

Случай из практики

© Группа авторов, 2000

Рефлексотерапия при ликвидации неврологических осложнений в процессе удлинения нижних конечностей

А.Н. Ерохин, А.М. Аранович, Е.В. Диндиберя

Reflexotherapy in elimination of neurological complications during lower limb elongation

A.N. Yerokhin, A.M. Aranovich, E.V. Dindiberia

Государственное учреждение науки

Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова, г. Курган
(генеральный директор — академик РАМТН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ В.И. Шевцов)

В процессе удлинения конечностей на большие величины и при превышении оптимального темпа distraction, а также прохождения спицы вблизи нерва возможно наступление осложнения в виде пареза нервов. Применение традиционного медикаментозного комплекса лечения и физиотерапии для устранения указанных осложнений не всегда дает желаемый результат. Наш опыт свидетельствует, что рефлексотерапия может повысить эффективность реабилитационных мероприятий, направленных на ликвидацию подобных осложнений.

Приводим одно из клинических наблюдений. Больная Ч., и.б. 1259(ХПДК), 11 лет, поступила в клинику РНЦ «ВТО» с диагнозом: ахондроплазия, низкий рост 100 см. С целью увеличения роста пациентки было произведено последовательное билатеральное удлинение правого бедра на 10 см и левой голени на 10 см. В процессе distraction с темпом 2 мм в сутки после достижения удлинения голени 8,5 см у больной появились парестезии в пальцах левой стопы, из-за чего темп distraction был снижен до 1,5 мм в сутки. По достижении величины удлинения 9,5 см на фоне интенсивных занятий лечебной физкультурой, ориентированной на увеличение амплитуды движений в коленном суставе, у больной внезапно исчезла активная тыльная флексия стопы. При электромиографии было выявлено полное отсутствие биоэлектрической активности передней большеберцовой мышцы в условиях функциональной пробы «произвольное максимальное напряжение» (рис. 1).

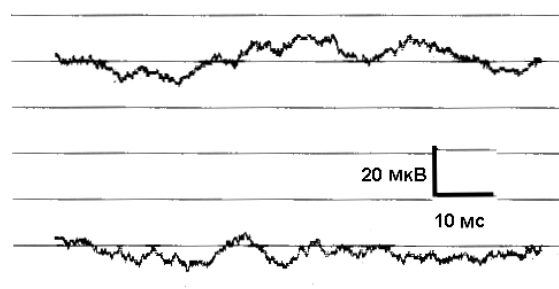


Рис. 1. Суммарная биоэлектрическая активность передней большеберцовой мышцы слева в условиях функциональной пробы «произвольное максимальное напряжение» перед началом курса рефлексотерапии (режим усиления — 20 мкВ, скорость развертки — 10 мс на одно деление, накожное биполярное отведение)

Больной был назначен медикаментозный курс лечения (вит. В1 и В6, прозерин) и электрофорез с дибазолом. В течение месяца наблюдения за локальным статусом пациентки с применением клинического и электромиографического методов не выявило признаков положительной динамики. С целью повышения эффективности реабилитационных мероприятий был назначен курс рефлексотерапии (аурикулопрессуры). После третьего сеанса у пациентки сформировалось субъективное «мышечное чувство», которое позволяло ей четко дифференцировать состояния напряжения и расслабления передней большеберцовой мышцы при волевых попытках тыльной флексии стопы. Через 5 сеансов рефлексотерапии у больной появилось чуть заметное контурирование передней большеберцовой мышцы при попытке максимальной произвольной тыльной флексии, сопровождавшееся регистрацией потенциалов биоэлектрической ак-

тивности (рис. 2). Через десять сеансов больная смогла совершать активные движения стопой, амплитуда которых составила 10 градусов при максимальном произвольном напряжении передней большеберцовой мышцы. Это позволило расширить диапазон лечебной физкультуры, направленной на укрепление передне-латеральной группы мышц голени.

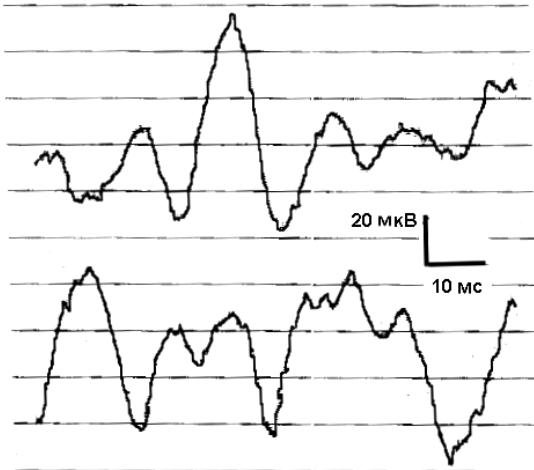


Рис. 2. Суммарная биоэлектрическая активность передней большеберцовой мышцы слева в условиях функциональной пробы "произвольное максимальное напряжение" через пять сеансов рефлексотерапии (режим усиления – 20 мкВ, скорость развертки – 10 мс на одно деление, накожное биполярное отведение)

Контрольный осмотр через 10 дней после снятия аппарата Илизарова выявил восстановление активной тыльной флексии до 30 градусов, что обуславливало отсутствие затруднений при ходьбе. Через 2 месяца после снятия аппарата Илизарова активные движения в голеностопном суставе полностью восстановились, а

биоэлектрическая активность по своим параметрам приблизилась к диапазону нормы (рис. 3).

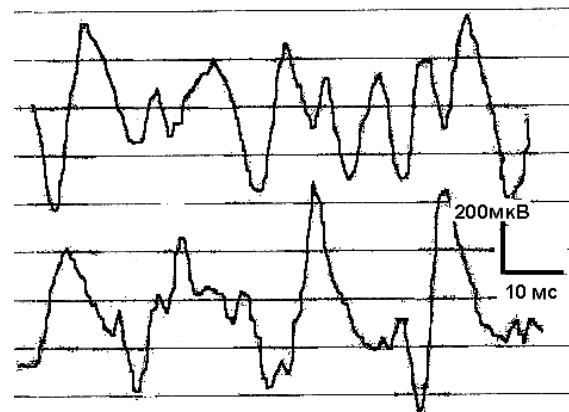


Рис. 3. Суммарная биоэлектрическая активность передней большеберцовой мышцы слева в условиях функциональной пробы "произвольное максимальное напряжение" через 2 месяца после снятия аппарата Илизарова (режим усиления – 200 мкВ, скорость развертки – 10 мс на одно деление, накожное биполярное отведение)

Таким образом, своевременное включение в реабилитационный комплекс рефлексотерапии позволило в данном случае повысить эффективность мероприятий, направленных на восстановление функциональной способности мышц, иннервируемых малоберцовым нервом. Наше клиническое наблюдение подтверждает целесообразность применения рефлексотерапевтических воздействий, адаптированных к условиям чрескостного остеосинтеза и органично дополняющих восстановительную терапию.

Рукопись поступила 30.07.99.

Вышли из печати



В.И. Шевцов, С.И. Швед, Ю.М. Сысенко

Лечение больных с переломами плечевой кости и их последствиями методом чрескостного остеосинтеза

Курган, 1995. - 224 с., ил. 186, библиогр. назв. 80.

ISBN 5-86047-075-4. Ф. 20х15 см.

В книге обобщен опыт лечения 1173 больных с различными переломами плечевой кости и их последствиями. Определены показания и противопоказания, описаны предоперационная подготовка, методики чрескостного остеосинтеза и ведение больных в послеоперационном периоде. Дан анализ ошибок и осложнений, пути их предупреждения и устранения, изучены исходы лечения.