

этих изменений осуществляется нервной системой, где роль измененной деятельности одного ПДС может быть представлена в виде генератора патологической детерминантной системы по Г.Н.Крыжановскому. Как известно, этот генератор способен навязывать свою патологическую активность целой функциональной системе, меняя ее основные свойства.

Дальнейшее увеличение нагрузки на ПДС в условиях биомеханических дефектов, аномалий, экзогенныхотягощающих факторов способно изменить качество саногенетических реакций. Возникающая дисфункция ПДС является основой дальнейшей структурной перестройки. Патологически измененная структура ПДС, естественно, усугубляет функциональные нарушения, вызывая изменение координационных стереотипов, нарушение трофики, гемодинамики, иммунных реакций и пр. Дальнейшее развитие этих процессов сопровождается нарастанием структурных перестроек, что в итоге заканчивается выключением ПДС из движения.

В наиболее общем виде основные этапы функционально-структурной перестройки ПДС можно представить в виде следующего алгоритма: 1. *Гиперфункция ПДС*, проявляющаяся выраженной активностью саногенетических реакций, — гипертрофия мышц ПДС, изменение их координационных отношений, повышение или понижение порога возбудимости, лабильности, смена режима работы нейротрофического обеспечения и пр. 2. *Дисфункция ПДС*, возникающая при недостаточности мер физиологической (саногенетической) защиты, — перегрузки отдельных мышечных групп ПДС, функциональные блокады, триггерные феномены различного происхождения, появление патологических двигательных стереотипов. 3. *Дистрофия ПДС* (остеохондроз диска, артроз, спондилоз, ос-

теопороз) имеет две разновидности: а) о с л о ж н е н н а я — грыжеобразование с компрессионными поражениями различных структур нервной системы; рефлекторные синдромы остеохондроза позвоночника; б) н е о с л о ж н е н н а я — фиброз и высыхание диска. 4. *Консолидация ПДС* — завершение функционально-структурной перестройки ПДС с выключением его из движения (ортопедическая компенсация) и с неизбежным увеличением нагрузки на соседние сегменты. В соседних ПДС могут начаться процессы по описанному алгоритму.

Естественно, реабилитационные мероприятия каждого этапа должны соответствовать основным механизмам развития патологического процесса. С учетом этого на I этапе должны быть предусмотрены недифференцированные мероприятия, рассчитанные на гармонизацию функциональных нагрузок по всей кинематической цепи, основное направление которых — профилактика перехода изменений I этапа во II. II этап основывается на принципах предыдущего этапа, но предполагает уменьшение или устранение дисфункции отдельного ПДС. III этап включает в себя комплекс реабилитационных мероприятий с учетом клинических проявлений дистрофии ПДС. Основная цель этих мероприятий — компенсация нарушенных функций. IV этап строится по схеме I этапа с целью защиты поражения соседнего перегруженного, часто гипермобильного, сегмента позвоночника.

Г.А.ИВАНИЧЕВ
(Казань),
K.LEWIT
(Praha)

УДК 616.721-002.77-07-08

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ ТРИГГЕРНЫХ ПУНКТОВ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

В последние годы значительно увеличился научный и практический интерес к проблемам реабилитации больных с анкилозирующим спондилоартритом [1, 4]. В период развития болезни, когда появляется ригидность позвоночника и суставов, но еще не возникли анкилозы (стадии преанкилозов), в клинике преобладают болевые синдромы и мышечные спазмы, существенно ограничивающие подвижность грудной клетки и суставов, не имеющих органических изменений [6].

Целью нашей работы явилось изучение роли миофасциальных триггерных пунктов в

формировании мышечных контрактур и болевых синдромов этого патологического процесса.

В исследуемую группу вошли больные с установленным диагнозом, подтвержденным клиническими, рентгеновскими и лабораторными данными; в ходе исследования также изучалось состояние мышечной системы (наличие триггерных пунктов, трофика, болезненность, тонус) и оценивались объем движений и наличие функциональных блокад позвонковых и внепозвонковых суставов.

