

Материалы научно-практической конференции, посвященной 20-летию РДКБ «Современные проблемы стационарной помощи детям» - Москва, 2005. - С. 61 - 62.

4. Шкатула Ю. В. Этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости (аналитический обзор литературы) // Вісник СумДУ. - 2007. – Сер. Медицина. - № 2.- С. 122 - 135.

5. Kordelle et al. Three-Dimensional Analysis of the Proximal Femur in Patients with Slipped Capital Femoral Epiphysis Based on Computed Tomography. // J Pediatr. Orthop. – 2001.- Vol. 21.- N 6.-P.179 - 182

6. Loder R. T., Aronsson D. D., Dobbs M. B. Slipped capital femoral epiphysis // J. Bone Joint Surg. Am. – 2000.- 82(8).- P. 1170 - 1188.

7. Loder R. T., Greenfield M. L. Clinical characteristics of children with atypical and idiopathic slipped capital femoral epiphysis: description of the age-weight test and implications for further diagnostic investigation // J. Pediatr. Orthop. – 2001.- Vol. 21(4).- P. 481 - 487.

8. Richolt J.A., Everett P., Teschner M., Kikinis R., Millis M.B. Computer-assisted planning of corrective osteotomies in cases of epiphyseolysis capitis femoris // Orthopade. – 2000.- Vol.29.- N 7.- P. 599 - 604.

УДК 616.711- 007.5

В. В. Сердюк

ВЛИЯНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ ПОЗВОНОЧНИКА НА ПРОЦЕСС ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛОВЕКА

Одесский государственный медицинский университет

Summary. V. Serdyuk. **INFLUENCE OF DEFORMATIONS OF SPINAL COLUMN ON THE DEVELOPMENT OF HUMAN DISEASES.** Using own clinical material the author made up a conclusion about causal-hereditary relationship between deformation of spinal column in childhood and the beginning of most diseases of a grown up person.

Key words: spinal column, a human's diseases.

Реферат. В. В. Сердюк **ВПЛИВ ДЕФОРМАЦІЙ ХРЕБТА НА ВИНІКНЕННЯ ХВОРОБ ЛЮДИНИ.** Проаналізувавши власний клінічний опит, автор робить висновок про наявності причинно-наслідкового зв'язку між деформаціями хребта у дитинстві та виникненням низки захворювань у дорослої людини.

Ключові слова: хребет, захворювання дорослої людини.

Реферат. В. В. Сердюк **ВЛИЯНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ ПОЗВОНОЧНИКА НА ПРОЦЕСС ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛОВЕКА.** На основании анализа собственного клинического опыта, автор приходит к выводу о существовании причинно-следственной связи между деформациями позвоночника в детском возрасте и возникновении целого ряда заболеваний у взрослого человека.

Ключевые слова: позвоночник, заболевания взрослого человека.

Сколько существует человек, вечным вопросом было происхождение болезней. Если пациент – пожилой человек, то развитие той или иной патологии можно увязать с возрастом, ну, а если пациент – ребенок, да ещё и раннего детского возраста? Почему даже в самых богатых и высокоразвитых странах, где здравоохранение получает все необходимые средства для своего развития, больницы, в том числе и детские, не бывают пустыми?

В доступной нам литературе мы обнаружили различные объяснения этим фактам. К ним относились проблемы питания, водоснабжения, нарушения экологии и др. Всё это действительно имеет место в настоящее время и, вероятно, в определенной степени имело место и раньше. Но что можно сказать об античном периоде развития человечества, когда с экологией было всё в порядке, да и культура тела была высочайшей? Большинство болезней современного человека были известны и тысячи лет назад, о чем свидетельствуют трактаты врачей древности, раннего и позднего средневековья, а также более поздних периодов развития человечества. Значит, вероятно, имеются ещё какие-то причины, которые сохранялись в прежние тысячелетия и продолжают действовать сегодня. Найти их – такова была наша задача!

Занимаясь проблемой спинальной боли, мы осмотрели тысячи пациентов, у которых наряду с болью в конечностях, а также по ходу позвоночника имели место жалобы на нарушение функционирования различных органов и даже их систем. Так возник следующий вопрос: нет ли связи между патологией скелета и внутренними болезнями? Каковы условия их развития и причины прогрессирования?

В представленной Вашему вниманию работе мы постараемся ответить на поставленные вопросы и изложить наше понимание сути проблемы, основываясь на анализе собственного клинического материала.

