

12. Рассеянный склероз: практическое руководство / И. Д. Столяров [и др.]; под общ. ред. И. Д. Столярова. — СПб: ЭЛБИ. — 2002. — 176 с.
13. Терапия рассеянного склероза: методические рекомендации / Я. Я. Гордеев [и др.]; под ред. Я. Я. Гордеева. — Гродно: Изд-во ГрГМУ, 1998. — 33 с.
14. Терапия, реабилитация и медико-социальная экспертиза рассеянного склероза: учебное пособие / В. Я. Латышева [и др.]; под ред. В. Я. Латышевой. — Гомель: ГГМИ, 2003. — 63 с.
15. Филиппович, А. Н. Диагностика начального периода рассеянного склероза / А. Н. Филиппович // Журн. невропат. и психиатр. — 2003. — № 2. — С. 49–50.
16. Шмидт, Т. Лечение рассеянного склероза / Т. Шмидт // Рус. мед. журн. [Электронный ресурс]. — 2001. — Т. 9. — № 7–8. — Режим доступа: <http://www.rmj.ru/main.htm/rmj/t9/n7-8/322.htm>. — Дата доступа: 12.04.2004.
17. Шмидт, Т. Е. Летняя школа по рассеянному склерозу (Summer School «MS») 22–24 мая 1998 г. Амстердам, Нидерланды / Т. Е. Шмидт // Неврол. журн. — 1998. — № 6. — С. 57–62.
18. Шмидт, Т. Е. Патогенез, лечение и ведение больных рассеянным склерозом (по материалам 6-го конгресса Европейской федерации неврологических обществ, Вена, 26–29 октября 2002 г. и конференции «Программа поддержки больных рассеянным склерозом», Севилья, 31 января – 2 февраля 2003 г.) / Т. Е. Шмидт // Неврол. журн. — 2003. — № 3. — С. 46–50.
19. Шмидт, Т. Е. Терапия рассеянного склероза. Ричард и Дональд Е. Гудкин (Ред.), изд. 2-е — Лондон: М. Дуниц, 2000, 573 с. / Т. Е. Шмидт // Неврол. журн. — 2001. — № 2. — С. 47–58.
20. Штульман, Д. Р. Рассеянный склероз / Д. Р. Штульман // Неврология. Справочник практ. врача. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: МЕДпрессинформ., 2002. — 784 с.

Поступила 26.01.2007

УДК 617.547.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПЕЦИАЛЬНОЙ УКЛАДКОЙ БОЛЬНОГО

К. М. Шерепо

Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека, Гомель

На основании биомеханического анализа действия мышц туловища, таза и нижней конечности предложена укладка больного для пассивного разгрузки поясничного отдела позвоночника, благодаря которой наступает выпрямление лордоза, расширение задних межпозвонковых пространств, расширение задних отделов фиброзного кольца, обеспечивается условие для самовправления грыжи или протрузии диска.

Больной должен свободно лежать на спине на обычном непровисающем матрасе со сгибанием бедер 120–90°, наружной ротацией на 10–15° и горизонтальным положением голени. Под конечности подкладывают ватные матрацы, подушки. Высокая эффективность укладки проверена на многих больных.

Ключевые слова: остеохондроз, поясничные боли, пассивное расслабление мышц, межпозвонковый диск, межпозвонковое пространство, грыжа диска, укладка, самовправление грыжи.

THE WAY OF TREATMENT OF OSTEOCHONDROSIS OF THE SPINE LUMBAR DEPARTMENT BY SPECIAL PATIENT POSITIONING

K. M. Sherepo

Republican Research Centre for Radiation Medicine and Human Ecology, Gomel

On the basis of biomechanical analysis of body muscles actions, pelvis and inferior limb there was proposed the positioning of a patient for passive relief of spine lumbar department resulting in lordosis straightening, dilatation of posterior intervertebral areas and fibrous ring posterior departments providing condition for hernia self-invagination or disc protrusion.

