

ружены две язвы антрального отдела желудка. После курса противоязвенной терапии, болевой синдром купировался полностью. У данного пациента ОП находился в стадии латентного течения и не имел клинических проявлений.

Таким образом, очевидна важнейшая роль сопутствующей висцеральной патологии в формировании вертеброгенного болевого синдрома при поясничном остеохондрозе. В латентном периоде или стадии продолжительной (глубокой) ремиссии клинических проявлений ОП, отраженная висцеральная боль, имитируя клинику вертеброгенной люмбалгии или люмбоишиалгии, часто оказывается источником диагностических ошибок. Поэтому в каждом конкретном случае необходимо оценивать патогенетические и саногенетические механизмы болевого синдрома, а, следовательно, обосновывать диагноз и соответствующие лечебные и реабилитационные мероприятия.

1. Веселовский, В. П. Диагностика синдромов остеохондроза позвоночника / В. П. Веселовский, М. К. Михайлов, О. Ш. Саммитов. – Казань, 1990. – 237 с.
2. Дривотинов, Б. В. Неврологические нарушения при поясничном остеохондрозе / Б. В. Дривотинов. – Минск: Беларусь, 1979. – 144 с.
3. Дривотинов, Б. В. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника: учеб.-метод. пособие / Б. В. Дривотинов, В. Г. Логинов. – Минск: БГМУ, 2011. – 111 с.
4. Физическая реабилитация при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника: учеб.-метод. пособие / Б. В. Дривотинов [и др.]; под общ. ред. проф. Т. Д. Поляковой. – 3-е изд. – Минск: БГУФК, 2010. – 395 с.
5. Дривотинов, Б. В. Реабилитация клинических проявлений остеохондроза позвоночника (патогенетическое и саногенетическое обоснование) / Б. В. Дривотинов, Т. Д. Полякова, М. Д. Панкова // Мир спорта. – 2007. – № 1. – С. 92–96.
6. Дривотинов, Б. В. Вертебро-висцеральный и висцеровертебральный болевой синдром при остеохондрозе позвоночника / Б. В. Дривотинов // Медицинский журнал. – 2010. – № 3.
7. Дривотинов, Б. В. Висцеро-вертебральный болевой синдром при поясничном остеохондрозе / Б. В. Дривотинов, А. И. Гаманович // Военная медицина. – 2011. – № 2. – С. 139–143.
8. Дривотинов, Б. В. Диагностика висцеро-вертебрального и вертебро-висцерального болевого синдрома при поясничном остеохондрозе / Б. В. Дривотинов, А. И. Гаманович // Медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 46–50.
9. Иваничев, Г. А. Мануальная медицина (мануальная терапия) / Г. А. Иваничев. – М.: МЕДпресс, 1998. – 470 с.
10. Маджидов, Н. М. Грудной остеохондроз и его неврологические синдромы / Н. М. Маджидов. – Ташкент: Медицина, 1982. – 169 с.
11. Осна, А. И. Патогенетические основы клинических проявлений остеохондроза позвоночника / А. И. Осна. – Новокузнецк, 1973. – Ч. 1. – С. 7–15.
12. Петров, К. Б. Роль неспецифических рефлекторно-мышечных синдромов в комплексной реабилитации больных остеохондрозом позвоночника / К. Б. Петров // Актуальные вопросы неврологии. – Новокузнецк, 1997. – С. 88–90.
13. Петров, Б. Г. Отраженные синдромы при некоторых заболеваниях внутренних органов. Остеохондроз позвоночника / Б. Г. Петров. – Новосибирск, 1988. – Ч. 1. – С. 267–269.
14. Попелянский, Я. Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология): рук-во для врачей / Я. Ю. Попелянский. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 670 с.
15. Смычек, В. Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В. Б. Смычек, Г. Я. Хулуп, В. К. Милькаманович. – Минск: Юнипак, 2005. – 420 с.
16. Шницер, Л. Я. Нарушения функций мочевого пузыря при поясничном остеохондрозе и их лечение / Л. Я. Шницер, Г. Я. Лернер // Экспериментальная и клиническая урология. – 1976. – Вып. 2. – С. 232–235.

НАРУШЕНИЯ ВЕНОЗНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Дривотинов Б.В., д-р мед. наук, профессор, **Ткаченко О.В.**,
Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

Клинический полиморфизм неврологических проявлений поясничного остеохондроза (НППО) обусловлен рефлекторными и компрессионными механизмами. Рефлекторный механизм связан с раздрацией синуввертебрального нерва в обширном рецепторном поле. В основе компрессионных синдромов лежит механическое воздействие на нервный корешок и сопровождающие его сосуды, оболочки спинного мозга. В этом компрессионном механизме наряду с грыжей МПД, спондилоартрозом, остеофитами, нестабильностью МПД, рубцово-спаечным процессом важная роль принадлежит варикозному расширению вен эпидуральной клетчатки [1].