Под наблюдением находилось более 6500 пациентов в возрасте от нескольких месяцев до 90 лет, проходивших амбулаторное лечение по поводу спинального болевого синдрома, различных неврологических нарушений, сочетавшихся с деформациями позвоночника. Прием больных осуществлялся в 11-й больнице – Городском Травматологическом Центре (клинической базе кафедры травматологии и ортопедии Одесского государственного медицинского университета – заведующий кафедрой, профессор, доктор медицинских наук Ю.В.Сухин), а также в поликлиническом отделении 8-й больницы г. Одессы (главный врач М.Е.Бабкова). Сроки наблюдения – с февраля 1996 года по май 2009 года.

Причинами обращаемости на консультацию детей и подростков являлись деформации позвоночника (сколиоз, кифоз, кифосколиоз), равно как и спинальные боли в шейном, грудном, пояснично-крестцовом отделах. У лиц старшего и пожилого возрастов имелись жалобы на боли во всех отделах позвоночника в самых различных проявлениях.

Для всех, без исключения, пациентов (каждого ребенка, в том числе грудного возраста, подростка и взрослого) было характерно наличие бокового искривления позвоночника, вызванного преимущественно односторонним спазмом разгибателей спины. По нашим данным, в 80-85% случаев этот спазм, обусловленный особенностями функционирования полушарий головного мозга, имел место справа, а у остальных – слева. Наклон тела был причиной формирования позвоночно-тазового дисбаланса. Опускание правой или левой половины таза вызывало развитие укорочения соответствующей ноги. Его следует назвать относительным, так как анатомическая (абсолютная) длина костей была одинаковой.

Однако у части пациентов (не более, чем в 15-20% случаев) относительное укорочение сочеталось с абсолютным уменьшением длины одной из нижних конечностей. Это было обусловлено наличием аномалий тазобедренных суставов, в том числе, дисплазией, врожденным вывихом, асептическим некрозом головки бедра у взрослых и болезнью Пертеса у детей. Уменьшение абсолютной длины ноги могло быть также вызвано последствиями перенесенных травм (укорочением бедра, голени, переломо-вывихом в голеностопном суставе, наличием плоско-вальгусной или плоско-варусной стопы), деструктивными процессами в костях нижних конечностей, врожденными деформациями бедер, голени, стоп и др.

В зависимости от стороны укорочения возникали различные деформации позвоночника (рис. 1, 2). Так, при укорочении левой ноги формировались: левостороннее боковое искривление в шейном отделе, правостороннее – в грудном, левостороннее – в поясничном и, наконец, правостороннее – в крестце при наличии незаращений S₁-S₂. При укорочении правой ноги все указанные деформации были направлены в противоположную сторону.

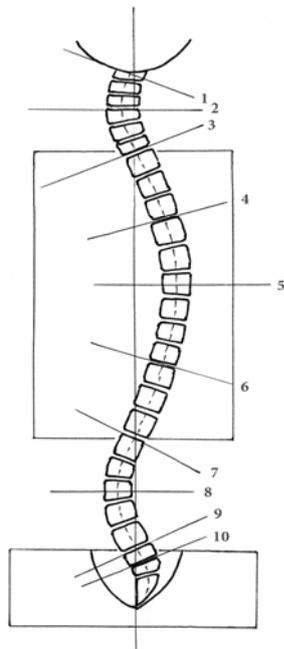


Рис. 1. Локализация ротационных смещений позвонков в шейном, грудном, поясничном и крестцовом отделах позвоночника при укорочении левой ноги. 1-10 – зоны их типичного расположения

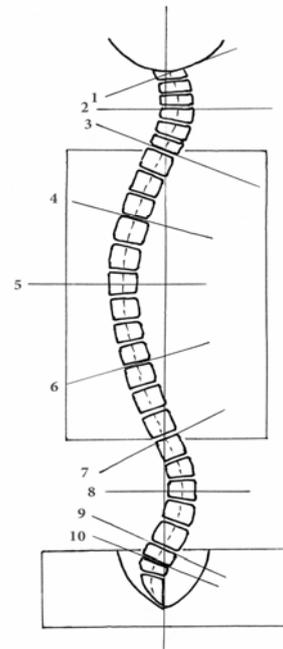


Рис. 2. Локализация ротационных смещений позвонков в шейном, грудном, поясничном и крестцовом отделах позвоночника при укорочении правой ноги. 1-10 – зоны их типичного расположения

