

Л.А. Гончарова ¹, И.В. Гречухин ¹, А.М. Куркин ²

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РОТАЦИОННЫХ ПОДВЫВИХОВ В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

¹ Астраханская государственная медицинская академия (Астрахань)

² Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой (Астрахань)

На протяжении более 2 десятилетий проводились наблюдения за детьми, у которых развилось острое состояние вынужденного положения головы. Отмечен рост численности детей более чем в 2 раза. Описана рентгенологическая и клиническая картина, применяемые методы лечения и профилактики. Предложено дополнительное реабилитационное лечение — биорезонансная и иглорефлексотерапия.

Ключевые слова: дети, ротационные подвывихи, шейный отдел позвоночника, биорезонансная терапия

RESTORATIVE TREATMENT AND PREVENTION OF ROTATION SUBLUXATIONS IN CERVICAL SEGMENT OF SPINE IN CHILDREN

L.A. Goncharova ¹, I.V. Grechukhin ¹, A.M. Kurkin ²

¹ Astrakhan State Medical Academy, Astrakhan

² Regional Children's Clinical Hospital named after N.N. Silishcheva, Astrakhan

During more than 20 years observations of children who had acute status of forced position of head had been realized. The increase of number of children more than two times is registered. Roentgenological and clinical picture and used methods of treatment and prevention are described. Addition rehabilitation treatment in the form of bioresonance therapy and acupuncture was proposed.

Key words: children, rotation subluxations, cervical segment of spine, bioresonance therapy

На протяжении последних двух десятилетий в детской вертебрологии не ослабевает интерес к острому травматическому состоянию шейного отдела позвоночника, которое по Международной классификации болезней 10-го пересмотра входит в рубрику «Растяжение и перенапряжение связочного аппарата шейного отдела позвоночника». В то же время все чаще названная патология характеризуется как «острая кривошея» [3]. Другая часть авторов описывает указанное состояние используя общеизвестный термин «ротационный подвывих C₁ – C_{II} позвонков [1, 5]. Мы полагаем, что правомочно использование обоих терминов, но не ставим знак равенства между ними и разделяем мнение А.В. Губина (2010) о некотором различии в патогенезе данного клинического симптомокомплекса [4]. Важно, что, по данным литературы и нашим собственным наблюдениям, число детей с указанной патологией значительно выросло, и это указывает на актуальность данной проблемы.

МЕТОДИКА

В ортопедо-травматологическом отделении Областной детской клинической больницы им. Н.Н. Силищевой г. Астрахани нами проводились наблюдения за детьми с остро развившимся состоянием вынужденного положения головы с 1996 по 2010 гг. Изучались истории заболевания, особое внимание уделялось характеру травмы, моменту наступления острого состояния, предшествующему анамнезу. Учитывалась кратность заболевания, место и очевидные причины, а также сезонность и другие параметры. Всего было проанализировано 1008 истории болезней. Изучались

рентгенограммы (168 наблюдений), а также данные компьютерной томографии (КТ) и магниторезонансной томографии (МРТ). При возникновении рецидивов по возможности изучали амбулаторные карты из поликлиник по месту жительства. Данные вносились в компьютерную базу данных и анализировались с помощью программы Microsoft Excel.

Изучались результаты лечения традиционными и иными методами, для чего была выделена группа детей с острым болевым синдромом и вынужденным положением головы (37 человек), которым дополнительно осуществлялась биорезонансная и иглорефлексотерапия по распространенной методике [4] на аппарате «БРТ ИМЕДИС-ФОЛЛЬ» с помощью электромагнитных колебаний в диапазоне частот от 10 до 500000 Гц.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Изучение динамики обращений детей с острым болевым синдромом в шейном отделе позвоночника представлено на рисунке 1, который демонстрирует, что за 15 лет число детей возросло более чем в 2 раза.

Анализ данных показал, что чаще всего ротационные подвывихи возникали у детей на фоне длительного вынужденного положения головы (58 %), в том числе и после сна в неудобной позе. На втором месте по частоте спортивная и школьная травмы (27 %). Довольно большую группу составляли дети, у которых острое состояние возникло во время одевания (14 %). В 1 % случаев родители причину указать не смогли. В анализируемой группе преобладания по половому признаку не наблюдалось. Чаще всего подвывихи возникали в воз-

растной группе от 8 до 14 лет. При рассмотрении сезонности возникновения изучаемой патологии выявлено, что 31,8 % детей обращались осенью, зимой – 25,5 %. В теплое время года удельный вес таких повреждений уменьшался, причем на весну приходилось 23,4 %, а на лето – 19,4 %. На рентгенограммах, которые выполнялись в первый час после поступления, достоверно определялись лишь сглаженность шейного лордоза и вынужденное положение головы, а в ряде случаев – и симптом «подмигивания». Однако на достаточно большом числе рентгенограмм, сделанных после устранения симптомов острой кривошеи, нам удалось определить признаки гипоплазии суставных поверхностей, сглаженность их и асимметрию боковых масс.

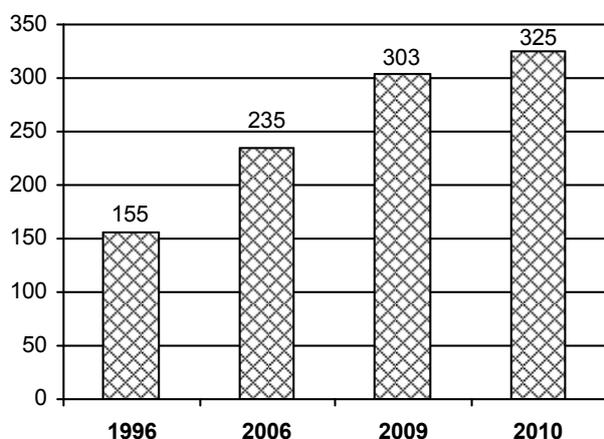


Рис. 1. Динамика обращений детей с острым болевым синдромом в шейном отделе позвоночника: по оси ординат – количество обращений (абс.), по оси абсцисс – годы.

