

дующая контрактура тазобедренного сустава, укорочение конечности и нарушение опороспособности и функции поврежденной конечности.

Из 23 больных I группа инвалидности определена 8 больным. Эти больные не могут себя обслужить, нуждаются в постороннем уходе и заботе (в основном, этим занимаются родственники). II группа инвалидности определена 13 больным и III — 2 больным. Больные II и III группы инвалидности передвигаются с дополнительной опорой (костыли, трости), ходят в поликлинику на реабилитационные мероприятия (массаж, физиопроцедуры), им это удается с большими трудностями.

В 2004 г. снята инвалидность у трех ранее работавших больных: у одного снята вторая группа (была с 2002 г.) и у двух больных третья группа. Они вернулись на работу по своей специальности.

У остальных больных определена группа инвалидности бессрочно (возраст больных свыше 60—70 лет).

Таким образом, повреждения проксимального отдела бедренной кости являются сложной патологией, вызывающей тяжелые почти необратимые последствия нарушения функции поврежденной конечности и опорно-двигательного аппарата в целом и приводящей к инвалидности, так как переломы шейки бедра возникают у людей преклонного возраста.

Даже при хорошем стабильном и своевременном остеосинтезе перелома у пострадавших остаются и усугубляются последствия травмы области тазобедренного сустава, по поводу которых они продолжают лечение на протяжении нескольких лет и передвигаются с дополнительной опорой. Поэтому очевидно, что лечение больных с перело-

мами шейки бедренной кости требует дальнейшего совершенствования, а также создания стационаров и реабилитационных пансионатов для гериатрических больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Войтович А.В. Лечение больных с переломами проксимального отдела бедренной кости / А.В. Войтович, С.Г. Парфеев, И.И. Шубняков // Травматология и ортопедия России. — 1996. — № 3. — С. 29—31.
2. Войтович А.В. Экстренное оперативное лечение больных пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости / А.В. Войтович, И.И. Шубняков, О.А. Зураев // Травматология и ортопедия России. — 1996. — № 3. — С. 32—33.
3. Ежов И.Ю. Посттравматический асептический некроз головки бедренной кости // Травматология и ортопедия России. — 1996. — № 1. — С. 22—25.
4. Лазарев А.С. Лечение переломов проксимального отдела бедренной кости на фоне остеопороза / А.С. Лазарев, Э.И. Солоу, А.В. Рогозин // Вестник травматологии и ортопедии. — 2004. — № 1. — С. 27—31.
5. Расулов Р.М. Асептический некроз головки бедренной кости / Р.М. Расулов // Травматология и ортопедия России. — 2003. — № 1. — С. 66—76.
6. Ткаченко С.С. Некоторые проблемные вопросы лечения больных с медиальными переломами шейки бедренной кости / С.С. Ткаченко, С.А. Борисов, А.Е. Горелкин // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1989. — № 11. — С. 1—5.

УДК 616.831-001.31:616.857

Э.Б. Борисов

ХРОНИЧЕСКИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

Республиканская клиническая больница (Улан-Удэ)

В результате проведенного исследования была подтверждена эффективность предлагаемого нами комплексного лечения хронических посттравматических головных болей напряжения, сопровождающихся напряжением перикраниальных мышц, сочетающего назначение мексидола и методов мануальной терапии.

Ключевые слова: посттравматические головные боли, черепно-мозговая травма

CHRONIC POST-TRAUMATIC HEADACHE

E.B. Borisov

Republic clinical hospital (Ulan-Ude)

As a result of taken research the effectiveness of the suggested complex treatment of chronic post-traumatic headache of tension accompanied by tension of pericranial muscles, which combines using of mexidol and methods of manual therapy.

Key words: post-traumatic headache, craniocerebral trauma

Головная боль (ГБ) — самый частый атрибут перенесенной черепно-мозговой травмы (ЧМТ). По международной классификации ГБ (IHSC, 2003) посттравматические головные боли (ПТГБ) — самостоятельная нозологическая форма, выделенная в рубрику 5.0, относящаяся к вторичным ГБ. Выделяют острые (5.1) и хронические ПТГБ (5.2). В отдельную рубрику 5.3 выделены ПТГБ, связанные с хлыстовой (whiplash) травмой.