Под нашим наблюдением находились 19 больных в возрасте от 29 до 53 лет с

центральной и ризомелической формами болезни (продолжительность болезни от 5 до 12 лет). Больные были разделены на 2 группы, сравнительно однородные по возрасту, длительности болезни и степени активности процесса. 1-я группа больных (10 человек) получала комбинированное лечение, включающее лекарственную и мануальную терапию, а также фасциотомию (разрушение миофасциального триггерного пункта «сухой» иглой). 2-я группа больных (9 человек) получала нестероидные противовоспалительные препараты, физиотерапию, ЛФК. Диагностика миофасциальных триггерных пунктов проводилась методами мануального тестирования и подтверждалась данными ультразвукового исследования [5].

В ходе исследования было установлено, что мышечно-дистонические и дистрофические процессы сопровождаются появлением миофасциальных триггерных пунктов в квадратной мышце поясницы, трапециевидной, грудино-ключично-сосцевидной, паравертебральных мышцах [3].

После проведенного лечения отмечено статистически достоверное снижение болевого синдрома. Приемами постизометрической релаксации (ПИР) достигалась релаксация соответствующей мышцы, фасциотомией — разрушение триггерного феномена [2]. При использовании классической мобилизации и манипуляции в определенном заблокированном позвоночно-двигательном сегменте (ПДС) (при функциональном характере блока) наступало рефлекторное расслабление локальной мускулатуры. В суставах значительно увеличился объем движений. У больных улучшился сон, аппетит, они стали более спокойными, у них появился интерес к жизни. Улучшение самочувствия у значительного большинства больных наступило после 7–12 сеансов. Таким образом, уменьшаются

сроки нахождения больных в стационаре. Продолжительность ремиссии мы наблюдали от 6 мес до 1 года. На этом этапе поддерживающая терапия достигается самостоятельной мобилизацией суставов.

В ы в о д ы. Миофасциальные триггерные пункты в клинических проявлениях анкилозирующего спондилоартрита обнаруживаются часто. С учетом их значительной патогенетической роли они должны быть устранены мануальной терапией и фасциотомией. Использование предложенного метода при реабилитации больных болезнью Бехтерева значительно сокращает сроки госпитализации и увеличивает ремиссию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмеров С.Ф., Иваничев Г.А., Абдракипов Р.З. Мануальная терапия болезни Бехтерева // Всесоюз. конф. ревматологов: Тез. докл. — М., 1988.
2. Иваничев Г.А. Безболезненные мышечные уплотнения. — Казань, 1990.
3. Иваничев Г.А., Парсанов С.А. Динамика алгических миодистрофических проявлений при болезни Бехтерева // Вертеброневрология. — 1993. — № 3.
4. Чепой В.М. Воспалительные и дегенеративные заболевания позвоночника: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — 1980.
5. Попелянский А.Я. Мануальная терапия при онкологической, травматической, ортопедической, метаболической и анкилозирующей патологии позвоночника // Тез. науч.-практ. конф. по мануальной вертеброневрологии. — Казань, 1983.
6. Попелянский А.Я. Вертебральный синдром при болезни Бехтерева // Профилактика и лечение неврологических заболеваний: Тез. докл. науч.-практ. конф. — Казань, 1988.

С.А.ПАРСАНОВ,
Г.А.ИВАНИЧЕВ
(Казань)

УДК 61:002.55

ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ
И ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Хорошо налаженная система научной информации является одним из условий успешного развития медицинской науки и практического здравоохранения.

Крайняя загруженность врачей повседневной текущей работой, отсутствие возможности самостоятельно следить за всеми новинками специальной литературы делают необходимой помощь информационных служб. Одной из таких служб является Республиканский медицинский библиотечно-информационный центр (РМБИЦ) Министерства здравоохранения Татарстана, призванный осуществлять библиотечно-информационное обслуживание медиков.

В структуре РМБИЦ особое место занимает Республиканский отдел научно-медицинской информации (РОНМИ), который осуществляет информационное обеспечение по медицинской тематике и смежным отраслям знания. Основной целью деятельности отдела является доведение до каждого потребителя всей информации, входящей в сферу его профессиональных интересов. Так, например, исследователям в первую очередь требуются монографии, научные журналы, отчеты о НИР, справочная литература. Потребители управленческого звена заинтересованы в получении аналитических обзоров, проблемно-ориентированных докладов о тен-