В выраженных клинических случаях отчетливые рентгенологические признаки проявляются на прямой рентгенограмме: боковое отклонение зубовидного отростка от вертикальной срединной оси позвоночника и асимметрия щелей боковых атлантоаксиальных суставов, нарушение противостояния суставных фасеток атланта и аксиса, нарушение краеобразующих суставных поверхностей атланто-аксиальных боковых суставов. При ротационных подвывихах атланта вследствие уменьшения наслоения боковой массы атланта на суставную поверхность второго шейного позвонка рентгеновская суставная щель на стороне подвывиха оказывается более широкой, чем на противоположной. Остистый отросток второго шейного позвонка в большинстве случаев оказывается отклоненным, причем более чем в 50 % случаев – в сторону подвывиха.

При типичных ротационных подвывихах мы являемся сторонниками системы постоянного вытяжения. Вправление длительным вытяжением медленно и постепенно, безболезненно и безопасно создавая условия для расслабления мышц, способствует самопроизвольному сопоставлению суставных поверхностей.

Широко распространенным для этой цели является классический метод Рише – Гютера, состоящий в последовательном осуществлении вытяжения за голову с помощью петли Глиссона с наклоном головы вначале в здоровую сторону и последующего поворота в направлении подвывиха или вывиха. При этом методе [2] создаются условия для вправления смещенного суставного отростка, который легче выводится вытяжением, усиленным щадящим наклоном головы в сторону ее патологической установки и последующим поворотом в противоположном направлении. В дальнейшем пациент снабжается воротником Шанца и выписывается на амбулаторное лечение с рекомендацией продолжать лечебную гимнастику, массаж, тепловые процедуры и пользование воротником не менее месяца. В течение полугода осуществляется диспансерное наблюдение. Ближайший и отдаленный прогноз при этих повреждениях, как правило, благоприятный.

Тем не менее, на протяжении последнего года 11 детей обратились повторно, а у 2 детей рецидивы наблюдались 3 и 4 раза соответственно. Выявленная тенденция, а также стремление сократить период болевых ощущений, заставили нас обратиться к дополнительным методам реабилитационного лечения. 37 детей в возрасте от 10 до 14 лет со второго дня заболевания дополнительно к традиционному лечению получали сеансы биорезонансной и иглорефлексотерапии на аппаратно-программном комплексе ИМЕДИС-ФОЛЛЬ. Во время сеанса электромагнитные колебания снимались с определенных точек на коже ребенка, проводились через прибор и возвращались в организм, что, по мнению авторов методики [2], активизировало механизм адаптивного регулирования, способствовало улучшению микроциркуляции и устранению болезненных симптомов. Следует отметить, что у всех детей из данной группы болевой синдром исчезал в течение 1–2 часов после первого сеанса, что позволяет нам сделать вывод об эффективности указанной методики.

Для сравнения 30 детей с аналогичным патологическим состоянием той же возрастной группы лечились традиционными методами без использования биорезонансной и иглорефлексотерапии. Болевой синдром и вынужденное положение головы в 27 случаях исчезали на 2-е сутки, но сохранялась «неуверенность» и «неустойчивость» движений, чувство страха, чего не наблюдалось в 1-й группе, где болевой синдром исчезал в течение первых часов после сеансов. В обеих изучаемых группах дети носили фиксирующие воротники, но активность детей, желание раньше приступить к обычным занятиям и времяпровождению в 1,5 раза выше в группе детей, получавших дополнительное реабилитационное лечение.

ВЫВОДЫ

1. Число детей с синдромом острой кривошеи, в большинстве случаев обусловленной ротационным подвывихом, продолжает увеличиваться,

что требует пристального изучения неизвестных этиологических факторов.

2. В возникновении ротационных подвывихов шейных позвонков прослеживается сезонность с повышением их удельного веса в холодное время года, что может быть связано с частым развитием воспалительных процессов у детей.

3. Применение в лечении дополнительных реабилитационных методов в виде биорезонансной и иглорефлексотерапии, по нашим наблюдениям, позволяет повысить эффективность лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветрилэ С.Т., Колесов С.В. К вопросу о правомочности диагноза «ротационный подвывих» // Актуальные вопросы детской травматологии и

ортопедии: матер. науч. конф. детских ортопедов-травматологов России. — СПб., 2000. — С. 34—35.

2. Готовский Ю.В., Перов Ю.Ф. Особенности биологического действия физических и химических факторов малых и сверхмалой интенсивностей и доз. — ИМЕДИС, 2003. — 383 с.

3. Губин А.В. Острая кривошея у детей. — СПб., 2010. — 70 с.

4. Гречухин И.В., Гончарова Л.А., Куркин А.М. Подвывихи в шейном отделе позвоночника у детей // Вест. Всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. Тез. XV нац. конгр. «Человек и его здоровье». — СПб., 2010. — С. 73.

5. Никитин М.Н. Ротационные подвывихи атланта: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Фрунзе, 1966. — 24 с.

Сведения об авторах

Гончарова Людмила Анатольевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ Астраханской государственной медицинской академии (414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121)

Гречухин Игорь Владимирович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией Астраханской государственной медицинской академии (414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121; тел.: 8 (8512) 52-53-22, 8 (960) 861-18-19; e-mail: iggrech@mail.ru)

Куркин Андрей Михайлович – заведующий ортопедотравматологическим отделением Областной детской клинической больницы им. Н.Н. Силищевой (414011, г. Астрахань, ул. Медиков, 6)