

6. Каралин А.Н. Закрытый остеосинтез при лечении переломов верхней конечности: автореф. дисс. ... док. мед. наук. – Чебоксары, 1988. – 35 с.

7. Каралин А.Н. Способ диагностики контрактуры коленного сустава / патент RU № 2321342 с1. Бюл № 10. 2008.

8. Каралин А.Н. Синдром «гусиной лапки» // Тез. докл. III пленума Ассоциации ортопедов и травматологов Российской Федерации. – Уфа, 1998. – С. 23-24.

9. Хабиров Ф.А., Хабиров Р.А. Мышечная боль. – Казань: Книжный дом, 1995. – 273 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТЕГРАТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ «ГУСИНОЙ ЛАПКИ»

**© Кокуркин Г.В.[♣], Каралин А.Н.[♦],
Николаев С.А.[♥], Кокуркин Г.Г.[♠]**

Медицинский институт Чувашского государственного университета,
г. Чебоксары

Проведено интегративно-восстановительное лечение 67 больных с синдромом «гусиной лапки», в возрасте от 35 до 70 лет (49 мужчин и 18 женщин). В зависимости от вида лечения больные разделены на три группы. В группу контроля были включены 22 пациента, которым лечение проводили медикаментозной терапией. Результаты лечения свидетельствуют, что в 65 % случаев пациенты 1 и 2-ой групп отметили значительное ослабление болей в покое и уменьшение их интенсивности при движении уже после 2-3 сеансов терапии, а в контрольной группе всего у 41 % больных. После лечения у 79 % больных 1- и 2-ой групп обнаружилось восстановление полного объема активных движений в коленном суставе, а в контрольной у 47 % и 13 % соответственно. У 91 % больных 1 и 2-ой групп после лечения ни первичные, ни ассоциативные триггерные точки не пальпировались, в контрольной у 65 % больных.

Важнейшим принципом современной рефлексотерапии, обладающей высокой эффективностью в восстановлении двигательной функции у больных с синдромом «гусиной лапки» следует считать принцип индивидуализации лечебных воздействий, включающий выбор лечебных средств и методики воздействий [7, 8].

[♣] Заведующий кафедрой Фармакологии, доктор медицинских наук, профессор.

[♦] Заведующий кафедрой Экстремальной медицины, доктор медицинских наук, профессор.

[♥] Врач ортопед-травматолог МУЗ ГДБ № 3, аспирант кафедры Экстремальной медицины.

[♠] Студент 6-го курса факультета «Лечебное дело».

В исследование включено 67 больных в возрасте от 35 до 70 лет (49 мужчин и 18 женщин). Использовались следующие методы исследования: клинико-неврологическое обследование, кинестезическое обследование мышц, электромиография, электронейромиография и МРТ коленного сустава. Больные разделены на три группы в зависимости от вида лечения. В 1-ой группе (23 пациента) – лечение проводили иглорефлексотерапией и введением дипроспана по биологически активным точкам. 2-ой группе (22 пациента) – лечение проводили лазеропунктурой с использованием инфракрасного лазера и введением дипроспана по биологически активным точкам. 3-ей группе (22 пациента) контрольная – лечение проводили медикаментозной терапией.

Самой частой жалобой больных была боль в пояснице и в ноге (ногах). Интенсивность болей была умеренной, часто носили неприятный сверлящий характер, которые были локализованными по задней поверхности бедра, задней внутренней части голени, иррадирующие в наружную лодыжку, пятку, наружную часть ноги и ее пальцев. Иногда при движениях позвоночника, вставании со стула, одевании, поворотах туловища, боль в ноге приобретала простреливающий характер. У некоторых больных была высокой, часто нарушала ночной сон, носила ломающий характер и усиливалась при движении, в неудобном положении, при долгом стоянии, сидении, ходьбе. Часто боли сопровождалась парестезиями в больной стопе (21,9 %), но иногда (5,7 %) парестезии отмечались в обеих стопах.

