

цами поперечно за пределами сустава фиксируем к лучевой кости. Чтобы заживление раны протекало без осложнений, концы спиц выводим в противоположную от раны сторону предплечья и загибаем, а со стороны раны спицы скусываем на уровне поверхности кости.

Раны ушиваем наглухо. На тыльную лучелоктевую связку накладываем узловые швы. На место укладываем разгибатель V пальца и узловыми швами восстанавливаем целостность пятого костно-фиброзного канала. Производим гемостаз. Накладываем кожные швы и спиртовую повязку. Кисть в умеренной тыльной флексии фиксируем тыльной гипсовой лонгетой до снятия кожных швов (10-12 дней). Спицы удаляем через 6 недель с последующим физиомеханолечением. Приводим следующее клиническое наблюдение.

А., 47 лет, поступил в отделение кисти НИЦТ "ВТО" 01.03.1995 г. с диагнозом: застарелый ладонный вывих головки правой локтевой кости в дистальном лучелоктевом суставе давностью 2,5 месяца (рис. 1).

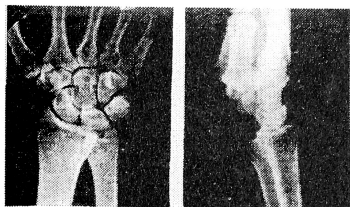


Рис. 1. Рентгенограмма больного А., 47 лет: застарелый ладонный вывих головки правой локтевой кости в дистальном лучелоктевом суставе давностью 2,5 месяца.

Из анамнеза: 2,5 месяца назад на улице крупная овчарка неожиданно схватила зубами правое предплечье и резко повернула руку по оси. Вначале травму расценили как ушиб и только спустя 3 недели при рентгенологическом обследовании был обнаружен ладонный вывих головки локтевой кости. В районной больнице была сделана попытка закрытого вправления вывиха, затем без рентгенологического контроля (ошибка!) на 3 не-

дели наложена гипсовая повязка. После ее снятия выяснилось, что вывих не устранен. Больного направили в отделение хирургии кисти центра, где 09.03.1995 г. ему было произведено открытое атравматичное вправление вывиха головки правой локтевой кости по описанному выше методу (рис. 2). Раны зажили первичным натяжением; кожные швы сняты на 10-й день; спицы удалены через 6 недель. Больной получил курс физиомеханолечения. Функция предплечья восстановлена полностью.

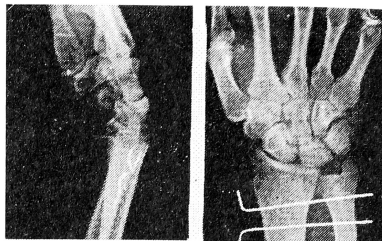


Рис. 2. Рентгенограмма того же больного после открытого атравматичного вправления вывиха головки правой локтевой кости по описанному методу и трансоссальной внесуставной фиксации спицами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкенази А.И. Хирургия кистевого сустава. — М., 1990.

Поступила 05.05.95.

OPEN SETTING METHOD OF THE CHRONIC PALM DISLOCATION OF THE ULNA HEAD IN DISTAL RADIOULNAR ARTICULATION

G.G. Nettov

Summary

The open setting atraumatic method of the chronic palm dislocation of the ulna head in distal radioulnar articulation is proposed. The author provides the necessity of careful clearance of the radius articular notch and ulna head from cicatricial tissue, retaining the anatomic structure of the dorsal radioulnar ligament and articular disk part separating the radiocarpal articulation from radioulnar one.