Далее вступали в силу законы классической механики, согласно которым в строго определенных местах изгибов позвоночника наступало взаимно противоположное ротационное смещение вначале отдельных позвонков, а затем и их групп. Выраженность искривления и соответственно ротации зависела от степени укорочения левой или правой ноги, которая, по нашим данным, колебалась от нескольких миллиметров до пяти и более сантиметров, а также наличия либо отсутствия аномалий строения тел позвонков, их отростков и других анатомических образований. При ротации (торсии) позвонков в каждом из сегментов позвоночника наступало компрессирование корешков спинного мозга в спинномозговых отверстиях суставными отростками развернутого позвонка. В молодом возрасте, при значительной высоте межпозвонкового диска такое смещение либо вовсе не вызывало сдавливание корешка (корешков) либо сопровождалось незначительными болевыми проявлениями. Особо это характерно для детей, которые чаще всего не предъявляют жалоб на боли по ходу нервных сплетений, так как в процессе взросления они привыкают к наличию постоянной боли и потому считают, что так и должно быть. Обычно у них неврологические и функциональные расстройства обнаруживались во время профилактических осмотров.

Корешковый болевой синдром мог также вызываться грыжами межпозвонкового диска и (или) его ядра, стенозом межпозвонковых отверстий и спинального канала различного происхождения, разнообразными специфическими и неспецифическими воспалительными заболеваниями в тканях позвоночника, доброкачественными или злокачественными опухолями и др. В нашем исследовании изучались только те ситуации, когда и у ребенка, и у взрослого имевшиеся различные заболевания органов и систем сочетались с сопутствующими разнообразными деформациями позвоночника. Именно подобные ситуации встречались в большинстве случаев.

Каждый больной тщательно обследовался для исключения специфической и нейрохирургической патологий, онкологических заболеваний, не диагностированных травм. Методы диагностики включали клинические, рентгенологические, лабораторные

исследования, ультразвуковую доплерографию и др. После установки точного диагноза пациенты проходили контролируемое нами амбулаторное лечение.

Общеизвестна контролирующая роль центральной и периферической нервной систем в функционировании всех органов нашего организма (рис. 3) ¹.

Значительно меньший объем информации посвящен выяснению взаимосвязи между нарушениями их функции и соответствующими деформациями отдельных позвонков или их групп. Тем не менее, такую информацию мы смогли найти ² и сейчас представляем Вашему вниманию (рис. 4).