У больных нередко встречались жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, тяжесть в пояснице (35,8 %), головокружение (25,5 %), головную боль (39,3 %). Из анамнеза было известно, что у больных значительно чаще отмечались отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям (31,5 %), и заболеваниям желудочно-кишечного тракта (29,9 %). При объективном исследовании в положении стоя обращало внимание выраженность вертебрального синдрома, сглаженность поясничного лордоза. Этот синдром отличался выраженностью у 57 % больных. Курвиметрически поясничный лордоз составил $7,9 \pm 1,1$ мм. При прогибе назад поясничный лордоз у больных составил $18,7 \pm 1,5$ мм, что говорило о существенном снижении подвижности у больных с мышечно-тоническими проявлениями поясничного остеохондроза.

Критерии эффективности лечения оценивались по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), по объему движений в коленном суставе и болезненности мышц [11, 14].

Под влиянием лечения у наших больных наблюдалась положительная динамика. При этом в 65 % случаев пациенты 1 и 2-ой групп отметили значительное ослабление болей в покое и уменьшение их интенсивности при движении уже после 2-3 сеансов терапии, а в контрольной группе всего у 41 % больных. У 33 % больных после лечения изменился болевой паттерн, в контрольной у 15 %.

При осмотре у 79 % больных 1 и 2-ой группы обнаружилось восстановление полного объема активных движений в коленном суставе, у 27 % – заметное увеличение амплитуды движений по сравнению до лечения, а в контрольной у 47 % и 13 % соответственно. У 91 % больных 1 и 2-ой группы после лечения ни первичные, ни ассоциативные триггерные точки не пальпировались, в контрольной у 65 % больных. При пальпации у 79 % больных определялся нормальный мышечный тонус.

Таким образом, приведенные результаты свидетельствуют об эффективности использования интегративно-восстановительной терапии с применением дипроспана в лечении больных с синдромом «гусиной лапки».

Список литературы:

1. Багненко С.Ф. Сочетанная механическая травма: учебно-методическое пособие. – СПб., 2006. – Вып. 18. – 78 с.
2. Веселовский В.П., Михайлов М.К., Самитов О.Т. Диагностика симптомов остеохондроза позвоночника. – Казань: Издательство Казанского университета, 1990. – 208 с.
3. Гаджиева Л.Б., Шубин С.В. Ревматические заболевания околосуставных мягких тканей. – М.: Медицина, 1995. – 267 с.
4. Длигач Д.Л., Иоффе Л.А. Локальная декомпрессия и работоспособность. – Л., 1982. – 372 с.
5. Дубилей П.В., Уразаев З.В. Восстановление функциональных расстройств опорно-двигательного аппарата у спортсменов. – Казань: Издательство Казанского университета, 1989. – 173 с.
6. Заславский Е.С. Болевые мышечно-тонические и мышечно-дистрофические синдромы (обзор) // Клин. мед. – 1976. – Т. 4, № 5. – С. 7-13.
7. Иванов И.И., Коровкин Б.Ф., Панаев Г.Н. Биохимия мышц. – М., 1977. – 235 с.
8. Каралин А.Н. Закрытый остеосинтез при лечении переломов верхней конечности: автореф. дисс. ... док. мед. наук. – Чебоксары, 1988. – 35 с.
9. Каралин А.Н. Способ диагностики контрактуры коленного сустава / патент RU № 2321342 с1. Бюл № 10. 2008.
10. Каралин А.Н. Синдром «гусиной лапки» // Тез. докл. III пленума Ассоциации ортопедов и травматологов Российской Федерации. – Уфа, 1998. – С. 23-24.
11. Левит К., Захсе И., Янда В. Мануальная медицина. – М.: Медицина, 1993. – С. 319.
12. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. – М.: Медицина, 1993. – С. 349-350.
13. Ситель А.Б. Мануальная медицина. – М.: Медицина, 1993. – С. 215-216.
14. Хабиров Ф.А., Хабиров Р.А. Мышечная боль. – Казань: Книжный дом, 1995. – 273 с.