УДК 616.71 — 002.27 — 08

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ РЕФЛЕКТОРНЫХ СИНДРОМОВ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

В.П. Ефремов

Шахунская центральная районная больница (главрач — В.В. Шеблов) Нижегородской области

В структуре неврологической заболеваемости взрослого населения первое место (48—71,9%) среди причин временной утраты трудоспособности занимают поражения периферической нервной системы [1, 6]. Около 80% лиц в популяции на протяжении жизни пе-

реносят приступы поясничных болей. В отдельных сферах производства заболеваемость остеохондрозом с временной утратой трудоспособности варьирует от 14,5 до 25,7 на 100 работающих. Наиболее частой причиной этого заболевания являются дегенеративно-дис-

трофические изменения межпозвонкового диска [3]. У 60—90% больных поражается пояснично-крестцовая область, причем рефлекторные синдромы составляют 66—71,6% от числа всех неврологических проявлений поясничного остеохондроза. Чаще всего заболевают лица трудоспособного возраста — от 30 до 50 лет [1].

Своевременность диагностики, лечения и профилактики неврологических проявлений поясничного остеохондроза по-прежнему остается весьма важной проблемой [8]. Одним из перспективных методов лечения рефлекторных синдромов позвоночного остеохондроза является мануальная терапия, которая используется как самостоятельно, так и в сочетании с другими способами лечения [5]. Мануальная терапия наряду с механическим оказывает и рефлекторное действие, приводя к регрессу болевого и мышечно-тонического компонента, нормализации венозного оттока, увеличению объема движений в позвоночнике. Наибольший эффект мануальной терапии отмечается в сочетании с иглорефлексотерапией [4].

В настоящей работе представлен опыт лечения больных остеохондрозом на базе отделения восстановительного лечения Шахунской ЦРБ, располагающей базой для обеспечения широкого комплекса лечебно-восстановительных мероприятий (зал лечебной физкультуры, кабинеты мануальной и рефлексотерапии, фитобар, кабинеты механотерапии, массажа, апитерапии, физиотерапии, психотерапии).

Под наблюдением находились 136 больных с рефлекторными синдромами поясничного остеохондроза. Среди 136 больных было 70 мужчин и 66 женщин в возрасте от 19 до 73 лет. В большинстве случаев обострения остеохондроза позвоночника выявлялись в трудоспособном возрасте. Давность заболевания составляла от нескольких месяцев до 23 лет. Всем больным проводили неврологическое, соматическое и мануальное обследования. Рентгенография была выполнена 84 больным. На рентгенограммах у всех больных отмечены признаки остеохондроза (склероз замыкательных пластинок, уменьшение высоты дисков, слабо выраженный спондилолистез и др.).

При мануальном исследовании выявлены сглаженность поясничного лордоза, сколиоз различной выраженности, напряжение длинных мышц спины и функциональная блокада двигательных сегментов.

Мануальную терапию [3] и иглорефлексотерапию [2] осуществляли на фоне обычного базисного лечения. Курс лечения состоял из 5—10 процедур.

При значительной выраженности клинических проявлений болевой синдром купировали в первые 1—2 дня с помощью иглорефлексотерапии с воздействием на аурикулярные и корпоральные точки как сегментарного, так и общего действия. После уменьшения выраженности клинических проявлений назначали мануальную терапию в сочетании с мобилизационными и манипуляционными методами техники на костные структуры с использованием дифференцированных тракций на различные отделы позвоночника, а также методы расслабления мышц (постизометрическую релаксацию). Курс включал 5—10 процедур в зависимости от динамики и объективной симптоматики. После проведения мануальной терапии через 2—3 часа больным проводили общий массаж и лечебную гимнастику с целью укрепления мышечного корсета и связочного аппарата.

При незначительных и умеренных клинических проявлениях мануальную терапию применяли сразу же со всем лечебным комплексом, причем в первые 1—2 дня как в первом, так и во втором случае с использованием щадящих ее приемов. Эффективность лечения на завершающем этапе оценивали по общепринятым критериям в зависимости от степени восстановления функций позвоночника: значительное улучшение, улучшение, без перемен, ухудшение. При этом исходили из представления о позвоночнике как о единой целостной системе, в случае нормализации которой возобновляется объем движений во всех направлениях (сгибание, разгибание, боковые наклоны, характерные для нормального функционирования). При пассивных движениях у больного может сохраняться ограничение подвижности в некоторых отделах, что обусловлено формированием новых двигательных стереотипов. Основным критерием эффективности лечения считали также исчезновение болевых ощущений и симптомов натяжения. Кроме того, об эффективности лечения судили по результатам суммарной электромиографии (ЭМГ), проводимой с помощью электромиографа МГ-440 (Венгрия) на кожными электродами со стандартными размерами. Применение суммарной ЭМГ позволяет оценить тоническое напряжение поверхностных мышц позвоночника и конечностей в состоянии покоя и при нагрузке, проанализировать

