

стрием хронического холецистита имелось изменение стенок желчного пузыря в виде утолщения и уплотнения и почти у всех больных (95,2%) — стенка шейки или области воронки-«сифона». Под последним понимают участок, расположенный между телом желчного пузыря и началом пузырного протока [2]. Наличие утолщения и уплотнения стенок желчного пузыря является признаком, свидетельствующим о воспалительной инфильтрации или склеротических процессах [5, 6].

С помощью эхографии у 20,7% детей с гепатобилиарной патологией в полости желчного пузыря, в основном у задней стенки, удалось визуализировать осадок, располагавшийся в виде горки, от которого отражались мелкие эхо-сигналы. Единого суждения о составе этого осадка нет. По мнению одних авторов [3], осадок представляет собой желчную «смазку», существующую в сочетании с желчными камнями или самостоятельно, другие [4] считают, что эхо-сигналы идут от хлопьев слизи, а также, вероятно, от пигментных гранул, кристаллов холестерина и пр.

Полученные нами результаты позволяют высказать мнение о возможности изолированных поражений гепатобилиарной системы как функционального, так и воспалительного характера при отсутствии заболеваний соседних органов. В решении вопроса о характере поражения печени и желчного пузыря ультразвуковое исследование, несомненно, имеет большое значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрикосов А. И. Многотомное руководство по патологической анатомии. Под ред. А. И. Струкова. М., 1957, т. 4, кн. 2.—2. Акопян В. Г. Хирургическая гепатология детского возраста. М., Медицина, 1982.—3. Галкин В. А., Радабиль О. С., Кривоблоцкая С. В. Применение ультразвука в гастроэнтерологии. М., Медицина, 1979.—4. Дворяковский И. В., Рыжкова Л. А. *Вопр. охр. мат.*, 1979, 9.—5. Демидов В. Н., Широкова К. Н., Сидорова Г. П. *Клин. мед.*, 1982, 2.—6. Минускин О. Н., Орлова Л. П. *Тер. арх.*, 1981, 10.—7. Писарев А. Г. *Педиатрия*, 1982.—8. Сидорова Г. П., Демидов В. Н. *Клин. мед.*, 1984, 2.

Поступила 4 декабря 1984 г.

УДК 617.559—009.76—02: [616.748.13+616.718

КООДИНАТОРНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЫШЦ ПОЯСНИЦЫ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С НЕЙРОДИСТРОФИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ЛЮМБОИШИАЛГИИ

О. В. Василевская

Кафедра нервных болезней (зав.—проф. Я. Ю. Попелянский) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Значительная роль в формировании синдромов остеохондроза позвоночника принадлежит биомеханическим факторам. Часто причиной биомеханических нарушений могут являться координаторные дисфункции [1—3]. Особенно значимы эти расстройства у больных люмбоишиалгией, при которой явления дезадаптации возникают в мышцах нижних конечностей, функционирующих в условиях постуральных и викарных перегрузок, что способствует развитию мышечно-тонических и нейродистрофических нарушений. Роль различных деформаций поясничного отдела в формировании адаптирующих координаций мышц ног в общем виде установлена, однако в литературе нет сведений об удельном участии различных мышц в данной дизрегуляции, в частности ягодичных и ишиокруральных. Между тем в этих мышцах чаще, чем в других, развиваются миотонические и миодистрофические процессы.

Целью настоящего исследования являлось изучение нового двигательного стереотипа, который возникает в процессе формирования компенсаторной мышечной фиксации, а также влияния патологической импульсации из пораженного позвоночно-двигательного сегмента (ПДС) на координаторные взаимоотношения мышц.

Всего обследовано 10 здоровых (контрольная группа) и 19 больных с нейродистрофической формой люмбоишиалгии (участки миодистрофии — в икроножной мышце) с кифотической деформацией поясничного отдела позвоночника без сколиоза на стационарном этапе и в период регрессирования. Среди обследованных было 13

мужчин и 6 женщин в возрасте от 21 до 59 лет. Всем больным и здоровым проводили полимиографию на восьмиканальном чернильнопишущем электроэнцефалографе венгерской фирмы «Медикор» при усилении 50 мкВ/мм и скорости протяжки бумаги 7,5 мм/с. Снимали интерференционную электромиограмму (ЭМГ) поверхностными электродами с многораздельных, средних и больших ягодичных, латеральных и медиальных ишиокуральных мышц, с прямой головки четырехглавой мышцы, латеральной головки икроножной и передней большеберцовой мышц на здоровой и больной сторонах. Запись производили в позе свободного стояния, при наклоне вперед и назад. Чтобы исключить влияние утомления, которое могло развиваться в процессе исследования [5, 6], больным давали возможность отдохнуть 30 мин; затем им наносили механическое раздражение постукиванием неврологического молоточка с частотой 3—5 ударов в 1 с по остистому отростку в области пораженного ПДС в течение 5 мин. При этом больные испытывали боль, часто с иррадиацией в пораженную конечность; после этих манипуляций вновь снимали ЭМГ по указанной выше методике. Учитывали максимальную амплитуду осцилляций в микровольтах и структуру ЭМГ [4].