The patient should lay freely on his back using a usual non-sagging mattress with hips flexion by 120–90°, external rotation by 10–15° and shins horizontal position. Wadded mattresses and pillows are added under extremities. Positioning high efficiency has been checked up for many patients.

Key words: osteochondrosis, lumbar pain, passive muscles relaxation, intervertebral disc, intervertebral area, disc hernia, positioning, hernia self-invasion.

Поясничные боли на почве остеохондроза являются частым страданием и не имеют тенденции к уменьшению частоты. Об этом свидетельствуют опубликованные данные «старых» и «новых» авторов.

Так, по данным Н. А. Шестерни [5], 80% населения страны в течение жизни страдают от болевого синдрома в поясничном отделе позвоночника, а по данным А. В. Гнездилова с соавторами, в 1999 г. вертеброгенный болевой синдром на этой же почве отмечается у 65% всех больных ортопедической клиники [1]. Болеют люди преимущественно в трудоспособном возрасте, нередко пожилые. Лечение их остается трудной проблемой именно в силу частоты страдания и сложности комплексного лечения, которое не дает гарантированных стойких хороших исходов.

Заболевание имеет затяжное рецидивирующее течение, такие больные чаще всего должны лечиться всю жизнь, во многих случаях утрачивается трудоспособность, особенно у людей физического труда. В этой статье не затрагиваются вопросы этиологии, патогенеза, консервативных и оперативных методов лечения, так как они известны. Хотим только подчеркнуть, что комплексное консервативное лечение дорого, требует много времени, специальных условий, а показания к оперативному лечению достаточно редки, операции трудны для выполнения и весьма травматичны (даже опасны) для больных. Но главное в том, что они не исключают рецидивы заболевания.

Цель данной работы ознакомить врачей, занимающихся больными остеохондрозом (невропатологов, хирургов, терапевтов, ортопедов, реабилитологов), с простой лечебной укладкой для лечения больных с обострением болей в поясничном отделе позвоночника.

Особо оговариваем, что опыт работы в поликлинике дает основания утверждать, что многие больные по условиям работы, по удаленности проживания от лечебных учреждений и по цене на лекарственные препараты не

имеют возможности лечиться по современным комплексным методикам. Укладка же не требует никаких затрат и специальных условий, действует безотказно и приводит к ремиссии даже без лекарственного воздействия.

Материал и метод

Для осуществления укладки не требуются какие-то специальные материалы и приспособления. Она выполняется на обычной, имеющейся у больного постели, а метод и есть сама укладка, поза, которая обоснована биомеханически и описана ниже. Хороший лечебный эффект доказан автором собственным опытом и лечением нескольких десятков амбулаторных больных.

При неустойчивой ремиссии с частыми обострениями болей рекомендуется пребывание в лечебной укладке в любое удобное для пациента время суток на протяжении 1–2 часов. Дополнительное пользование ортопедическим поясом или корсетом обеспечивают возможность сохранять трудоспособность, не связанную с тяжелой физической работой.

В период острого корешкового или оболочечного синдрома больной должен находиться в укладке 3–5 суток, т. е. чаще всего на период освобождения от работы по больничному листу. Это вполне возможно, поскольку укладка не требует строгой неподвижности, — возможен выход в туалет и т.п. Но находиться в укладке необходимо сутками.

После наступления улучшения — постепенное расширение активности также с использованием ортопедического пояса или корсета. Пациентам с легочно-сердечными хроническими заболеваниями и ожирением корсет не рекомендуется, пользование же поясом возможно для многих больных. Пояс необходимо затягивать не на уровне «тали», а низко на уровне крыльев подвздошных костей. Это приносит облегчение.