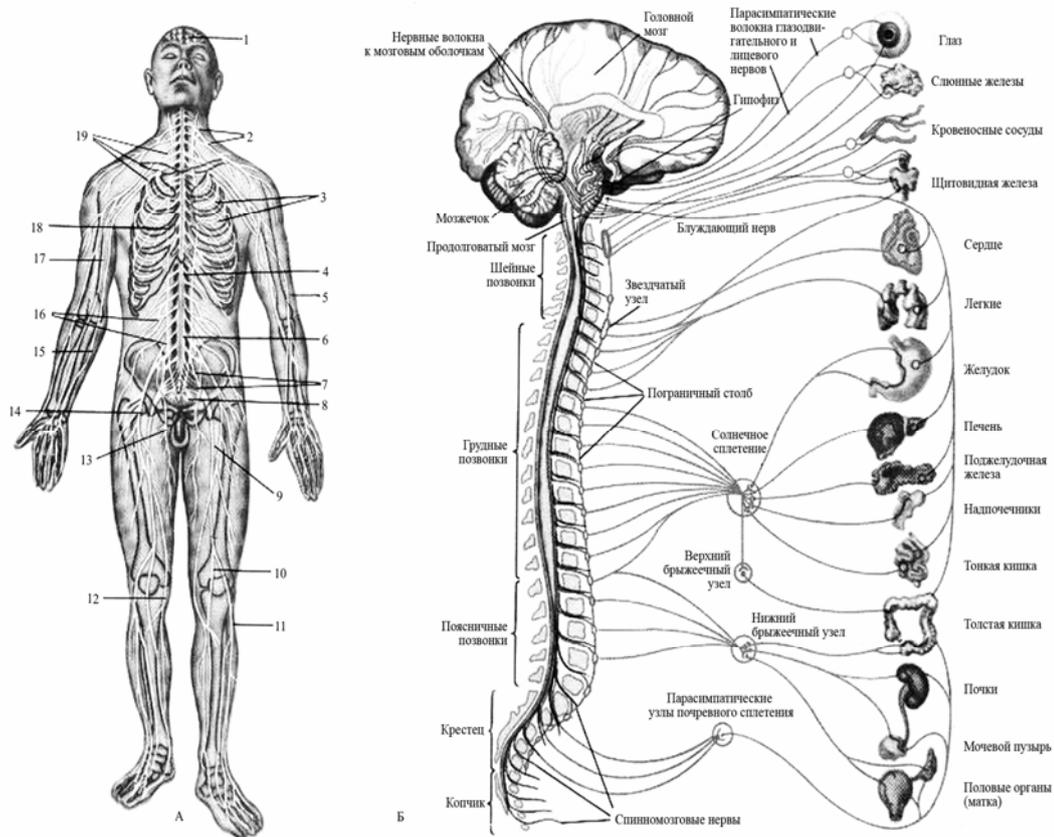


Рис. 3. Нервная система

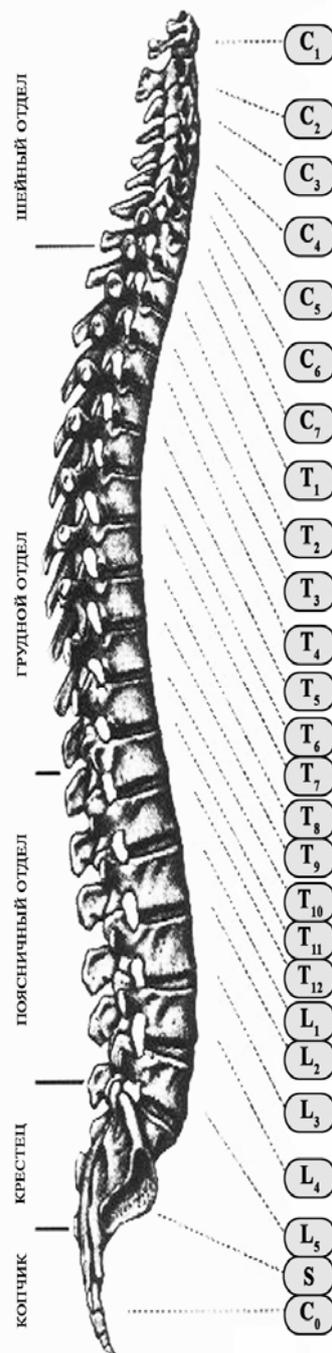
А. Общая схема: 1 – головной мозг; 2 – шейное сплетение; 3 – межреберные нервы (передние веточки); 4 – спинной мозг; 5 – лучевой нерв; 6 – конский хвост; 7 – крестцовое сплетение; 8 – копчиковые нервы; 9 – седалищный нерв; 10 – большеберцовый нерв; 11 – малоберцовый нерв; 12 – внутренний кожный нерв нижней конечности; 13 – запирающий нерв; 14 – бедренный нерв; 15 – локтевой нерв; 16 – поясничное сплетение; 17 – срединный нерв; 18 – симпатический нервный ствол; 19 – плечевое сплетение.

Б. Головной мозг, спинной мозг и вегетативная нервная система (полусхематично)

По нашему мнению, **патогенез разнообразных заболеваний человека** основан на том, что сжатие спинномозговых нервов, симпатических и парасимпатических нервных окончаний приводило к нарушению их проводящей и органо-контролирующей функции. В результате возникала боль и симптомы различных заболеваний сердца, легких, печени, желчного пузыря и других органов даже при отсутствии в них патологических изменений, что подтверждалось специальными инструментальными и лабораторными исследованиями.

* Популярная медицинская энциклопедия. Раздел «Человек». М., 1961.

** Ситель А.Б. Соло для позвоночника. М., 2006.



C₁ – психоз, неврастения, истерия, ипохондрия, головная боль, головокружение, нарушение сна, бессонница, церебральная геморрагия, лицевой паралич, тризм, гемиплегия, гидроцефалия, цереброспинальный менингит, эпилепсия, амнезия, мигрень.

C₂ – неврастения, истерия, ипохондрия, спазм лицевого нерва, тризм, потливость головы, кривошея, головная боль, лицевой паралич, параназальный синусит.

C₃ – амавроз, гипосмия, глухота, слепота, конъюнктивит, тризм, болезни глаза, болезни уха, рвота.

C₄ – неврастения, истерия, ипохондрия, невралгия тройничного нерва, аденоидит, лицевой паралич, церебральная геморрагия, амблиопия, головная боль, тризм, тонзиллит, рвота, болезни носа, болезни уха.

C₅ – болезни органов ротовой полости, фарингит, ларингит, тонзиллит, охриплость, ангина, потеря вкуса, заболевания глаз.

