

3. Жильцов А. Н.//Ортопед. травматол.—1978.— № 11.— С. 54—58.— 4. Кошкарова З. В., Хороших Е. А.//В кн.: Научные труды Иркутского медицинского института, 1979.— Вып. 147.— 5. Крамаренко Г. Н.//Статические деформации стоп.— Автореф. докт. дисс., М., 1970.— 6. Крамаренко Г. Н., Истомина И. С.//В кн.: Актуальные вопросы травматологии и ортопедии.— Сб. трудов ЦИТО.— М., 1978.— Вып. 18.— 7. Набиева Т. А.//Комплексная хирургическая коррекция поперечного плоскостопия с применением аллотендопластики.— Автореф. канд. дисс.— Л., 1984.— 8. Фридланд М. О.//Курс ортопедии.—1936.— ч. 2.— 9. Шаргородский В. С., Князева В. Н., Яралов-Яралянц В. А.//В кн.: Ортопедия.— Киев, 1968.— Вып. 4.— 10. Шугаров Н. А., Лапин В. В., Фокин А. А. и др.//Ортопед. травматол.— 1985.— № 12.— С. 26—29.— 11. Яременко Д. А.//Там же.— 1985.— № 11.— С. 59—67.

Поступила 28.04.86.

ДК 616.71—002.27:611.959:617.581—07

## ПОДВИЖНОСТЬ КРУПНЫХ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ПОЗВОНОЧНИКА У БОЛЬНЫХ ПОЯСНИЧНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

О. В. Василевская

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

При дегенеративных, травматологических и ортопедических заболеваниях суставов и позвоночника страдает прежде всего их двигательная функция. При составлении плана лечения необходимо учитывать помимо других клинических показателей амплитуду активных и пассивных движений в суставах и позвоночнике. Для этих целей до сих пор используется специальный транспортир [1, 2, 4], однако точность измерения этим способом крайне низка (ошибка — 5—6°).

Мы определяли подвижность крупных суставов нижних конечностей и позвоночника у больных с различными синдромами поясничного остеохондроза при помощи бытового угломера УБ-ХЛ4. Этот прибор (рис. 1) применяется для измерения отклонений поверхностей от вертикали и горизонтали.

Измерения заключаются в следующем. Угломер ставят на подвижный сегмент конечности и в таком положении снимают показания прибора (рис. 2). После выполнения больным соответствующего движения опять фиксируют угол. Разница этих двух показателей и есть объем движения в данном суставе.

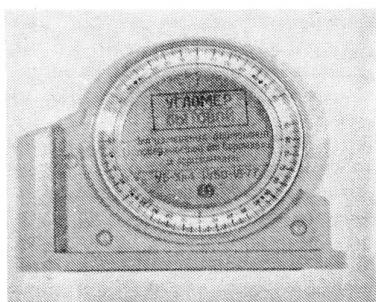


Рис. 1. Внешний вид угломера УБ-ХЛ4 ТУ 50-18-77.

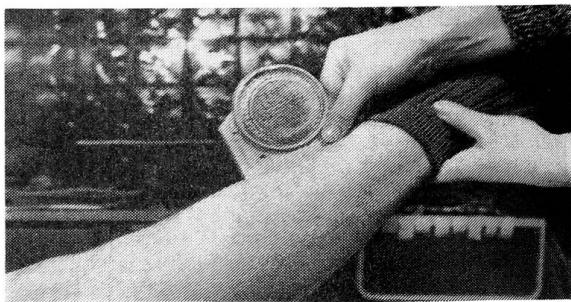


Рис. 2. Определение объема движения в тазобедренном суставе при помощи угломера.

Таким способом мы определяли подвижность позвоночника, объем движения в тазобедренных, коленных, голеностопных суставах. Было обследовано 153 пациента (мужчин — 98, женщин — 55; возраст — от 18 до 62 лет) с различными синдромами поясничного остеохондроза (89 — с нейродистрофической формой люмбошиалигии, 28 — с поражением корешка L<sub>5</sub> и 36 — с поражением корешка S<sub>1</sub>). Обследование проводили в период обострения остеохондроза. В контрольную группу вошли 20 здоровых лиц, не отличавшихся от больных по возрасту и полу.

