

нарушение трудоспособности, а вследствие распространенной миофлексии, приводящей к вынужденной согнутой позе, затрудняет разгибание (пояснично-тазобедренная сгибательная ригидность), отведение бедра и вращение его внутрь. Все это, наряду с фиксированными деформациями позвоночника, предпочтительными позами в положении сидя и лежа с согнутой больной ногой и применением подкладных подушек, формирует довольно завершённый клинический симптомокомплекс.

Возникая вследствие нижне- и среднепоясничного остеохондроза, синдром протекает на фоне остеохондроза высокого верхнепоясничного и поясничногрудного уровней; возможна ирритация в зоне L11 — L14 корешков. Поэтому пояснично-подвздошный синдром может развиваться при опухолевом, туберкулезном и других процессах, локализующихся на данном уровне позвоночника.

Описанный синдром встречается как самостоятельный. Он может сочетаться с другими экстравертебральными синдромами, в частности за счет вовлечения волокон бедренного нерва или симпатического сплетения бедренной артерии. Это обстоятельство ставит синдром пояснично-подвздошной мышцы в ряд других вертеброгенных туннельных синдромов, таких как перонеальный, передней лестничной мышцы, грушевидной и др. Однако на первом месте при данном синдроме находится не вторичный компрессионно-невралгический или сосудистый, а мышечно-тонический компонент.

Лечение описываемого синдрома целесообразно начинать уже на этапе прогрессирования заболевания. Его основной задачей является воздействие на источник ирритации, расслабление пояснично-подвздошной мышцы.

В зависимости от основного вида лечения реализующего звена синдрома все обследованные были разделены на 3 группы по 7 человек. Больным 1-й группы назначали новокаиновую инфильтрацию (5 мл 0,5% раствора новокаина с гидрокортизоном) в подвздошную мышцу под пупартовой связкой; больным 2-й группы проводили мануальную терапию, включающую манипуляции на позвоночнике и релаксацию мышц¹, пациенты 3-й группы получали комбинированную терапию инъекциями новокаина с гидрокортизоном в спазмированную мышцу в сочетании с мануальной терапией. Указанные процедуры чередовали через день.

У 4 больных 1-й группы положительный сдвиг клинических показателей наступил после третьей инфильтрации, что соответствовало недельному сроку лечения. У 5 пациентов 2-й группы аналогичный сдвиг произошел после первых двух сеансов, то есть через 2—3 дня лечения. У 3 же больных 3-й группы терапевтический эффект наступил в 1-й день комплексного лечения, а у остальных 4 — в последующие 2—3 дня.

Таким образом, оптимальным оказался последний вариант лечения. Деклинация торако-люмбального отдела с последующей изометрической релаксацией и ее закрепление инфильтрационными процедурами предотвращали возможную мышечно-тоническую активность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Марченко Н. З. Сколиоз при поясничном остеохондрозе. Автореф. канд. дисс., Казань, 1972.— 2. Попелянский Я. Ю. Казанский мед. ж., 1980, 2.— 3. Lewit K., Gutman S. Rehabilitica, 1975, 8, Suppl. 10—11.

Поступила 1 марта 1983 г.

УДК 616.71—002.27—07

КЛИНИКА РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ ПОЯСНИЧНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

В. П. Веселовский, Н. В. Наумова

Курс вертеброневрологии (зав.— доктор мед. наук В. П. Веселовский) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, кафедра гигиены труда (зав.— доц. Н. Х. Амиров) Казанского ордена Трудового Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Поясничный остеохондроз — одно из самых распространенных хронических заболеваний человека — является причиной временной нетрудоспособности от 12 до 14% всех рабочих крупных промышленных предприятий. В связи с этим снижение заболеваемости, обусловленной поясничным остеохондрозом, представляет важную народнохозяйственную проблему. Наиболее перспективны в данном отношении профилак-

¹ Для снятия напряжения подвздошно-поясничной мышцы использовали мобилизационные методы, основанные на ритмических активных мышечных сокращениях с постоянным увеличением пассивного сопротивления для достижения изометрической активации.