C₆ – астма, фарингит, рожистое воспаление, одышка, ларингит, хронический кашель, круп, боль в верхней части руки (плече)

C₇ – боль в плече (лопатке), бурсит, артрозы, бронхит, церебральная гиперемия, болезни щитовидной железы

T₁ – боль в предплечье, графоспазм, бронхолегочное кровотечение, затруднение дыхания, кашель.

T₂ – миокардит, эндокардит, эндоперикардит, кардиомегалия, олигогалактия, бронхит, артериосклероз

T₃ – туберкулез легких, эмфизема легких, плеврит, отек легких, долевая пневмония, стеноз легочного ствола, олигогалактия.

T₄ – ахолия, гепатомегалия, желтуха, гепатит, цирроз печени, артериосклероз, болезни сердца, неврастения, истерия, ипохондрия.

T₅ – озноб, подагра, лихорадка, паротит, высыпания, интоксикация.

T₆, T₇ – рак желудка, диспепсия, гастроэктазия, неврастения, истерия, ипохондрия, пилоростеноз, язва желудка, гастроптоз, анорексия, лицевой паралич, межреберная невралгия.

T₈, T₉ – болезни печени, панкреатолитиазис, холели-тиазис, спленомегалия, межреберная невралгия, диа-фрагмальная грыжа, расстройство желудка, тошнота.

T₁₀, T₁₁, T₁₂ – болезни почек, боль в области почек, нефрит, невралгия, ревматизм, ацидурия, гематурия, не-сахарный диабет, водянка, сухость кожи, боль в области печени, диспепсия, диарея, периодические запоры.

L₁, L₂ – гепатомегалия, простатомегалия, рак органов брюшной полости, запор, диарея, дерматит, аппендицит, колит, туберкулез кишечника, простатомегалия, неврастения, истерия, ипохондрия, лицевой паралич, бесплодие.

L₃ – патология яичника, цистама, менофобия, нарушение менструации, рак матки, антефлексия и ретрофлексия матки, поллюция, воспаление матки, оофорит, уретрит, бесплодие, болезни матки, болезни яичек, гидроцеле яичек, болезни гениталий.

L₄ – геморрой, паховая грыжа, цистит, камень мочевого пузыря, анальный свищ, простатомегалия, энурез, боли в спине, ишиалгия, абазия.

L₅, S, C₀ – ишиалгия, ревматизм, гемиплегия, заболевания мочевого пузыря, болезни нижних конечностей, подагра, абазия, анемия, кокциалгия (люмбаго).

Рис.4. Позвоночный столб – опора жизни

Однако, длительное нарушение функции различных звеньев нейрорегуляторной системы и подконтрольных им органов постепенно приводило к последующему стойкому изменению анатомической структуры тканей и развитию истинной патологии.

Многолетнее общение с больными позволило выявить наиболее часто встречающиеся, как бы стандартные, жалобы. Обычно детей приводили на консультацию родители. Они указывали на наличие нарастающей деформации спины, отмечали жалобы детей на частые головные боли, головокружение, частичное или полное выпадение поля зрения или даже потерю сознания при резком повороте головы. Также имели место снижение остроты зрения и (или) слуха, варианты потери речи, птоз (неполное поднимание век), выраженную в большей или меньшей степени кривошею, косоглазие, асимметрию лица и др.

И для детей, и взрослых было также в разной степени характерно:

- онемение и (или) спазм пальцев кисти либо всей руки, особенно ночью, при наличии привычки спать с поднятыми вверх руками;
- влажные кисти, зябкость кожи, обычно сопровождающиеся эмоциональной лабильностью и явлениями вегето-сосудистой дистонии;
- частые простудные заболевания легких, бронхиальная астма; внезапная задержка дыхания;
- аллергия;
- боль в сердце;
- изжоги, отрыжки, язвы желудка или 12-перстной кишки, гастрит как у взрослых, так и у детей различных возрастов, в том числе и дошкольного возраста;
- проблемы с желчным пузырем – дискинезия, желчно-каменная болезнь;
- болезни поджелудочной железы (в том числе и сахарный диабет);
- боли в области почек, опущение одной из них;
- боли в проекции яичников и (или) матки, тянущие боли внизу живота при различных вариантах их проявления;
- болезненные и нерегулярные месячные;
- склонность к запорам либо наоборот, частые позывы к дефекации;
- ночное недержание мочи (преимущественно у детей);
- ослабление мужской потенции;
- мужское и женское бесплодие;
- локальная боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с возможной иррадиацией в одну, реже обе ноги;
- судороги в икроножных мышцах, пальцах стоп;
- нарушение чувствительности кожи, преимущественно по наружной поверхности ног;
- влажные стопы, зябкость кожи;
- варикозное расширение вен нижних конечностей, более выраженное с одной стороны и др.

