

Нейродистрофический синдром талалгии у ветеранов лыжного спорта

Н.Я. Прокопьев, В.А. Мазуров, В.Н. Ананьев, А.Н. Прокопьев

The neurodystrophic syndrome of talalgia in skiing veterans

N.Y. Prokopiyeu, V.A. Mazourov, V.N. Ananiyev, A.N. Prokopiyeu

Тюменский государственный университет (ректор – д.ф.н., заслуженный деятель науки РФ, академик РАЕН, профессор Г.Ф. Куцев)
Тюменская государственная медицинская академия (ректор – д.м.н., заслуженный деятель науки РФ, профессор Э.А. Кашуба)

Авторами проведено клинко-рентгенологическое обследование 40 мужчин в возрасте от 37 до 65 лет, страдающих нейродистрофическим синдромом талалгии, в прошлом активно занимавшихся лыжными гонками. Описывается профилактика и лечение синдрома талалгии.

Ключевые слова: синдром талалгии, диагностика, клиника, лечение.

The authors made clinical-and-roentgenological study of 40 men at the age of 37-65 years with the neurodystrophic syndrome of talalgia, who were active skiers in the past. Prevention and treatment of the talalgia syndrome are described in the work.

Keywords : talalgia syndrome, diagnostics, clinical picture, treatment.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В последние годы значительно возрос интерес к активным занятиям физической культурой и различными видами спорта, особенно у лиц среднего и пожилого возраста. Результаты, показанные спортсменами на соревнованиях в различных возрастных группах, довольно высокие, что связано с проведением регулярных интенсивных тренировок. В специальной литературе по методикам тренировок достаточно полно освещен вопрос о медицинском контроле за интенсивностью выполняемых нагрузок (пока-

затели пульса, артериального давления, объем выполнения нагрузки в километрах, килограммах и т.д.). На наш взгляд, недостаточно полно представлены сведения о возрастных изменениях в опорно-двигательном аппарате, особенно у лиц, активно занимающихся спортом [3, 4, 5, 14]. Что касается нейродистрофического синдрома талалгии, то он мало знаком широкому кругу практических врачей [1, 12], что и явилось побудительным мотивом выполнения настоящего исследования.

МАТЕРИАЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период с 1998 по 2000 год проведено клинко-рентгенологическое обследование 40 мужчин в возрасте от 37 до 65 лет, из которых 14 мастеров спорта и 26 кандидатов в мастера спорта. Все они являются ветеранами лыжного спорта Тюменской области и продолжают активно заниматься лыжными гонками и участвовать в соревнованиях различного уровня. Продолжительность заболевания: до 1 года - 2, от 1 до 3 лет - 29, более 3 лет - 9 человек.

Клиническая картина синдрома талалгии. В летне-осенний подготовительный период, когда в процессе тренировок преобладают специфические для лыжника-гонщика упражнения - прыж-

ки, многоскоки, имитационные упражнения, бег различной интенсивности, начинают проявляться и синдромы талалгии, на некоторых из которых мы остановимся. Резкие угловые нагрузки на позвоночный столб [1, 3, 5, 11, 15], что подтвердили и наши исследования, являются потенциальной угрозой обострения остеохондроза, сопровождающегося нейродистрофией.

Клинические проявления синдрома талалгии различны: усталость и боли в длинных мышцах спины, с одной стороны, и боли в пяточной области, возникающие или усиливающиеся при опоре на пятку - с другой. Так, в частности, при пяточной талалгии пальпаторно отмечалась бо-

лезненность в местах прикрепления подошвенного апоневроза с иррадиацией боли не только в область плюсне-фаланговых суставов (63,7%), но и в коленный сустав (8,8%). Частым спутником талалгии являлась отечность голеностопного сустава (17,3%), встречающаяся на начальном этапе тренировочного процесса, причем только у мастеров спорта.