Острые ГБ, связанные с травмой головы, практически всегда носят симптоматический характер. В отличие от симптоматических острых ПТГБ хронические ПТГБ приобретают самостоятельный характер, не зависящий от тяжести травмы и дефектов неврологического статуса. Наиболее часто хронические ПТГБ возникают после легкой ЧМТ, когда нет отчетливых морфологических изменений структур мозга, а неврологический дефект обратим. Хронические ПТГБ могут сохраняться месяцами и годы после травмы и даже иметь прогрессирующее течение в отдаленном периоде.

Целью нашего исследования являлось изучение выраженности и клинических особенностей синдрома посттравматических головных болей у пациентов, перенесших легкую закрытую ЧМТ, а также изучение эффективности сочетанного назначения мексидола и мануальной терапии у этих пациентов.

Нами было обследовано 82 пациента в возрасте 21 — 48 лет, перенесших легкую закрытую ЧМТ более 1 года назад, имеющих ведущим клиническим симптомом головные боли, возникшие после ЧМТ. Всем пациентам проводилось клиническое неврологическое исследование, рентгенография шейного отдела позвоночника с функциональными пробами, рентгенография области краниовертебрального перехода (в 3/4), офтальмоскопия, транскраниальная доплерография (ТКДГ), нейropsychологическое тестирование. При помощи мануального мышечного тестирования оценивалось наличие миофасциальных триггерных точек (ТТ). Наличие нарушений биомеханики в области краниовертебрального перехода (КВП) оценивалось методом К.И. Сигрианского (2003). По показаниям проводилась магниторезонансная томография головного мозга.

Наиболее часто регистрировались хронические ПТГБ напряжения — они были зарегистрированы в 84,15 % случаев. Второй по частоте формой — 9,75 % явились цервикогенные ПТГБ. Наименее распространенной оказалась посттравматическая мигрень, выявленная у 6,1 % пациентов. В соответствии с критериями международной классификации головной боли второй редакции (МКГБ-2), хронические ГБ напряжения подразделяются на ГБ сочетающиеся с напряжением перикраниальных мышц и без такового. Наибольший практический интерес, согласно литературных данных, представляют хронические ПГБ напряжения, сочетающиеся с напряжением перикраниальных мышц ввиду своей высокой распространенности, сложности патогенеза и трудностей в подборе

адекватного лечебно-реабилитационного комплекса. Согласно критериям МКГБ, наличие напряжения перикраниальных мышц и ТТ определяется пальпаторным методом. Наличие и выраженность нарушений в эмоционально-волевой сфере оценивалось при помощи теста Спилбергера-Ханина и шкалы Гамильтона.

Учитывая наличие нарушений биомеханики в области краниовертебрального перехода, миофасциальных ТТ, напряжения перикраниальных мышц, а также наличие нарушений в эмоционально-волевой сфере, нами было проведено изучение эффективности комбинированного использования мексидола и методов мануальной терапии. Мексидол обладает транквилизирующим и вазоактивными эффектами. Мануальная терапия направлена на устранение ТТ и восстановление нормальной биомеханики в области КВП. Мексидол назначался в суточной дозе 375 мг в течение 4 недель, мануальная терапия включала 5 — 9 сеансов в зависимости от исходного статуса пациентов.

Динамика головных болей оценивалась по изменению количества дней с головной болью, динамика интенсивности головных болей оценивалась при помощи визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Клинический эффект также оценивался при помощи определения индекса клинической эффективности проводимого лечения.

В результате проводимого лечения в группе из 69 пациентов с хроническими ПТГБ положительный клинический эффект был отмечен в 82,6 % случаев, в том числе выраженный положительный эффект был отмечен в 26,8 % случаев. Отсутствие динамики частоты и выраженности головной боли было зарегистрировано в 13 % случаев, ухудшение самочувствия в 4,4 %. Индекс клинической эффективности сочетанного применения мексидола и мануальной терапии составил 2,83 балла, что рассматривается как показатель высокой эффективности проводимого лечения. Была отмечена достоверная динамика в отношении интенсивности головной боли ($p < 0,05$), коррелирующая ($r = 0,73$) со снижением балла по шкале Гамильтона. В настоящее время признанной является точка зрения, что хронические ПТГБ развиваются у пациентов, имеющих в преморбиде комплекс факторов риска, нарушения в личностной сфере, в сфере семейно-социальных взаимоотношений, значительную роль могут играть рентные установки, ятрогении. Сама ЧМТ в данном случае выступает как разрешающий фактор, этим и обуславливаются сложности в лечении и реабилитации данных пациентов.