тические мероприятия, которые, однако, невозможно проводить без учета клинических особенностей заболевания в стадии ремиссии. В литературе нет полного описания указанной патологии в так называемый холодный период. Ряд авторов считают, что в период ремиссии симптомы заболевания не проявляются [2]. Вместе с тем известно, что остеохондроз позвоночника имеет хроническое течение, следовательно, процесс продолжается как в период обострения, так и в период ремиссии. Задача настоящего исследования заключалась в выявлении клинических особенностей поясничного остеохондроза в период ремиссии.

Под динамическим наблюдением находилось 475 больных поясничным остеохондрозом (женщин — 212, мужчин — 263) в период ремиссии. Для их обследования мы использовали неврологическую, нейроортопедическую, курвиметрическую, тензоальгиметрическую, углометрическую, мионометрическую, электромиографическую, реовазографическую и дерматотермометрическую методики исследования. Больные были в возрасте от 21 до 58 лет, продолжительность заболевания варьировала от полугода до 14 лет. Были диагностированы следующие синдромы: у 203 больных — вертебральный (люмбаго и люмбагия), у 62 — мышечно-тонический, у 128 — дистрофический, у 25 — нейрососудистый, и у 50 — невралный (радикулярные и нейропатические нарушения).

Для оценки степени выраженности вертебрального синдрома определяли коэффициенты сгибания позвоночника (КСП), разгибания позвоночника (КРП), наклона позвоночника (КНП), симптома Ласега (КСЛ), симптома разгибания бедра (КСРБ), симптома ипсилатерального напряжения многораздельной мышцы (СИН). Для диагностики мышечно-тонических синдромов, помимо клинического метода, использовали мионометрию, для выявления дистрофических нарушений — тензоальгиметрию, а для установления сосудистых и невралных нарушений — неврологический метод и реовазографию [1].

Обнаруженные клинические проявления поясничного остеохондроза в период ремиссии можно условно разделить на две группы: симптомы, характерные как для периода ремиссии, так и для периода обострения (1-я), и симптомы, которые встречаются только в стадии ремиссии (2-я). К 1-й группе относятся вертебральные, мышечно-тонические, дистрофические, сосудистые и невралные симптомы. Для выявления их динамики больных наблюдали в различные этапы периода ремиссии: начальный, срединный и конечный.

Клинические проявления вертебрального синдрома в период ремиссии зависели от механизма поражения позвоночно-двигательного сегмента (ПДС). Для пациентов, у которых раздражение окончаний синуввертебрального нерва в зоне пораженного ПДС было обусловлено ослаблением его фиксационных свойств (221 чел.), было характерно увеличение показателей вертебрального синдрома и уменьшение КСЛ и КСРБ (см. табл.). Эти сдвиги можно трактовать как появление компенсаторной мышечной фиксации в пораженном ПДС. На конечном этапе ремиссии выявлялось уменьшение показателей вертебрального синдрома и СИН и возрастание КСЛ и КСРБ. У лиц с раздражением окончаний синуввертебрального нерва, обусловленном дисгемическими расстройствами (30 чел.), имело место уменьшение показателей вертебрального синдрома и явлений болезненности пораженного ПДС на начальном и срединном этапах ремиссии и возрастание указанных показателей — на конечном. У больных с раздражением окончаний синуввертебрального нерва в зоне пораженного ПДС воспалительными изменениями (94 чел.) отмечались аналогичные нарушения, только дополнительно на конечном этапе ремиссии появлялась болезненность структур, расположенных рядом с пораженным ПДС (см. табл.).

У больных с невралными синдромами на протяжении всего периода ремиссии выраженной динамики симптомов не наблюдалось. У лиц с мышечно-тоническими, дистрофическими и нейрососудистыми синдромами констатировано уменьшение экстравертебральных симптомов на начальном и срединном этапах, а затем их возрастание на конечном.

