается интенсивность болевой импульсации. Я. Ю. Попелянским выделены следующие виды миофиксаций по топическому принципу — локально-вертебральная, вертебральная и экстравертебральная. При локально-вертебральной миофиксации блокируется движение только одного ПДС, при вертебральной — нескольких ПДС отдела или отделов позвоночника, а при экстравертебральной — соседние отделы позвоночника и ближайшие суставы конечностей вплоть до тазобедренной разгибательной и сгибательной ригидности. Саногенирующие возможности фиксации могут быть компенсирующими, субкомпенсирующими и декомпенсирующими.

В ряде случаев для купирования мышечно-тонических реакций используют миорелаксирующие средства [1, 2]. Их применение, согласно нашим данным, не совсем рационально. При выключении сегментарных мышц пораженного ПДС нарушается мышечный корсет, выключается миофиксация других суставов, что в свою очередь удлиняет период обострения. Такое положение обусловлено отсутствием сведений о динамике развития компенсаторных мышечных реакций у больных с синдромами остеохондроза позвоночника. Вследствие этого врачи испытывают определенные трудности при выборе тактики в отношении тонического сокращения паравертебральных и сегментарных мышц.

Целью настоящего исследования являлось изучение последовательности развития мышечных компенсаторных реакций позвоночника у больных с различными синдромами остеохондроза позвоночника.

Нами было обследовано 30 больных (9 женщин и 21 мужчина, возраст—21—52 года) с дисфункциональными проявлениями поясничного остеохондроза на всех этапах обострения. У 6 из них был вертебральный синдром, у 14 — люмбаишиальгия, у 5 — корешковый синдром, у 4 — нарушение спинального кровообращения (у одного нарушение в системе артерии Адамкевича, у 3 — в дополнительной артерии Депрож—Гетерона) и у одной больной — компрессия конского хвоста. Всем больным проведено классическое, неврологическое, рентгенологическое (рентгенограммы обзорные и с функциональными пробами) и вертеброневрологическое (включая курвиметрию, пальпаметрию, тензоальгиметрию, мионометрию) обследования. Выраженность мышечно-тонических реакций оценивалась по трем степеням [3]. Больным с нарушениями спинального кровообращения выполнялась стимуляционная ЭМГ (Н-рефлекс).

У всех больных с вертебральным синдромом, люмбаишиальгией и корешковым синдромом в первые 2 дня заболевания развивалась распространенная миофиксация. В процессе вовлекались следующие мышцы: длинные разгибатели спины, квадратные мышцы поясницы, мышцы ягодицы (средние ягодичные, большие ягодичные), ишиокруральные, передние мышцы бедра и голени на стороне как пораженной, так

и противоположной ей, а в ряде случаев включались брюшные мышцы. Уже через 3—4 дня у больных с указанными синдромами возникала вертебральная миофиксация (длинные разгибатели спины и многораздельные мышцы), а через 3—6 дней — локально-вертебральная миофиксация (рис. 1).

Особую группу составляли больные с нарушением спинального кровообращения и компрессией конского хвоста, поскольку у них вообще не было миофиксации (рис. 2). Ее отсутствие мы объясняем перерывом рефлекторной дуги на спинальном уровне.

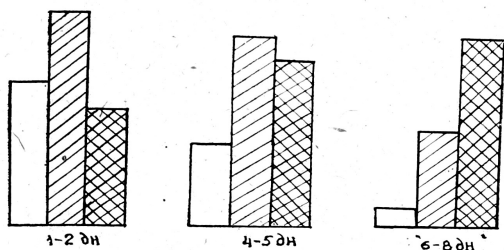


Рис. 1. Динамика выраженности мышечно-тонических реакций (в баллах) у больных с синдромами поясничного остеохондроза без явлений миелопатии.

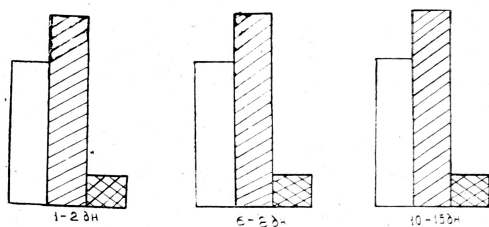


Рис. 2. Динамика выраженности мышечно-тонических реакций (в баллах) у больных с вертеброгенной миелопатией.

Обозначения: столбцы без линий — мышцы, участвующие в функционировании тазобедренного сустава; с косыми линиями — паравертебральные мышцы грудного отдела позвоночника; с перекрестными линиями — паравертебральные мышцы поясничного отдела позвоночника.

Всем больным проводили дифференцированную, патогенетическую терапию в зависимости от механизма поражения и от клинического синдрома без применения анальгетических и миорелаксирующих средств. Для быстрого создания локальной вертебральной миофиксации применяли специальный комплекс ЛФК, укрепляющий мышцы поясницы, а также точечный массаж и физиотерапевтические процедуры в стимулирующем режиме. Длительность пребывания на больничном листе была следующей: с вертебральным синдромом (люмбагия) — 5—6 дней, с люмбоишиалгией — 9—10 дней, с корешковым синдромом — 12—15 дней.

Таким образом, у больных с дисфункционными проявлениями миофиксация является саногенирующей. В основе ее лежит компенсаторный механизм, возникающий в ответ на раздражение рецепторов пораженного ПДС. Для быстрого развития локальной миофиксации следует назначать комплекс мероприятий, стимулирующих мышцы поясницы: физиотерапевтическое лечение, массаж. Известно, что анальгетические и миорелаксирующие средства уменьшают выраженность мышечно-тонических реакций, поэтому их назначение в период формирования миофиксации нецелесообразно.

Больным со спинальным нарушением кровообращения и компрессией конского хвоста следует рекомендовать ношение фиксирующего корсета с первых же дней заболевания, так как у них не возникает локально-вертебральной миофиксации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коган О. Г., Шмидт И. Р., Толстокоров А. А. и др. Теоретические основы реабилитации при остеохондрозе позвоночника. Новосибирск, Наука, 1983.
2. Марченко И. З. Лечение сколиоза при пояснично-крестцовых болях. Журн. невропатол. и психиатр., 1970, 7.— 3. Попелянский Я. Ю. Вертебральные синдромы поясничного остеохондроза, Казань, изд-во КГУ, 1974, т. 1.

Поступила 19 февраля 1985 г.