При оценке субъективного эффекта проводимого лечения, наряду с динамикой в отношении головной боли, пациенты отмечали улучшение качества ночного сна (36,2 % человек), повышение общего жизненного тонуса (53,3 % случаев). Данный факт может быть объяснен за счет улучшения церебрального кровотока, снижения выраженности депрессивных нарушений, нормализации биомеханики в шейном отделе позвоночника и в области краниовертебрального перехода.

Таким образом, в результате проведенного исследования была подтверждена эффективность предлагаемого нами комплексного лечения хронических посттравматических головных болей напряжения, сопровождающихся напряжением перикраниальных

мышц, сочетающего назначение мексидола и методов мануальной терапии. Вопрос алгоритмизации выбора конкретных методик мануальной терапии с целью дальнейшего повышения эффективности проводимого лечения требует дальнейшего изучения.

УДК 616.34-007.271-072

Л.К. Куликов, А.А. Смирнов, М.А. Козулин

ДИАГНОСТИКА ТЯЖЕСТИ ПАРЕЗА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

*Иркутский государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)
Дорожная клиническая больница (Иркутск)*

Разработан способ диагностики степени тяжести пареза желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у больных распространенным перитонитом. Данный метод основан на отношении лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) к суммарной электрической активности. Суммарную электрическую активность определяли методом периферической электрогастроэнтерографии. ЛИИ рассчитывали по формуле Кальфа-Каллифа. Отмечено, что при легком течении распространенного перитонита проявления метаболических нарушений, связанных с парезом ЖКТ, носят обратимый защитный характер, в то время как при перитоните средней и тяжелой степени тяжести, данные проявления являются патологическим звеном развития энтеральной недостаточности.

Ключевые слова: распространенный перитонит, периферическая электрогастроэнтерография

DIAGNOSTICS OF SEVERITY DEGREE OF ILEUS IN PATIENTS WITH PERITONITIS

L.K. Kulikov, A.A. Smirnov, M.A. Kozulin

*Irkutsk State Institute of Physicians' Training, Irkutsk
Railroad Clinical Hospital, Irkutsk*

We developed the method of diagnostics of ileus in patients with disseminated peritonitis. The method is based on ratio of leucocytic index of intoxication and sum electric activity. Sum electric activity was defined by the method of peripheral electrogastroenterography. Leucocytic index of intoxication was calculated by formula of Kalf-Kallif. It is marked that at non-complicated course of disseminated peritonitis manifestations of metabolic disturbances connected with ileus have reversible protective character. These manifestations are pathological link of development of enteral insufficiency.

Key words: disseminated peritonitis, peripheral electrogastroenterography

ВВЕДЕНИЕ

Известно, что причиной неудовлетворительных результатов лечения распространенного перитонита (РП) является развитие синдрома полиорганной недостаточности, одной из ключевых звеньев которой является бактериальная транслокация в системный кровоток при несовершенстве энтерального барьера [2, 3, 7, 10–12]. Возникновение энтеральной недостаточности при распространенном перитоните связано с вовлечением в инфекционный процесс интрамуральных (автономных) нервных сплетений кишечной стенки, их ишемии и, как следствие этого, появление двигательной дисфункции, т.е. пареза кишечника [10].

Одним из методов диагностики двигательных нарушений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) является электрогастроэнтерография. Основным ее преимуществом перед другими является более

ранняя диагностика моторно-эвакуаторных изменений кишечника [7]. Метод позволяет регистрировать биоэлектрическую активность гладкомышечных структур ЖКТ. В настоящее время, общепринятым способом регистрации электрофизиологических изменений в кишечной стенке, а именно определение медленно волновой активности, является периферическая электрогастроэнтерография [6, 8]. Метод основан на записи биопотенциалов с поверхности кожи и регистрации их в частотном спектре, характерном для определенного отдела ЖКТ. Параметром для расшифровки электрогастроэнтерограмм является мощность регистрируемого сигнала, которая определяется как отношение амплитудных и частотных величин в регистрируемом спектре. Анализ мощности сигнала (электрической активности), полученного при записи периферической электрогастроэнтерографии, позволяет определить