Вопрос о роли нарушения венозного кровообращения в патогенезе неврологических проявлений поясничного остеохондроза в современной медицине до сих пор подлежит обсуждению. Согласно литературным источникам, на данный момент подробно изучены клинические варианты дискогенных компрессионно-венозных радикуломиелоишемий на поясничном уровне, рассмотрены особенности НППО у больных с венозными нарушениями. Между тем клинические проявления эпидурального варикоза до настоящего времени еще не имеют строго очерченных границ. Ряд исследователей считают, что эпидуральный варикоз встречается чаще, чем диагностируется, наблюдается у лиц, имеющих врожденную предрасположенность к сосудистым заболеваниям, и сочетается с варикозом других областей.

Еще в рефлекторной стадии остеохондроза под действием грыжевого выпячивания МПД, наряду с раздражением синувентрального нерва в наружных отделах фиброзного кольца, рецепторного аппарата задней продольной связки, происходит ирритация интерорецепторов вен переднего внутреннего венозного сплетения позвоночника, что играет определенную роль в патогенезе дискогенной люмбалгии. В результате раздражения синувентрального нерва происходит спазм артериол и, как следствие, ограничение притока крови к нервным структурам. При спазме артериол капиллярная сеть заполняется венозной кровью. Развивается венозный стаз, который, в свою очередь, ограничивает приток артериальной крови и замыкает так называемый порочный круг васкуляризации пораженного МПД и окружающих его образований. Сенсibilизированный нервный корешок подвергается ишемии и становится легко уязвимым к воздействиям грыжевого узла или других неблагоприятных факторов. Кроме того, нарушение венозного оттока становится обязательным компонентом компрессионного синдрома при грыжах МПД [2, 4].

В своей работе мы проанализировали 43 истории болезни пациентов, оперированных по поводу грыж поясничных МПД в нейрохирургических отделениях 5 и 9-й ГКБ. Больные были разделены на 4 группы: 1) на операции обнаружена грыжа МПД (18 чел.; 41,8 %), 2) грыжа МПД совместно с ВРВ (13 чел.; 30,2 %), 3) только ВРВ (5 чел.; 11,6 %), 4) грыжи и ВРВ не оказалось (7 чел.; 16,3 %). В последних случаях наблюдались рубцово-спаечный процесс, утолщенная дужка тела позвонка, остеофит, опухоль, гипертрофированная желтая связка. Всем больным наряду с клиническим обследованием были проведены КТ и МРТ-исследования. Но эти методы, высокоинформативные при грыжах дисков, при данной патологии представляли низкую диагностическую ценность [3].

В связи с этим представилось необходимым выделить патогномичные клинические симптомы данной патологии, основываясь на различиях в неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника на фоне ВРВ эпидуральной клетчатки, грыжи диска и других компрессирующих факторов.

Продолжительность болезни до операции более 6 лет отмечена у больных с грыжей МПД в 3 (16,6 %), при грыже МПД совместно с ВРВ – в 5 (38,8 %), при ВРВ в 4 (80 %) случаях. Кроме того, длительность последнего обострения заболевания более 3 месяцев наблюдалась при грыже МПД в 22,2 % случаев, при грыже МПД совместно с ВРВ в 38,8 % случаев, при ВРВ – в 80 % случаев.

По данным наших наблюдений, особенностями клинического проявления ВРВ эпидуральной клетчатки были: упорное затяжное прогрессивное течение (более 6 лет), умеренно выраженный, продолжительный (более 3 месяцев) миотомный и склеротомный болевой синдром в ноге, которая становилась «как будто налита свинцом». Боли обычно появлялись или усиливались после физических нагрузок, психоэмоциональных состояний, электропроцедур, приема алкоголя [5, 6]. По нашим данным у 15 (34,9 %) больных эпидуральный варикоз сочетался с ВРВ других областей: варикозом нижних конечностей, расширением подкожных вен в ромбе Михаэлиса, расширением вен семенного канатика, наличием геморроидальных узлов. Признаки венозной недостаточности встречались изолированно и в различных сочетаниях. Отмечались выраженные вегетативные расстройства в виде цианоза или бледности кожи, пятнистости, мраморности, особенно дистальных отделов, трещин участков кожи стоп, ее отека или истончения, глянцеватости, ощущения онемения ноги. При ВРВ эпидуральной клетчатки болевой синдром характеризовался непостоянной локализацией. Статика и динамика поясничного отдела позвоночника, рефлекторно-миотонические реакции были выражены слабо или умеренно. Симптом Лассега у большинства больных оказывался слабopоложительным или отсутствовал. Ахилловы рефлексы чаще всего были снижены. В анамнезе у таких больных нередко наблюдались патологические процессы в малом тазу: фибромиома матки, большие кисты яичников, по поводу которых они ранее были оперированы.

Подводя итоги проведенной работы, необходимо отметить, что, основываясь на приведенных выше клинических признаках, можно предположить наличие у пациента ВРВ эпидуральной клетчатки вместо грыжи межпозвоночного диска до операции и, тем самым, избежать оперативного вмешательства.