Выраженность и топография симптомов зависела от длительности заболевания, возраста пациента, а также локализации ротационного смещения позвонков (шейного, грудного, поясничного и крестцового сегментов). Однако разделение больных на группы преимущественно одной локализации следует признать весьма условным. Монолокализация жалоб была наиболее характерна для детей. Чем старше становился пациент и чем больше нарастало искривление позвоночника с формированием его разнообразных деформаций, тем более выраженными были боли во всех его отделах, равно, как и нарушения функции различных органов и их систем.

Таким образом, ротационное смещение позвонков, начинающееся в раннем детстве и постепенно нарастающее в процессе взросления юношей и девушек, вызывая нарушения нейротрофики и правильного развития органов и систем, закладывает патологический фундамент для развития множества различных заболеваний. Так **из детей формируется резервная армия взрослых больных**. Именно это положение «Зависимость возникновения заболеваний взрослого человека от деформации позвоночника в детском возрасте» было

признано научным открытием, на которое в декабре 1995 года Украинской Академией Оригинальных Идей был выдан диплом № 1.

Внедрение в клиническую практику положений научного открытия позволило достичь следующего.

1. Предложена система профилактического медицинского осмотра всех детей, начиная с грудного возраста, а также подростков, для раннего выявления деформаций позвоночника и составления программы их оздоровления.

2. Также разработана система контроля всех взрослых пациентов с уже имеющейся деформацией скелета. У них патология позвоночника могла сопровождаться ложной симптоматикой заболеваний сердца, вплоть до инфаркта миокарда (вертеброгенная кардиалгия), а также заболеваний желудка, почек, печени, желчного пузыря и др. (вертеброгенная торакалгия), часто приводившая больных на операционный стол. Обычно подобные операции не обеспечивали полного выздоровления.

Целью проведения осмотров этой категории больных было составление программы оздоровления каждого конкретного пациента с учетом этиологии, вида и формы деформации.

3. Применение разработанного нами комплекса упражнений корригирующей деторсионной гимнастики позволило осуществлять атравматичное устранение ротационного подвывиха позвонков. В результате создавались оптимальные условия для гармонического развития ребенка, а также правильного функционирования центральной и периферической нервной систем с целью активной профилактики развития заболеваний внутренних органов.

4. Деторсионная коррекция позвонков у взрослых также имела большое значение, так как позволяла часто полностью купировать явления вертеброгенной торакалгии и, в частности, кардиалгии.

5. Достижению положительного эффекта во многом способствовала физиотерапия магнитоакустическими аппаратами серии «Мавр», созданными нами совместно с инженером Е.Л.Апотовским.

УДК 616.719.9.74-018.38-089.844-084

А. А. Безуглий

ПРОФИЛАКТИКА УТРАТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВЛАСТИВОСТЕЙ М'ЯЗА ПРИ ДВОХЕТАПНІЙ ПЛАСТИЦІ СУХОЖИЛКІВ ЗГІНАЧІВ ПАЛЬЦІВ КИСТІ

Реферат. А. А. Безуглий. **ПРОФИЛАКТИКА УТРАТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ МЫШЦЫ ПРИ ДВУХЭТАПНОЙ ПЛАСТИКЕ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ.** Предложен способ профилактики эффекта тенотомии мышц сгибателей пальцев кисти, который состоит в создании временной точки дистальной фиксации поврежденного глубокого сгибателя в ходе двухэтапной пластики сухожилия. Проанализованы результаты лечения 55 застарелых случаев повреждения сухожилий сгибателей пальцев кисти в критической зоне. В результате применения способа, амплитуда эластичной экскурсии глубокого сгибателя возросла с $14,0 \pm 2,4$ мм до $20,9 \pm 1,9$ мм, тогда как в контрольной группе амплитуда экскурсии продолжала снижаться. Применение предложенного способа профилактики эффекта тенотомии поврежденных мышц, в ходе двухэтапной пластики сухожилий сгибателей пальцев кисти, позволяет эффективно восстановить их эластичность.

Ключевые слова: застарелые повреждения сухожилий сгибателей, эффект тенотомии, профилактика.