Функциональное компьютерное исследование позвоночного столба, выполненное на аппарате PHILIPS GYROSCAN T5, показало, что существенные изменения в возрастном аспекте прослеживаются как в межпозвонковых дисках, так и телах позвонков. Патологические изменения в межпозвонковых дисках сопровождались их высыханием - у 11 (27,5%) человек, уменьшением выраженности пульпозного ядра - у 5 (12,5%), разрывами фиброзного кольца - у 4 (10%) человек. У одного (2,5%) из ветеранов лыжного спорта отмечена протрузия (выдавливание) диска в полость спинно-мозгового канала. Дегенеративно-дистрофический процесс, начавшийся в межпозвонковых дисках, распространялся на тела и суставы смежных позвонков. У двух человек на рентгенограммах обнаружена грыжа Шморля.

Описанные выше изменения, связанные с перегрузкой позвоночника, приводят к нарушению амортизационных возможностей позвоночного столба, что и клинически, и рентгенологически выразилось в изменении физиологических изгибов последнего, особенно в поясничном отделе. У 7 человек при соматоскопическом обследовании обнаружен симптом «вожжей» Чаклина.

Перегрузки касаются не только тел позвонков и межпозвонковых дисков, но и паравертебральных мышц, которые при длительном болевом воздействии начинают функционировать в тоническом режиме [6,7,14]. Именно это обстоятельство и заставило 29 (72,5%) ветеранов лыжного спорта обратиться к врачу.

На рентгенограммах стоп у 8 (20%) человек обнаружены явления остеопороза, более выраженные в пяточной кости и плюсневых костях. Явления остеосклероза блока таранной кости имели место у 3 (7,5%) человек. Образование т.н. «пяточных шпор» диагностировано у 4 (10%) человек.

Лечение и профилактика. Одним из важнейших условий лечения является ликвидация болевого синдрома [2, 14]. Для снятия мышечно-тонического напряжения паравертебральных

мышц нами [9] применялись новокаиновые блокады (0,5% раствора новокаина 20-25 мл) 3-5 раз через 2-3 дня. В комплекс лечения включались лечебная физкультура [6], изометрическая гимнастика [7] и мануальная терапия [8, 10, 13].

С противовоспалительной целью мы использовали курс терапии реопирином, флюлидом в сочетании с анальгетиками, спазмолитиками, седативными препаратами и витаминами группы В.

Проведенный курс восстановительного лечения 35 (87,5%) ветеранов дал положительные результаты, выразившиеся в стойком купировании болевого синдрома у 26 (65%) человек, улучшении общего самочувствия и значительном снижении болевого синдрома - у 9 (22,5%) человек. В то же время у 5 человек, лечившихся хаотично, мы не получили ожидаемого результата лечения.

Исходя из функциональных возрастных особенностей опорно-двигательного аппарата у ветеранов лыжного спорта в ходе их спортивно-тренировочных занятий, считаем необходимым:

- обязательное предусматривание времени для т.н. «вработывания» путем проведения разминки;
- обязательное выполнение гимнастических упражнений для поддержания гибкости и подвижности в суставах;
- упражнений для формирования и поддержания «мышечного корсета», без которого нельзя рассчитывать на нормальную функцию позвоночного столба;
- в связи с медленным протеканием восстановительных процессов в опорно-двигательном аппарате, для их нормализации использовать рациональное питание и медикаментозное лечение;
- использование комфортной спортивной обуви или индивидуальных профильных стелек повышенной упругости и эластичности для сглаживания удара в момент постановки стопы на грунт, что снимает мышечно-суставные перегрузки как в позвоночном столбе, так и суставах нижней конечности;
- использование различных приемов массажа, физиотерапии (особенно магнитно-лазерной терапии на область триггерных точек) и мануальной терапии;
- исключение из тренировочного процесса прыжковых упражнений и замена их роллерами и велосипедом.