Из синдромов, характерных только для периода ремиссии, были выявлены следующие: крампи, статической недостаточности мышц стоп, парестетической мералгии, немощной спины. Синдром крампи был установлен у 90% больных с дистрофической формой люмбоишалгии, синдромом беспокойных ног — у 20% пациентов с сосудистой формой люмбоишалгии, а синдромы парестетической мералгии и статической недостаточности мышц стоп встречались у 15% больных с мышечно-тонической формой люмбоишалгии и у 10% — с сосудистой. Следует отметить, что синдром парестетической мералгии выявлялся лишь при поражении верхнепоясничного отдела позвоночника, а синдром немощной спины — только при ослаблении фиксационных свойств пораженного ПДС (у 68 из 221 больного).

Таким образом, клинические проявления поясничного остеохондроза обнаружи-

**Динамика показателей вертебральных нарушений у больных
поясничным остеохондрозом на различных этапах ремиссии**

Патогенез поражения ПДС	Этап ремиссии *	Число больных	Значение показателей (в отн. ед.)				
			КВС	СИН	КСЛ	КСРБ	болезненность ПДС
			M±m	M±m	M±m	M±m	
Ослабление фиксационных свойств ПДС	Н	221	4,6±0,2	0,5±0,1	1,2±0,1	1,2±0,1	1,2±0,1
	С	221	5,2±0,1	0,6±0,1	1,1±0,1	1,1±0,1	1,1±0,1
	К	221	4,3±0,1	0,4±0,1	1,3±0,1	1,3±0,1	1,2±0,1
Механическое поражение ПДС	Н	130	4,8±0,1	0,6±0,1	1,2±0,1	1,3±0,1	1,2±0,1
	С	130	5,2±0,1	0,8±0,1	1,2±0,1	1,2±0,1	1,2±0,1
	К	130	4,5±0,1	0,5±0,1	1,1±0,1	1,1±0,1	1,2±0,1
Дисгемическое поражение ПДС	Н	30	4,8±0,1	0,6±0,1	1,2±0,1	1,2±0,1	1,1±0,1
	С	30	4,4±0,1	0,4±0,1	1,2±0,1	1,2±0,1	1,2±0,1
	К	30	5,6±0,1	0,8±0,1	1,2±0,1	1,2±0,2	1,8±0,1
Воспалительные изменения ПДС	Н	94	4,8±0,1	0,6±0,1	1,2±0,1	1,2±0,1	1,2±0,1
	С	94	4,3±0,1	0,4±0,1	1,2±0,1	1,2±0,1	1,2±0,2
	К	94	5,5±0,1	0,7±0,1	1,2±0,1	1,2±0,1	1,8±0,1

* Н — начальный, С — срединный, К — конечный.

ваются и в период ремиссии, претерпевая динамику в зависимости от этапа ремиссии и вида синдрома. Констатированные нами закономерности ставят перед невропатологами задачу проведения многолетней диспансеризации больных поясничным остеохондрозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Билялов М. Ш., Веселовский В. П., Попелянский А. Я. и др. Особенности клинического обследования при вертеброгенных заболеваниях нервной системы. Казань, 1980.— 2. Дубнов Б. Л. Поясничный дискос. Киев, Здоров'я, 1967.

Поступила 27 ноября 1982 г.

УДК 612.824—053.2—022.361—073.173

НОРМАТИВЫ РЕОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ ДЕТЕЙ

Ф. Г. Хайбуллина

Кафедра нервных болезней детского возраста (зав.— проф. А. Ю. Ратнер) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Общепризнано, что одним из адекватных методов оценки состояния церебральной гемодинамики является реоэнцефалография, которая в общей неврологии нашла широкое применение. По отношению к детям реоэнцефалографическая оценка мозгового кровотока изучена совершенно недостаточно, и даже при тяжелых церебральных сосудистых нарушениях по данным РЭГ трудно сделать серьезные выводы, так как нет единых представлений о нормальных реоэнцефалографических параметрах в детском возрасте. Единичные публикации на эту тему содержат противоречивые сведения [1, 4, 5].

В данной работе изучено состояние церебрального кровотока у здоровых детей разного возраста для того, чтобы расширить возможности этого метода для клинической неврологии.

Реоэнцефалографически обследованы 80 здоровых детей в возрасте от 2 мес до 14 лет. Запись реоэнцефалограмм проводили в экранированной камере 4-канальной