Основываясь на литературных данных и результатах проведенной работы, мы пришли к следующим выводам: 1) в патогенезе НППО роль механического компрессионного фактора принадлежит не только грыже или рубцово-спаечному процессу, но, в ряде случаев, и ВРВ; 2) так как в диагностике эпидурального ВРВ КТ, МРТ, МГ недостаточно информативны, ведущее значение принадлежит клиническим данным: упорное затяжное прогрессивное течение, умеренно выраженный, затяжной (более 3 месяцев) миотомный и склеротомный болевой синдром в ноге и ряд других клинических симптомов, изложенных в нашей работе.

Таким образом, при выявлении с помощью клинических данных ВРВ эпидуральной клетчатки необходимо соответствующее патогенетическое лечение.

1. Дривотинов, Б. В. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника / Б. В. Дривотинов, В. Г. Логинов. – Минск: Бел. гос. мед. ун-т, 2011.
2. Дривотинов, Б. В. К диагностике варикозного расширения вен эпидуральной клетчатки при поясничном остеохондрозе / Б. В. Дривотинов, Ф. В. Олешкевич, Е. А. Карпенко // Актуальные проблемы неврологии и нейрохирургии: сб. науч. тр. / под ред. А. Ф. Смяновича, И. П. Антонова. – Минск: Беларуская навука, 2001. – Вып. 3. – С. 71–79.
3. Ошибки в диагностике грыж поясничных межпозвоноковых дисков и их клинических проявлений (по данным миелографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии) / Б. В. Дривотинов [и др.] // Актуальные проблемы неврологии и нейрохирургии: сб. науч. тр. / под ред. А. Ф. Смяновича, И. П. Антонова. – Минск: Беларуская навука, 1999. – Вып. 1. – С. 46–56.
4. Остапович, А. А. Роль венозных нарушений в патогенезе неврологических проявлений поясничного остеохондроза: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. А. Остапович. – Минск, 1990.
5. Дривотинов, Б. В. Физическая реабилитация при неврологических проявлениях поясничного остеохондроза: учеб. пособие / Б. В. Дривотинов, М. Д. Панкова, Хамед Мухамед С. Абдельмажид; под общ. ред. проф. Т. Д. Поляковой. – Минск: БГУФК, 2005. – 396 с.
6. Дривотинов, Б. В. Реабилитация клинических проявлений остеохондроза позвоночника (патогенетическое и патогенетическое обоснование) / Б. В. Дривотинов, Т. Д. Полякова, М. Д. Панкова // Мир спорта. – 2007. – № 1. – С. 92–96.

РАЗВИТИЕ ТОЧНОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ДВИЖЕНИЙ ПАЛЬЦЕВ РУК У ДЕТЕЙ 4–5 ЛЕТ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Калюжин В.Г., канд. мед. наук, *Каныгина Е.В.*,
Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

В мире насчитывается более 300 млн человек с интеллектуальной недостаточностью. Согласно мировой статистике, умственно отсталыми считаются 2,5–3 % от всего населения планеты, к примеру, слепота встречается в 25 раз реже; данная проблема касается каждой 10-й семьи. Из всех нарушений здоровья человека интеллектуальная недостаточность является самой распространенной.

Однако в 87 % случаев это легкое снижение интеллекта, заметное только в школе, а в целом такие люди легко приспосабливаются к обычной жизни [8]. Специалисты, занимающиеся изучением данной категории детей, определяют интеллектуальную недостаточность не как болезнь, а как состояние психического недоразвития, характеризующееся многообразными признаками, как в клинической картине, так и в комплексном проявлении физических, психических, интеллектуальных, эмоциональных качеств [9].

Особенности моторики у детей с интеллектуальной недостаточностью обусловлены, прежде всего, недостатками высших уровней регуляции. Это порождает низкую эффективность операционных процессов всех видов деятельности и проявляется в несформированности тонких дифференцированных движений, плохой координации сложных двигательных актов, недостатках целесообразного построения движений, затруднениях при выполнении или изменении движений по словесной инструкции [7].

Адаптивная физическая культура для детей с интеллектуальной недостаточностью – это не только одно из средств устранения недостатков в двигательной сфере, но и полноценного физического развития, укрепления здоровья, адаптации в социуме [2].

Отсутствие или ограничение двигательной активности тормозит естественное развитие ребенка, вызывая цепь негативных реакций организма: ослабляется сопротивляемость к простудным и инфекционным заболеваниям, создаются предпосылки для формирования слабого малотренированного сердца. Отставания в физическом развитии у детей с интеллектуальной недостаточностью, степень приспособления к физической нагрузке зависят не только от поражения ЦНС, но и являются следствием вынужденной гипокинезии. Гипокинезия часто приводит к избыточному весу, а иногда к ожирению, что еще больше снижает двигательную активность [6].

Цель исследования: разработать коррекционно-развивающую программу по развитию точной дифференцировки движений пальцев рук у детей с интеллектуальной недостаточностью легкой степени.

Исходя из поставленной цели исследования были сформулированы следующие задачи:

1. Разработать и апробировать коррекционно-развивающую программу по развитию точной дифференцировки движений пальцев рук у детей 4–5 лет с интеллектуальной недостаточностью легкой степени.
2. Установить эффективность влияния разработанной коррекционно-развивающей программы на развитие точной дифференцировки движений пальцев рук у детей 4–5 лет с интеллектуальной недостаточностью легкой степени.