ВЫВОДЫ

1. В зрелом и пожилом возрасте происходят значительные изменения в опорно-двигательном аппарате, что необходимо учитывать тренерам и спортивным врачам при прове-

дении тренировочных занятий.

2. В подготовительном периоде лыжников-гонщиков в связи с увеличением нагрузки на позвоночный столб и суставы, возможно обост-

рение нейродистрофических процессов, сопровождающихся синдромом талалгии.

3. Лечение синдрома талалгии должно проводиться комплексно, с обязательным одно-

ментным воздействием на позвоночный столб, суставы и стопы. В курс лечения включается противовоспалительная и симптоматическая терапия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов И.П., Шанько Г.Г. Поясничные боли. - Минск: Наука и техника, 1989. - 142 с.
2. Вейн А.М., Абрэцкий М.Я. Боль и обезболивание. - М.: Медицина, 1997. - 280 с.
3. Веселовский В.П. Практическая вертебровневрология и мануальная терапия. - Рига, 1991. - 386 с.
4. Гамильтон Холл. Ваш позвоночник. - М., 1998. - 255 с.
5. Долженков А.Н. Здоровье вашего позвоночника. - СПб, 1999. - 189 с.
6. Елифанов В.А. Лечебная физкультура при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника // Сов. медицина. - 1988. - № 11. - С. 103-106.
7. Елифанов В.А., Прокопьев Н.Я. Изометрические упражнения в клинической практике: Учебное пособие. - М., 1993. - 30 с.
8. Касьян Н.А. Мануальная терапия при остеохондрозе позвоночника. - М.: Медицина, 1986. - 94с.
9. Кузьменко В.В., Скороглядов А.В., Прокопьев Н.Я. Блокада нервных стволов и сплетений. - М.: Медицина, 1993. - 164 с.
10. Ломакин П.В. Мануальная терапия в комплексном лечении остеохондроза позвоночника // Ортопед., травматол. - 1989. - № 9. - С. 4-7.
11. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. - М.: Медицина, 1989. - 462 с.
12. Савченко В.А., Бирюков А.А., Дейл Н.У. Массаж и мобилизация при остеохондрозе: Учебное пособие. - М.: Сов. спорт, 1997. - 176 с.
13. Хабиров Ф.А. Мануальная терапия компрессионных невралгических синдромов остеохондроза позвоночника. - Казань, 1991. - 123 с.
14. Шевцов А.В. Физиологическое обоснование механизмов снятия миофасциальных болей вертеброгенного происхождения: Автореф. дис... канд. биол. наук. - Челябинск, 2000. - 20 с.
15. Юмашев Г.С., Фурман М.Е. Остеохондрозы позвоночника. - М.: Медицина, 1984. - 384 с.

Рукопись поступила 27.12.01.

Предлагаем вашему вниманию



В.И. Шевцов, А.И. Лапынин, Н.М. Ключин

МЕТОД ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

Курган, Зауралье, 2001. – 221 с.

ISBN 5-87247-218-8

Использование открытых Г.А. Илизаровым законов «адекватности кровоснабжения и нагрузки», а также «о стимулирующем влиянии напряжения растяжения на генез тканей» позволило подойти к лечению хронического остеомиелита с принципиально новых позиций. Суть новых решений заключается в одновременном решении задач подавления гнойно-воспалительного процесса и ортопедической реконструкции пораженных сегментов конечностей.

Вместе с тем, анализ накопленного опыта по применению метода чрескостного остеосинтеза показал, что на сегодняшний день не разработаны четкие показания и противопоказания к выбору конкретных видов оперативного лечения больных в зависимости от локализации остеомиелитического очага, величины остеомиелитических полостей и сопутствующих вторичных деформаций конечностей, не разработаны пути устранения ошибок и осложнений при использовании чрескостного остеосинтеза. Все это определило необходимость данного исследования.

Монография рассчитана на широкий круг хирургов, ортопедов и врачей, использующих метод чрескостного остеосинтеза аппаратами наружной фиксации.