Из биомеханики позвоночника известно, что сгибание сжимает передние отделы межпозвоночного диска, а задние отделы несколько расширяются, пульпозное ядро смещается кзади. При разгибании проис-

ходит обратное: пульпозное ядро смещается кпереди. При сгибании растягиваются задняя продольная связка и волокна задней части фиброзного кольца диска, напрягаются мышцы передней брюшной стенки и расслабляются разгибатели спины. Лежание человека, т. е. горизонтальное положение из-за давления пульпозных ядер и расслабления связочного аппарата обуславливает удлинение позвоночника в течение нескольких часов до 2 см [4].

При остеохондрозе позвоночника часто происходит выбухание диска в результате дегенеративных изменений фиброзного кольца без его (кольца) прорыва — протрузия диска. Если наступает разрыв фиброзного кольца и выход части или всего пульпозного ядра, происходит пролапс или грыжа диска. Протрузия или пролапс происходят под заднюю продольную связку, которая, имея сосуды и нервы, является источником боли. В более выраженных случаях имеется неврологическая симптоматика.

И хотя пульпозное ядро смещается при разгибании позвоночника кпереди (т. е. протрузия и пролапс должны были бы вправляться), после протрузии или пролапса разгибание поясничного отдела позвоночника, т. е. усиление лордоза может приводить не к устранению их, а к ущемлению фиброзного кольца и части пульпозного ядра, усилению сдавления задней части диска и усилению болей [4].

Таким образом, выясняется отрицательная роль лордоза в генезе поясничных болей.

Для остеохондроза характерно выпрямление лордоза, как компенсаторный механизм, ведущий к уменьшению нагрузки на заднее полукольцо диска, уменьшению давления на заднюю продольную связку и элементы спинно-мозгового канала. Но этот механизм осуществляется благодаря тоническому напряжению мышц туловища, что общеизвестно как клинический симптом при обострении остеохондроза. Напряжение мышц, таким образом, держит и позвоночник в напряжении, при котором межпозвоночные диски не могут достаточно расшириться. Подтверждением служит боль, остающаяся в вертикальном и горизонтальном положении тела, несмотря на тенденцию защитных механизмов к активному устранению лордоза.

Эти теоретические и клинические данные привели нас к осознанию необходимости пассивного устранения лордоза с помо-

щью специальной укладки больного в период острых болей при поясничном остеохондрозе. Анатомо-функциональный анализ позволяет нам считать, что в образовании поясничного лордоза значительная роль портняжной мышцы, мышцы, напрягающей широкую фасцию бедра, прикрепляющихся к верхней ости таза и тянущих его книзу; далее гребешковой мышцы, нежной, длинной приводящей, прямой мышцы бедра, мощной подвздошно-бедренной связки, которые прикрепляются к передним отделам нижней половины таза и наклоняют его вперед. С нашей точки зрения, в лордозировании поясничного отдела позвоночника принимают участие также большая поясничная мышца и подвздошная [3].

Первая, начинаясь от поперечных отростков всех поясничных позвонков и боковых поверхностей тел их, т. е. от задних участков, при напряжении, особенно при большом лордозе, может действовать и в направлении его усиления, подвздошная же притягивает верх крыла подвздошной кости книзу, также способствуя лордозу. Мы предложили укладку больного: лежа на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, бедра свободны, несколько ротированы наружу. Бедра согнуты под $120-110-90^\circ$, голени лежат горизонтально. Для укладки используются подушки или ватные матрацы. Голени должны лежать, а не свисать, так как при свисании быстро наступает растяжение капсулы коленного сустава и собственной связки надколенника, что больной ощущает.

Легко понять, приняв во внимание приведенные данные по биомеханике позвоночника и наш анатомо-функциональный анализ, что при этой укладке широкие и длинные брюшные мышцы расслаблены и не сгибают позвоночник кпереди, мощный разгибатель туловища пассивно растянут, и эти два мощных комплекса мышц не создают осевой компрессии на позвонки, таким образом, пролапс или грыжа не выдавливаются кзади. Все мышцы и связки, лордозизирующие поясничный отдел позвоночника, в этом положении больного расслаблены — наступает пассивное выпрямление лордоза с расширением заднего межпозвоночного пространства, некоторое растяжение волокон фиброзного кольца, снимается ущемление последнего и пульпозного ядра диска — создается условие для вправления.