амплитуду максимального мышечного сокращения и выявить асимметрию на ЭМГ различных мышечных групп (применение функциональных проб и нагрузок придает этому исследованию экспертное значение). Признаком поражения миотома на сегментарно-корешковом уровне считается появление редкой ритмичной активности ПА и ПБ типов. Кроме того, для объективизации результатов лечения использовали стимуляционную электронейромиографию (ЭМНГ). Исследование проводили на электромиографической компьютеризированной системе "Нейроцид-М" (Куба, 1991 г.). Скорость проведения импульса (ПИ) определяли по периферическим нервам нижних конечностей (малоберцовый, большеберцовый).

Приводим следующие клинические наблюдения.

Н., 48 лет, механизатор. Поступил в неврологическое отделение 12.01.1995 г. с жалобами на боли ноющего характера в поясничном отделе позвоночника. Страдает пояснично-крестцовым радикулитом около 15 лет. Неоднократно лечился амбулаторно, принимал физиотерапевтические процедуры, анальгетики, витамины группы В. В последние 3 года частота обострений увеличилась до 3 раз в год. Последнее обострение, связанное с подъемом тяжести, произошло около 2 недель назад. Принимал ДДТ, анальгетики, витамины группы В, биостимуляторы. Эффект от лечения был незначительным.

При осмотре были отмечены сглаженность поясничного лордоза, ограниченность и болезненность наклонов позвоночника вперед, назад и в стороны, болезненность при пальпации паравerteбральных точек $L_3-L_4-L_5$. Мышечный тонус в области поясницы повышен. Симптом Ласега — 70° с обеих сторон. При осмотре также выявлены патобиомеханические нарушения в виде функциональных блокад $L_3-L_4-L_5$. Сухожильные рефлексы живые, без разницы в сторонах, выпадений чувствительности нет.

Суммарная ЭМГ с паравerteбральных мышц при нагрузке показала снижение амплитуды мышечного сокращения и асимметрию в мышечных группах (рис. 1). Кроме того, в покое у данного больного при суммарной ЭМГ с этих же групп мышц зафиксировано появление редкой ритмичной активности ПА типа слева, что свидетельствует о возможном раздражении корешка спинномозгового нерва.

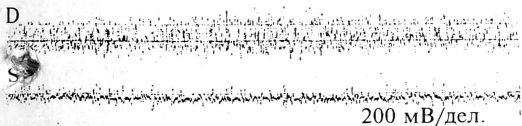


Рис. 1. Суммарная ЭМГ у больного Н. с паравerteбральных мышц при нагрузке до лечения. Выявлена асимметрия, уменьшена амплитуда мышечного сокращения слева.

При функциональной спондилографии констатированы снижение высоты дисков L_3-L_4 и L_4-L_5 , краевые костные разрастания. На основании клинических и инструментальных данных был поставлен диагноз: вертеброгенная люмбалгия,

часто рецидивирующее течение, стадия обострения, умеренно выраженный болевой синдром.

Больному было проведено 7 сеансов мануальной терапии: мобилизация грудного и поясничного отделов позвоночника, постизометрическая релаксация мышц — разгибателей спины. Наряду с мануальной терапией больной получил курс иглорефлексотерапии преимущественно на точки области поясницы. Медикаментозное лечение включало прием реопирина по 0,25 3 раза в день, супрастина по 0,025 на ночь. Мануальную терапию и иглорефлексотерапию проводили ежедневно. Через 13 дней лечения больной был выписан домой со значительным улучшением. При объективном осмотре наклоны свободные во все стороны; больной достает кончиками пальцев до пола, болей нет. При повторной суммарной ЭМГ с паравerteбральных мышц при нагрузке увеличилась амплитуда мышечных сокращений, устранена асимметрия (рис. 2). В покое же на суммарной ЭМГ выявлено биоэлектрическое молчание, то есть наблюдалось значительное ослабление миофасциации.

