**Применение мягкотканной мануальной техники для лечения
болевого синдрома в ходе косметической коррекции оси голени
по методу Г.А. Илизарова (клинический случай)**

Э.С. Колесникова, К.И. Новиков, С.В. Колесников

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г.А. Илизарова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курган, Россия

***The use of soft tissue manual release techniques for pain relief during cosmetic
correction of the tibial axis with the Ilizarov method
(case report)***

E.S. Kolesnikova, K.I. Novikov, S.V. Kolesnikov

Russian Ilizarov Scientific Center for Restorative Traumatology and Orthopaedics, Kurgan, Russia

Болевой синдром при коррекции оси голени или при её удлинении по методу Г.А. Илизарова достаточно эффективно купируется традиционными средствами обезболивания с использованием наркотических и ненаркотических анальгетиков. Однако во многих случаях традиционные анальгетические средства оказываются недостаточно адекватными, в связи с чем была применена мягкотканная мануальная техника (миофасциальный релиз), которая показала довольно высокий результат в купировании боли.

Ключевые слова: остеотомия, обезболивание, мягкотканная мануальная техника

Pain is managed effectively with traditional means of anesthesia with the use of narcotic and non-narcotic medication in tibial correction and lengthening with the Ilizarov method. However, in many cases, traditional analgesics are not sufficient. Therefore, soft tissue manual technique of myofascial release was applied and showed a rather high degree of pain relief.

Keywords: osteotomy, anesthesia, soft tissue manual technique

ВВЕДЕНИЕ

Остеотомия костей применяется в ортопедической практике не одно десятилетие. Впервые она была выполнена в XIX веке в США, после чего получила более широкое распространение и в дальнейшем была усовершенствована многими отечественными и иностранными ортопедами [1]. Остеотомия – искусственное повреждение кости, сопровождающееся нарушением целостности фасций и других тканей. Как и всякая травма, это нарушение навсегда сохраняется в их «памяти» и приводит к ограничению подвижности, т.е. превращается в «цепи поражения» [2]. По утверждению Ж.-П. Барраля, поврежденная (больная) ткань дезорганизует равновесие во всех мембранах человека, формируя патологические оси движения [2]. Послеоперационная боль, в связи с необходимостью устранения деформации или укорочения конечности, возникает в большинстве случаев. Выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ иногда достигает интенсивности сильной или очень сильной боли, т.е. 6,0–8,0 см. В лечении послеоперационной боли хорошо зарекомендовали себя наркотические и ненаркотические анальгетики в стандартных дозировках. Однако иногда применяемая противоболевая терапия оказывается недостаточно эффективной.

Цель исследования. Дать оценку эффекта применения мягкотканной мануальной техники в лечении болевого синдрома в ходе косметической коррекции оси голени по Г.А. Илизарову.

Цель исследования. Дать оценку эффекта применения мягкотканной мануальной техники в лечении болевого синдрома в ходе косметической коррекции оси голени по Г.А. Илизарову.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Миофасциальные техники – это приемы мануальной терапии, которые широко применяются в купировании болевых синдромов различного происхождения, в том числе посттравматической и послеоперационной боли [3]. Лечение миофасциальными мануальными техниками осуществляется руками врача в пределах физиологических границ движения тканей и направлено на устранение причины нарушения. Длительность лечебного сеанса зависит не от врача, а от заболевания.

Для разрешения недавно возникшей проблемы достаточно несколько сеансов, часто хватает 1–2 сеансов, а застарелые, длительно существующие проблемы требуют длительного лечения. Продолжительность сеанса варьирует от 5 минут до нескольких часов, чаще от получаса до 2 часов, при лечении пациент чувствует расслабление и «необыкновенную комфортность» [4].

Вашему вниманию представляется оценка эффекта применения мягкотканной мануальной техники (в дан-

ном случае использовалась техника миофасциального релиза) в купировании болевого синдрома у молодой женщины, поступившей на лечение с диагнозом: врожденная варусная деформация обеих голеней – 165°. Деформирующий остеоартроз коленных суставов II ст. При поступлении предъявляла жалобы на выраженную деформацию голеней, быструю утомляемость мышц нижних конечностей, боли в коленных суставах. Больной проведена операция – монолокальный компрессионно-дистракционный остеосинтез обеих голеней аппаратом Илизарова, остеотомии большеберцовых костей в верхней трети и малоберцовых костей в нижней трети. В стандартные сроки, на 5 сутки после операции начата коррекция оси голени. С началом выполнения указанной манипуляции пациентка стала предъявлять жалобы на боли в голенях, коленных суставах и необычные тянуще-скручивающие боли в

верхних конечностях. Больная оценивала свою боль как сильную и очень сильную; интенсивность боли по шкале ВАШ составляла 5,0–6,0 см, иногда, чаще при выполнении коррекции оси голеней, 6,0–7,0 см. Больной проводилось обезболивание: первые четверо суток промедол 2 % – 1,0 мл в/м 3 раза в день, в последующие дни применялись стандартные обезболивающие препараты: трамадол – 2,0 мл в/м 2-3 раза в день или кеторол 1,0 мл 2-3 раза в день. После инъекции обезболивающих препаратов интенсивность боли уменьшалась до умеренной по ВАШ 3,0–4,0 см на 2–4 часа. Стойкий болевой синдром приводил к нарушению сна (длительность сна у нашей пациентки не превышала 4 часов) и к снижению аппетита. В связи с недостаточной эффективностью принимаемых мер на 8 сутки после операции была назначена консультация врача отдела восстановительной медицины.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При осмотре у больной отмечалось «измученное» выражение лица, сниженное настроение, плаксивость и нежелание разговаривать. С пациенткой проведена беседа, дано разъяснение о возможной причине возникших у неё болевых ощущений, дано представление о мануальной терапии, в частности, о мягкотканной мануальной технике, о её особенностях и возможностях. После беседы больная стала спокойнее и согласилась на мануальное обследование. При пальпации было установлено напряжение и резкое ослабление подвижности тканей (висцерального ритма) голени, напряжение и боль при пальпации мышц голени, болезненность при пальпации большеберцовых и малоберцовых костей, напряжение и болезненность при пальпации плантарной поверхности стопы. После мануального тестирования проведен лечебный сеанс с применением миофасциальной техники (миофасциальный релиз тканей голени и стопы), в результате чего возобновилась подвижность тканей, и болевой синдром практически полностью купировался, во время лечебного воздействия прошла мучительная тянуще-скручивающая боль в верхних конечностях, по