Лечебный эффект различных укладок известен давно, их признают и современные авторы, например, стояние на «четвереньках», укладка на валик под животом и др. [2]. Однако такие позы утомительны, не переносимы, особенно для пожилых и тучных больных.

В предложенном нами положении больные могут проводить много часов, лежать так сутками. Предложенная укладка эффективно применена нами у двух стационарных больных во 2-м отделении ЦИТО (Москва), многократно проверена на себе и амбулаторных больных. И. б. № 3117, больной Ш., находился с 30.10 по 21.11.83 г. И. б. № 567, больной Щ., находился с 24.02 по 30.03.84 г. У этих же больных укладка применена при обострении и амбулаторном лечении на дому. Причина болей у больных сомнений не вызывает, так как у обоих был резко положительный симптом «кашлевого толчка» (мгновенная невыносимая боль в поясничном отделе локально), таким образом, у обоих больных было истинное обострение остеохондроза. Больные во всех четырех случаях отмечали значительное облегчение и стихание острой боли при укладке. Ценность этого простого и доступного предложения именно в его эффективности, простоте и доступности для проведения в любых условиях. Больных остеохондрозом тысячи, они в массе своей лечатся амбулаторно, на дому,

когда не доступны современные эффективные средства восстановительного лечения (ЛФК, бассейн, вытяжение).

Предложенная укладка может в этих условиях служить значительным подспорьем (в комплексе, конечно, принятых способов лечения) в лечении, быстрейшем достижении ремиссии, сокращении сроков утраты трудоспособности. Укладку следует рекомендовать как основной лечебный прием пожилым сельским больным, которые не будут ездить на лечение в другой населенный пункт в поликлинику (амбулаторию), а проводить им инъекционное лечение на месте некому.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гнездилов, А. В. Методы лечения болевого синдрома у больных ортопедического профиля / А. В. Гнездилов. — М., 1999. — 52 с.
2. Епифанов, В. А. Остеохондроз позвоночника: монография / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов. — М.: Медпресс – информ, 2004. — С. 207–209.
3. Синельников, Р. Д. Атлас анатомии человека / Р. Д. Синельников, Я. Р. Синельников. — М., 1996. — С. 185–320.
4. Хабаров, А. Х. Клиническая неврология позвоночника: монография / А. Х. Хабаров. — Казань, 2003. — С. 18–22, 28, 432–433.
5. Шестерня, Н. А. Остеохондрозы позвоночника: В кн. Руководство. Травматология и ортопедия / Н. А. Шестерня; под редакцией Ю. Г. Шапочникова. — М.: Медицина, 1997. — С. 170–179.

Поступила 26.01.2007

УДК 637.146:616.34-008:579.8.017

ЛАКТОБАЦИЛЛЫ: БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ И ПРОБЛЕМЫ ИДЕНТИФИКАЦИИ

Г. И. Новик, А. В. Сидоренко

Институт микробиологии НАН Беларуси, Минск

Обзор посвящен рассмотрению современных методов идентификации и классификации лактобацилл, а также перспектив разработки на их основе пробиотических препаратов и продуктов функционального питания для профилактики и лечения различных заболеваний.

Ключевые слова: пробиотики, продукты функционального питания, лактобациллы, идентификация, пробиотические свойства.

LACTOBACILLI: BIOTECHNOLOGICAL PROSPECTS AND PROBLEMS OF IDENTIFICATION

G. I. Novik, A. V. Sidarenka

Institute of Microbiology of National Academy of Sciences of Belarus, Minsk

The review discusses up-to-date methods for identification and classification of Lactobacilli and prospects of their using for the development of probiotics and functional food products for prevention and treatment of different diseases.

Key words: probiotics, functional food products, Lactobacilli, identification, probiotic properties.