В ответ на поколачивание в области поясничного отдела позвоночника каких-либо отчетливых изменений данных ЭМГ у лиц контрольной группы выявить не удалось: их биоэлектрическая активность по-прежнему относилась к I типу по Юсевич (1972) с амплитудой осцилляций от 50 до 200 мкВ для различных мышц.

В позе свободного стояния (табл. 1) у больных с люмбоишиалгией наблюдалась высокая по сравнению с нормой биоэлектрическая активность, особенно в ишиокуральных и многораздельных мышцах (до 400 мкВ), более выраженная у больных с декомпенсированной миофиксацией на стационарном этапе обострения. После раздражения области пораженного ПДС у больных этой группы возрастала биоэлектриче-

Таблица 1

Двигательный стереотип у больных поясничным остеохондрозом с компенсированной и декомпенсированной формами миофиксации в состоянии покоя (биоэлектрическая активность выражается в мкВ)

Мышцы	Формы миофиксации				Здоровые
	декомпенсированная		компенсированная		
	больная сторона	здоровая	больная сторона	здоровая	
Многораздельные	200	125	175	175	175
	200	150	150	275	
Средние ягодичные	75	100	75	90	100
	50	25	50	50	
Большие ягодичные	100	125	45	75	50
	25	45	25	100	
Полусухожильные	125	200	200	225	75
	75	225	145	275	
Двуглавые	225	325	175	125	75
	200	475	200	275	
Икроножные	175	225	275	150	175
	325	125	200	225	
Передние большебер- цовые	250	200	125	150	210
	250	100	85	175	
Четырехглавые	210	110	125	150	125
	200	50	100	95	

Примечание. В числителе — до раздражения ПДС, в знаменателе — после него. То же в табл. 2 и 3.

ская активность в ишиокуральных мышцах, больше в двуглавой и на больной стороне в икроножной мышце. У больных же в стадии регессирования наблюдалось повышение активности в ишиокуральных и многораздельных мышцах на здоровой стороне, в то время как на больной стороне в икроножной она снижалась.

При наклоне вперед у больных в стационарный период обострения с декомпенсированной формой миофиксации (табл. 2) отмечалось снижение активности ишиоку-

Таблица 2

Двигательный стереотип у больных поясничным остеохондрозом с компенсированной и декомпенсированной формами миофиксации при наклоне вперед (биоэлектрическая активность выражается в мкВ)

Мышцы	Формы миофиксации				Здоровые
	декомпенсированная		компенсированная		
	больная сторона	здоровая	больная сторона	здоровая	
Многораздельные	250	350	400	350	250
	250	250	325	325	
Средние ягодичные	100	125	135	125	200
	25	25	45	75	
Большие ягодичные	75	75	50	175	100
	35	25	150	200	
Полусухожильные	150	225	450	475	470
	175	250	175	75	
Двуглавые	275	275	375	350	400
	450	425	300	300	
Икроножные	200	275	325	175	225
	200	235	175	235	
Передние большеберцовые	250	300	250	175	175
	250	135	100	210	
Четырехглавые	150	125	135	125	100
	100	50	275	180	

ральных мышц по сравнению с нормой и парадоксальная реакция в передней большеберцовой мышце (увеличение активности, тогда как в норме должно быть, наоборот, уменьшение). Выявлялась высокая активность также в многораздельных мышцах, больше на здоровой стороне. У больных в стадии регрессирования мышечная активность повышалась, становилась даже выше нормы, особенно в многораздельных мышцах; в передней большеберцовой сохранялась парадоксальная реакция. После проведения пробы с раздражением ПДС у больных на стационарном этапе обострения

Таблица 3

Двигательный стереотип у больных поясничным остеохондрозом с компенсированной и декомпенсированной формами миофиксации при наклоне назад (биоэлектрическая активность в мкВ)

