

Местное действие электростимуляции заключается в воздействии тока на костную ткань и раздражении остеорецепторов. Методом игольчатой реографии и полярографии костной ткани доказано, что это воздействие приводит к локальному восстановлению кровообращения и значительному увеличению микроциркуляции в поражённом позвонке. Лечебный эффект электростимуляции хорошо заметен при мышечно-тоническом синдроме. При правильном воздействии на кость происходит быстрое расслабление мышц.

Физиологический ток возбуждает структуры нервной клетки и восстанавливает нарушенную функцию, как нервных стволов, так и синаптических связей. Кроме того, нами доказано, что электрический ток при внутритканевом подведении к позвоночнику является раздражителем для спинальных нейронов. Экспериментально доказано, что под действием электротока происходит ускорение прорастания нерва на периферию при его повреждении.

Таким образом, внутритканевая электростимуляция является эффективным патогенетическим методом реабилитации больных с хронической болью.

РОЛЬ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА В РАЗВИТИИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

Герасимов А.А.

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Аномалии развития позвоночника являются предрасполагающими факторами в возникновении дистрофических процессов (М.А.Федосеева, 1978; Г.С.Юмашев, 1981). Недоразвитие тканей позвоночника переходит в патологию под воздействием физических перегрузок. Как влияют аномалии на состояние позвоночника у детей можно проверить только в спорте. Большие физические нагрузки у спортсменов являются пусковым моментом возникновения и прогрессирования заболевания.

Цель работы выявить только те аномалии позвоночника, которые способствуют возникновению остеохондроза у юных спортсменов.

Материал и методы. Обследовано клинически и рентгенологически 192 молодых спортсмена в возрасте от 10 до 18 лет. Из них 130 имели жалобы на боли в позвоночнике и 62 здоровых атлета контрольной группы. Обе группы были примерно одинаковыми по видам спорта и спортивной квалификации.

Результаты. Аномалии развития позвоночника наблюдались у 70% больных и у 68,5% здоровых спортсменов. Отсутствие существенной разницы этих данных не позволяет сделать вывод о влиянии аномалий в целом на развитие поясничного остеохондроза. В контрольной группе, в основном, выявлены одиночные аномалии. У больных спортсменов множественные аномалии встречались в половине случаев или 2,5 раза чаще, чем у здоровых. Наиболее часто наблюдались следующие множественные аномалии в виде сочетания незарастание дужек с переходным пояснично-крестцовым позвонком (28%); незарастание дужек со спондилолизом и спондилолистезом (26%); асимметричный переходный пояснично-крестцовый позвонок с односторонним сочленением с

крестцом (17%) и др. У всех спортсменов с наличием перечисленных аномалий выявлен остеохондроз позвоночника, тогда как другие аномалии с одинаковой частотой встречались у атлетов и контрольной группы. Частота возникновения остеохондроза увеличивалась с ростом спортивного мастерства, где имеют место повышенные нагрузки.

Анализ результатов обследования больных с одиночными аномалиями развития показал, что незаращение дужек позвонков наблюдалось у 64% больных и у 40% здоровых спортсменов. Переходный пояснично-крестцовый позвонок выявлен у представителей разных видов спорта, но большие проблемы возникали в видах, где применялись растягивающие и мобилизирующие позвоночник упражнения (художественная гимнастика, акробатика). Аномалии трипизма выявлены в 17%, чаще всего они сочетались со спондилоартрозом (66,6%). В контрольной группе явлений спондилоартроза не наблюдалось. Эта аномалия может вызвать заболевание, возможно необходимы дополнительные причины.

Спондилолиз дужек и спондилолистез поясничных позвонков наблюдались у лиц, занимающихся различными видами спорта, но особенно часто у самбистов, легкоатлетов и конькобежцев. Во всех случаях был поражен надкрестцовый позвонок. Спондилолиз дужки (рисунок 24) был выявлен у 52 (40%) человек и спондилолистез (рис.25) – у 10 (7,7%). В контрольной группе спортсменов спондилолиз был у 3 (4,8%) человек. Во всех случаях этой патологии имели место симптомы остеохондроза. Спондилолиз с исходом в спондилолистез способствует быстрому прогрессированию заболевания. На спондилограммах у этих больных наблюдались грубые проявления дегенеративного процесса не только в надкрестцовом диске, но и на 2-3 уровнях выше его. Наличие спондилолистеза является противопоказанием к занятиям спортом.

Таким образом, аномалии развития пояснично-крестцового отдела позвоночника являются предрасполагающими факторами развития остеохондроза позвоночника, множественные аномалии развития, асимметричный переходный пояснично-крестцовый позвонок с односторонним сочленением с крестцом способствуют раннему возникновению заболевания у юных спортсменов.

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТИЗЫ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Герасимов А.А., Герасимова Л.Д.

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Объективизация боли в конечностях при заболеваниях опорно-двигательного аппарата до сих пор остаётся нерешённой проблемой. До сих пор наличие боли определяют путём опроса: болит или не болит. Боль это сложный патологический процесс, и современная физиология изучила только основные патогенетические механизмы, участвующие в болевой реакции.

Одним из косвенных проявлений боли является изменение перспирации и потоотделения кожи при возникновении очага боли.