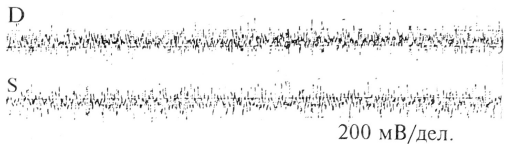


Рис. 2. Суммарная ЭМГ у больного Н. с паравerteбральных мышц при нагрузке после лечения. Увеличение амплитуды мышечного сокращения слева, полное устранение асимметрии.

М., 44 года, водитель. Поступил в неврологическое отделение 16.01.1995 г. с жалобами на ноющие боли в области поясницы с иррадиацией в левую ногу по задней поверхности, на ноющие боли в икроножных мышцах слева при физической нагрузке. Страдает пояснично-крестцовым радикулитом около 9 лет, обострения происходят 1-2 раза в год. Лечился в основном амбулаторно. Последнее обострение, длившееся около недели, связывает с переохлаждением. Лечился в поликлинике (анальгетики, массаж, ДДТ), но эффект был незначительным.

При осмотре сколиотической установки нет, сглажен поясничный лордоз, при пальпации больной ощущает выраженную болезненность паравerteбральных точек L_4-L_5 ; симптом Ласега — 55° слева. Выявлены патобиомеханические нарушения в виде умеренных функциональных блокад на уровне L_3-L_4 ; L_4-L_5 ; L_5-S_1 . Сухожильные рефлексы живые, без разницы в сторонах, выпадений чувствительности нет, напряжение мышц в области поясницы, боль при пальпации икроножных мышц слева. При функциональной спондилографии пояснично-крестцового отдела обнаружены начальные признаки остеохондроза.

На основании клинических и инструментальных данных был поставлен диагноз: левосторонняя люмбоишалгия, редко рецидивирующее течение, стадия обострения, умеренно выраженный болевой синдром. Больному было проведено 6 сеансов мануальной терапии: мобилизация грудного и поясничного отделов позвоночника, постизометрическая релаксация мышц — разгибателей спины и грушевидной мышцы слева. Наряду с мануальной терапией больной принял курс иглорефлексотерапии с воздействием на точки в области поясницы. Медикаментозное лечение включало внутримышечное введение реопирина (5,0, № 5) и прием димедрола по 0,05 на ночь. Мануальная терапия и иглорефлексотерапия были ежедневными.

В качестве диагностики и контроля за эффективностью лечения использовали стимуляционную электромиографию (ЭНМГ).

До лечения отмечалось снижение скорости проведения импульса (СПИ) слева по большеберцовому нерву на больной стороне (38,2 м/с) по сравнению со здоровой (48,7 м/с), что свидетельствовало об умеренно выраженных признаках нисходящей нейропатии. После курса лечения СПИ на больной стороне нормализовалась (47,4 м/с).

При суммарной ЭМГ с икроножных мышц до лечения выявлялись снижение амплитуды и асимметрия мышечных сокращений на больной стороне слева (рис. 3). После лечения данные явления были полностью устранены (рис. 4). Через 14 дней после завершения курса лечения больного выписали на работу.

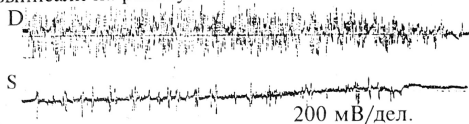


Рис. 3. Суммарная ЭМГ у больного М. с икроножных мышц при нагрузке до лечения. Выражена асимметрия, уменьшена амплитуды мышечного сокращения слева.