Мышцы	Формы миофиксации				Здоровые
	декомпенсированная		компенсированная		
	больная сторона	здоровая	больная сторона	здоровая	
Многораздельные	200	200	125	110	50
	45	50	150	150	
Средние ягодичные	75	135	75	50	50
	50	25	35	15	
Большие ягодичные	50	10	10	50	50
	50	75	75	75	
Полусухожильные	50	180	175	110	100
	145	50	250	250	
Двуглавые	100	75	175	200	100
	50	125	45	200	
Икроножные	200	200	250	150	200
	350	230	145	275	
Передние большебер- цовые	475	350	350	275	635
	550	325	350	500	
Четырехглавые	300	235	425	345	300
	300	250	250	250	

биоэлектрическая активность увеличивалась в ишиокруральных мышцах, в период же регрессирования — в прямых головках четырехглавой мышцы и в больших ягодичных мышцах (табл. 2).

При наклоне назад у больных с декомпенсированной формой миофиксации (табл. 3) сохранялась высокая биоэлектрическая активность в многораздельных мышцах, относительно более низкая — в большеберцовых, причем меньше на здоровой стороне. В период регрессирования повышалась активность в ишиокруральных и четырехглавых мышцах. В многораздельных же она оставалась высокой, но несколько меньшей, чем в стационарный период. После проведения пробы у больных на стационарном этапе обострения возрастала активность икроножных и передних большеберцовых мышц на больной стороне, а активность многораздельных падала. В период регрессирования наблюдалось повышение активности многораздельных и медиальных ишиокруральных мышц.

Таким образом, патологическая импульсация из пораженного ПДС оказывает влияние на координаторные взаимоотношения мышц поясницы и нижних конечностей. У больных с нейродистрофической формой люмбоишиалгии создается новый двигательный стереотип, отличающийся от нормы и особый для каждого этапа обострения и формы компенсаторной мышечной фиксации. Результаты исследований свидетельствуют о том, что у больных на этапе регрессирования мышцы нижних конечностей работают в непривычном для них режиме. Поэтому при расширении двигательного режима в период выздоровления следует учитывать перегрузки, которые при этом возникают чаще всего в ишиокруральных и передней большеберцовой мышцах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иваничев Г. А. Координаторные отношения мышц голени и стопы при поясничном остеохондрозе вне обострения. Автореф. канд. дисс., Казань, 1975.—2. Коган О. Г., Шмидт И. В. и др. Теоретические основы реабилитации позвоночника. Новосибирск. Наука, 1983.—3. Попелянский Я. Ю., Веселовский В. П. Журн. невропатол. и психиатр., 1976, 9.—4. Юсевич Ю. С. Очерки по клинической электромиографии. М., Медицина, 1972.—5. Jayasinghe W. J., Harding R. H., Anderson J. A. D., Sweetman B. J. Electromyogr. clin. Neurophysiol., 1978, 18, 191.—6. Troup J. D. G., Chapman A. A. Electromyography, 1974, 12, 4.

Поступила 1 июля 1985 г.

УДК 616.89—008.441.13

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АЛКОГОЛИЗМА С РАЗЛИЧНЫМ ТЕМПОМ ПРОГРЕДИЕНТНОСТИ

Д. Д. Еникеева

Отдел по изучению молекулярных механизмов наркоманий (зав.—проф. И. Н. Пятницкая) 2-го Московского ордена Ленина медицинского института имени Н. И. Пирогова

В целях изучения темпа прогрессивности алкоголизма проведен анализ большого клинического материала: сроков появления и последующего развития осевой симптоматики заболевания, продолжительности стадий и скорости перехода начальной стадии в поздние, а также времени возникновения последствий и осложнений болезни, изменений личности и социальной декомпенсации. Выделены 3 основных типа (варианта) его течения: типично прогрессивный (прогрессивный, среднепрогрессивный); высокопрогрессивный (ускоренно прогрессивный, злокачественно прогрессивный, «галопирующий»), малопрогрессивный (медленно прогрессивный, умеренно прогрессивный, доброкачественный, вялый).

Клиника и течение типично прогрессивного варианта алкоголизма достаточно полно исследованы и отражены во многих руководствах, поэтому мы не будем на них подробно останавливаться, а проведем сравнительный анализ атипичных форм (высокопрогрессивной и малопрогрессивной) в сопоставлении с клиническими проявлениями типично прогрессивного варианта течения алкоголизма.

Признаками высокопрогрессивного течения являются стремительное формирование патологического влечения к опьянению, раннее появление компульсивности