ВАШ оценка болевого синдрома составила 0,0–2,0 см. Со слов пациентки, сохранялась незначительная боль в коленных суставах. Больная отметила улучшение настроения, сна, аппетита, восстановление коммуникативной интенции. Пациентке было проведено 6 сеансов мануальной терапии с периодичностью 2 раза в неделю. Болевой синдром возобновлялся только после манипуляций с аппаратом Илизарова для корректировки оси голеней, более интенсивных занятий ЛФК, но по интенсивности он был умеренным и не превышал по ВАШ 2,0–3,0 см, инъекция 1 мл кеторола в/м полностью купировала его. В представленном случае у больной с послеоперационной болью нами была апробирована мягкотканная мануальная техника, в данном случае миофасциальная, которая основана на мобилизации собственной врожденной подвижности тканей [3] и позволяет не учитывать наличие на конечности металлической конструкции.

Данная методика была применена ещё у 5 больных с различной патологией и выраженной болью, и у всех был получен хороший результат при коррекции болевого синдрома.

ВЫВОДЫ

Применение мягкотканых мануальных техник (миофасциального релиза) полностью купирует или значительно уменьшает болевой синдром, что позволяет больным легче переносить проведение коррекции деформации, улучшает сон и настроение, зна-

чительно снижает потребность в обезболивающих препаратах и может быть рекомендовано для широкого использования в связи с высокой эффективностью и отсутствием дополнительных материальных затрат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Остеотомия – ортопедическая операция рассечения кости – Виды // Women health net.ru : [сайт]. 2010. 4 фев. URL: <http://www.womenhealthnet.ru/traumatology/1627/page-2.html> (дата обращения: 25.04.2013)
2. Новосельцев С.В. Введение в остеопатию. Мягкотканые и суставные техники. Практическое руководство для врачей. СПб. : Фолиант, 2005. 240 с.
3. Соловей И.Г. Остеопатия. Миофасциальные, краниосакральные, мышечно-энергетические и другие техники. Минск : Харвест, 2010. 464 с.
4. Чикуров Ю.В. Мягкие техники в мануальной медицине. М. : Триада-Х, 2003. 143 с.

REFERENCES

1. Osteotomy – orthopedicheskaia operatsiia rassecheniia kosti – Vidy [Osteotomy – an orthopedic surgery of bone cutting]. *Women health net.ru*, 2010. (In Russ.) Available at: <http://www.womenhealthnet.ru/traumatology/1627/page-2.html> (accessed 25.04.2013).
2. Novoseltsev S.V. *Vvedenie v osteopatiu. Miagkotkannye i sustavnye tekhniki. Prakticheskoe rukovodstvo dlia vrachei* [Introduction to Osteopathy. Soft-tissue and articular techniques. Practical guide for physicians]. SPb., Foliant, 2005, 240 p. (In Russ.)
3. Solovoi I.G. *Osteopatiia. Miofatsial'nye, kraniosakral'nye, myshechno-energeticheskie i drugie tekhniki* [Osteopathy. Myofascial, craniosacral, musculo-energetic and other techniques]. Minsk, Kharvest, 2010, 464 p. (In Russ.)

4. Chikurov Iu.V. *Miagkie tekhniki v manual'noi meditsine* [Quiet techniques in manual medicine]. M., Triada-Kh, 2003, 143 p. (In Russ.)

Рукопись поступила 20.02.2017

Сведения об авторах:

1. Колесникова Элина Сергеевна – ГКУ Курганский областной противотуберкулезный диспансер, отделение внелегочных локализаций туберкулеза, врач травматолог-ортопед; Email: Li985@mail.ru
2. Новиков Константин Игоревич – ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава России, г. Курган, лаборатория коррекции деформаций и удлинения конечностей, руководитель, д. м. н.
3. Колесников Сергей Владимирович – ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава России, г. Курган, лаборатория реконструктивного эндопротезирования и артроскопии, научный сотрудник

Information about the authors:

1. Elina S. Kolesnikova, M.D., State Government Institution Kurgan Regional Tuberculosis Dispensary, Department of Tuberculosis Extra-pulmonary Localizations, traumatologist-orthopedist; Email: Li985@mail.ru
2. Konstantin I. Novikov, M.D., Ph.D., Russian Ilizarov Scientific Center for Restorative Traumatology and Orthopaedics, Kurgan, Russia, Head of the Laboratory of Deformity Correction and Limb Lengthening
3. Sergei V. Kolesnikov, M.D., Russian Ilizarov Scientific Center for Restorative Traumatology and Orthopaedics, Kurgan, Russia, Laboratory of Reconstructive Arthroplasty and Arthroscopy, researcher