

правляется на болезненную точку на 2—3 поля, экспозиция облучения каждого из участков — 5—7 мин. В каждом случае поля воздействия определяли индивидуально. На курсе назначали 12—15 сеансов. При отсутствии стойкого положительного эффекта проводили второй, а некоторым больным — и третий курс лечения с промежутками между курсами не менее 1 месяца.

В острой стадии заболевания лазерную терапию пораженного сегмента сочетали с покоем и разгрузкой конечности. При хронической стадии параллельно с лазерным облучением назначали массаж и лечебную гимнастику конечности.

Противопоказано назначение лазерной терапии больным со злокачественными заболеваниями крови и новообразованиями.

У всех больных до и после окончания лечения проводили общий анализ крови и мочи. Определяли время свертывания крови и протромбиновый индекс. Изменений в содержании гемоглобина не выявлено. Количество лейкоцитов было нормальным. Скорость оседания эритроцитов при исходной нормальной оставалась в тех же пределах. Показатели протромбинового индекса не претерпевали изменений.

У большинства лечившихся уже после 7—9 сеансов облучения лазерным светом исчезли острые боли в пораженном сегменте, улучшился сон. После первого курса лечения боли исчезли или значительно уменьшились у 25 из 49 больных с плече-лопаточным периартритом. Увеличился объем движений в плечевом суставе. Особенно эффективным лечение было в острой стадии заболевания. У 18 больных положительный эффект получен после двух курсов лечения. У 3 больных с хронической формой заболевания, несмотря на трехкурсовое лечение, улучшения не наблюдалось.

В группах больных с эпикондилитом надмыщелка плечевой кости и стилоидитом лучевой кости после одного курса лечения исчезновение болевого синдрома и восстановление функции кисти отмечены у 34 чел. У остальных пациентов положительный клинический эффект достигнут после 2—3 курсов лечения.

Отдаленные результаты лечения изучены у 68 больных. Стойкий положительный эффект (отсутствие болевого синдрома, полное восстановление функции конечности) констатирован у 59 обследованных. У 9 больных через 3—6 мес после окончания лечения возобновился умеренный болевой синдром. Все эти пациенты вскоре после завершения лечения приступили к физическому труду. Можно предположить, что рецидив заболевания у них был связан с ранней физической нагрузкой больной конечности. Поэтому представляется целесообразным рациональное трудоустройство таких больных с исключением длительной вынужденной позы, перенапряжения конечности, переохлаждения и т. д.

Наш опыт свидетельствует о высокой эффективности лазерной терапии как одного из методов физиотерапевтического лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крупко И. Л. Плече-лопаточный периартрит. Л., Медгиз, 1959. — 2. Понелинский Я. Ю. Шейный остеохондроз. М., Медицина, 1966. — 3. Шапиро К. И. В кн.: Материалы докл. III межреспубл. съезда травматол.-ортоп. Закавказья. Тбилиси, 1976.

Поступила 26 декабря 1978 г.

УДК 616.727.2—031.63—002:615.83

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНЫМ ПЕРИАРТРИТОМ

Е. Г. Аветисова, И. П. Овчинникова, А. Н. Янковская

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки ТАССР проф. У. Я. Богданович)

Реферат. Проанализированы результаты физиотерапевтического лечения больных плече-лопаточным периартритом. При острой стадии заболевания лучший эффект обеспечивает применение диадинамических токов в сочетании с новокаином-электрофорезом или грязевыми аппликациями, а при затяжных формах заболевания с выраженным болевым синдромом и резким ограничением объема движений наиболее целесообразна ультразвуковая терапия.

Ключевые слова: плече-лопаточный периартрит, физиотерапия.

Лечение больных с периартритом плечевого сустава представляет значительные трудности. В своей практической работе мы убедились в необходимости дифференцированного подхода к выбору метода физиотерапии. Под нашим наблюдением находились 153 больных (мужчин — 54, женщин — 99). У 85 из них процесс локализовался преимущественно справа, у 13 был двусторонним и у 55 — левосторонним. Лечение проводили амбулаторно.

Наряду с клиническим обследованием больных мы применяли функциональные методы: изучали в динамике данные ЭКГ, артериальной осциллографии, АД, электротермометрии и электрического сопротивления кожи, которые выявили изменения в сердечно-сосудистой системе и нарушение трофики тканей.

В зависимости от выраженности клинической картины и стадии заболевания использовали следующие виды физиотерапии: в остром периоде (52 чел.) лечение начинали с диадинамических токов, которые в последующем сочетали с новокаином-электрофорезом или тепловыми процедурами (у 16 больных с упорным болевым синдромом); в подостром периоде и стадии неполной ремиссии (101 чел.) применяли главным образом ультразвуковую терапию и лишь у 14 больных — новокаин-электрофорез или грязевые аппликации в комплексе с ультразвуковым воздействием.

Лечение диадинамическими токами проводили по поперечной методике на область сустава (на курс 6—8 процедур продолжительностью 5—7 мин). Применяли токи двухтактный фиксированный или двухтактный волновой в сочетании с током модулированным короткими периодами. Для новокаин-электрофореза использовали 2—5% раствор новокаина на 70° спирте. Курс лечения грязевыми аппликациями включал 20 процедур продолжительностью до 20 мин (температура грязи — 39—42°).

При ультразвуковой терапии озвучивали область плечевого сустава по лабильной методике. Режим непрерывный, интенсивность 0,2—0,4 Вт/см², длительность процедуры 5—10 мин. Курс лечения — 10—12 процедур, через день.

Исчезновение боли и восстановление объема движений в суставе рассматривались как значительное улучшение, уменьшение боли и увеличение объема движений в суставе — как улучшение. Для обеих групп характерно уменьшение сосудисто-трофических нарушений.

У больных с острым болевым синдромом после 3—4-й процедуры воздействия диадинамическими токами притуплялись боли, благодаря чему улучшался сон. В результате лечения значительное улучшение отмечено у 20 больных этой группы, улучшение — у 31; лишь у 1 больного эффекта не было. Отдаленные исходы лечения прослежены у 40 человек. Терапевтический эффект сохранялся до 4—6 мес у 12,5% больных, до 2 лет — у 10%. Остальные больные на повторный курс лечения не поступали.

В группе больных с длительным упорным течением заболевания, не поддающимся другим видам лечения, у 8 пациентов боли притупились уже после первых двух ультразвуковых процедур. У большей части больных выраженная положительная динамика наблюдалась после 4—6-й процедуры. К окончанию курса лечения у 29 чел. исчезли боли и восстановился полный объем движений, у 67 — значительно ослабли боли и увеличился объем движений. У остальных 5 больных эффект был достигнут после проведенного через 3 мес. повторного курса ультразвукового воздействия.

Лечение ультразвуком оказало благоприятное влияние и на состояние сердечно-сосудистой системы: было отмечено исчезновение или ослабление имевшихся до лечения признаков гипоксии миокарда, нормализация АД и сосудистого тонуса, ликвидация асимметрии в показателях температуры и электрического сопротивления кожи.

Таким образом, при выборе метода лечения больных плече-лопаточным периартритом следует учитывать стадию заболевания. При острой боли лучший эффект дает применение диадинамических токов (в случае устойчивости болевого синдрома — в сочетании с новокаином-электрофорезом или грязевыми аппликациями). При затяжных формах заболевания с выраженным болевым синдромом и резким ограничением объема движений, плохо поддающимися другим видам физиотерапевтического лечения, рекомендуется применять ультразвуковое воздействие, иногда с повторным курсом лечения через 3 мес.

Поступила 6 апреля 1979 г.