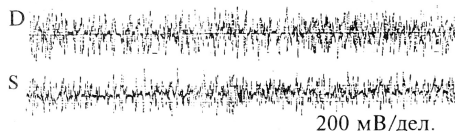


Рис. 4. Суммарная ЭМГ у больного М. с икроножных мышц при нагрузке после лечения. Устранение асимметрии, увеличение амплитуды мышечного сокращения слева.

Таким образом, клиническое улучшение у больных сопровождалось положительной динамикой электромиографических данных. Это объясняется тем, что под влиянием мануальной терапии происходит декомпрессия нервно-сосудистых и вегетативных образований, уменьшается поток болевых импульсов от пораженного двигательного сегмента. После лечения на ЭМГ у 7 больных было зарегистрировано уменьшение амплитуды биопотенциалов. Клинический анализ показал, что у них обострение заболевания было длительным со стойко выраженным рефлекторно-тоническим синдромом. Мануальная терапия привела лишь к некоторому уменьшению болевого синдрома, однако не оказала эффекта на мышечнотонические реакции (патогенизирующая миофиксация).

В результате лечения со значительным улучшением выписаны 102 человека. Сроки лечения составили в среднем 13,2 дня, в контрольной же группе без применения мануальной и рефлекторной терапии — 16,9 дня. У 26 человек отмечалось улучшение. У 8 больных лечение оказалось неэффективным, положительный результат был достигнут у них после применения ме-

дикаментозных средств и физиотерапии (ДДТ, СМТ).

Таким образом, мануальная и игло-рефлексотерапия являются эффективными методами лечения неврологических проявлений остеохондроза в условиях ЦРБ. Результаты клинического обследования в сочетании с электромиографическими данными позволяют дать объективную оценку эффективности лечения больных с рефлекторными синдромами поясничного остеохондроза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов И.П., Гуткина Л.С.// Невропатол. и психиатр. — 1987. — № 4. — С. 481—485.
2. Вогралик В.Г., Вогралик М.В. Игло-рефлексотерапия. — Горький, 1978.
3. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. — Рига, 1991.
4. Гойденко В.С., Ситель А.Б., Галапов В.П., Руденко И.В. Мануальная терапия неврологических проявлений остеохондроза позвоночника. — М., 1988.
5. Коган О.Г., Найдун В.Л. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии. — М., 1988.
6. Лукачер Г.Я. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника. — М., 1985.
7. Марчук Г.С., Пелех Л.Е., Овчаренко А.А. Мануальная терапия и нейромышечная электростимуляция в лечении больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза — Новокузнецк, 1986.
8. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы/ Руководство для врачей. — М., 1989.
9. Dvorak J., Dvorak V. Cheklste Manuelle Medizin. Georg Thieme Verlag Stuttgart. N.-Y., 1990.
10. Lanza U. Agopuntura classica. — Torino, 1976.
11. Levit K. Manuelle Therapie im Rahmen der Medizinischen Rehabilitation. — Leipzig, 1977.
12. Rychlikova E. Funkcni poruchy Klobu Konecetin. — Praha, 1980.
13. Rychlikova E. Manualni Medicina. — Praha, 1987.
14. Saches I. Manuelle Mobilisationsbehandlung der Extremitatengelenke. VEB Verlag "Volk und Gesundheit". — Berlin, 1973.

Поступила 30.06.95.

MANUAL THERAPY AND ACUPUNCTURE OF REFLEX SYNDROMES OF LUMBAR OSTEOCHONDROSIS

V.P. Efremov

S u m m a r y

Manual therapy and acupuncture of 136 patients with reflex syndromes of lumbar osteochondrosis of vertebral column are performed. The significant improvement is noted in 102 patients, the improvement — in 26, the invariable state — in 8 patients. The terms of temporary disablement are reduced. Methods of total and stimulatory electroneuromyography combined with clinical data allow to give the objective estimation of the treatment efficacy of patients with reflex syndromes of lumbar osteochondrosis.