Результаты обследования показали, что у всех больных поясничным остеохондрозом страдает подвижность позвоночника, однако если при кифотической форме деформации более резко ограничен объем разгибания, то при гиперлордозе, наоборот, — сгибания. Коэффициент сгибания позвоночника (КСП) был равен  $2,39 \pm 0,30$ , тогда как у больных с кифозом —  $1,65 \pm 0,16$  ( $P < 0,05$ ). Во фронтальной плоскости позвоночник был менее подвижен у больных люмбошиалгии с гиперлордозом и при выраженной сколиозе. Коэффициент наклона позвоночника в большую сторону (КНПб) равнялся соответственно  $3,38 \pm 0,44$  и  $4,45 \pm 0,40$ , при кифозе —  $2,33 \pm 0,24$  ( $P < 0,05$ ). Та же картина наблюдалась и у больных с радикулярными синдромами (КНПб —  $3,32 \pm 0,42$  при  $L_5$  и  $3,21 \pm 0,36$  при  $S_1$ ).

При всех синдромах поясничного остеохондроза нет свободы движений в крупных суставах нижних конечностей как на здоровой, так и больной сторонах. При люмбошиалгии с кифотической формой деформации позвоночника подвижность ограничена в тазобедренных суставах, причем в большей степени разгибание ( $16,47 \pm 0,37^\circ$  при норме  $46,65 \pm 0,52^\circ$ ,  $P < 0,05$ ). Подвижность же в коленном и голеностопном суставах страдает меньше. У больных с гиперлордотической формой деформации резко сужен объем движения во всех суставах нижних конечностей, что соответствует представлениям о роли экстравертебрального компонента разгибательной пояснично-тазобедренной ригидности [3]. У лиц с люмбошиалгии и сколиотической деформацией позвоночника затруднено отведение в тазобедренном суставе с двух сторон ( $30,58 \pm 0,33^\circ$ ), норма —  $58,34 \pm 0,82^\circ$  ( $P < 0,05$ ). Аналогичные явления прослеживаются и в коленном суставе, причем больше на здоровой стороне ( $107,02 \pm 0,76^\circ$  при норме  $125,64 \pm 0,40^\circ$ ,  $P < 0,05$ ). У больных с радикулярными синдромами страдает подвижность в голеностопном суставе на больной стороне. При радикулопатии  $L_5$  больше ограничено сгибание ( $16,05 \pm 0,25^\circ$  при норме  $28,69 \pm 0,51^\circ$ ,  $P < 0,05$ ), при радикулопатии  $S_1$ , наоборот, — разгибание.

Показатели подвижности суставов конечностей дают возможность судить о фиксации суставов и тем самым о напряжении тех или иных мышечных групп при мышечно-тонических синдромах. Полученные клинические данные подтверждают, что фиксированный поясничный гиперлордоз — один из самых неблагоприятных вариантов деформации позвоночника. В отличие от других синдромов для него характерна экстравертебральная миофиксация, то есть включение всех мышц.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Битхем У. П. // Клинические исследования суставов.—М., Медицина, 1970. —2. Попелянский Я. Ю. // Вертебральные синдромы поясничного остеохондроза.—Казань, 1974. —3. Попелянский Я. Ю. // Вертебробогенные заболевания нервной системы. Пельвиомембранные синдромы поясничного остеохондроза.—Йошкар-Ола, 1983.—4. Юматев Г. С., Фурман М. Е. // Остеохондрозы позвоночника.—М., Медицина, 1984.

Поступила 30.12.86.

УДК 613.471:616.12—008.331.1:615.838

#### БАССЕЙН И САУНА В КОМПЛЕКСНОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Л. Т. Пименов, Л. К. Свиридова, И. А. Шинкарева, З. А. Калинникова,  
Э. В. Веселкова, Л. М. Свиридова

Кафедра внутренних болезней № 2 (зав.—проф. Л. А. Лещинский) Устиновского  
ордена Дружбы народов медицинского института

Проблеме немедикаментозного лечения артериальной гипертонии уделяется все большее внимание, однако многие ее стороны и тем более конкретные рекомендации по целенаправленному назначению тех или иных терапевтических средств остаются мало изученными. Среди различных вариантов немедикаментозного лечения определенная роль отводится сауне и бальнеопроцедурам. Положительное влияние сауны на состояние центральной гемодинамики при арте-