

и кормящих женщин, а также лиц с полименорреей. При обследовании 1370 человек указанных категорий с помощью описанных выше методик скрытое анемическое состояние было выявлено соответственно в 76; 78; 32 и 38%. С большой частотой скрытый дефицит железа обнаруживается у лиц с частично резецированным желудком по поводу язвенной болезни, полипоза и т. п.

Важно подчеркнуть, что определяющим тестом при решении вопроса о наличии и характере дефицита железа является величина концентрации трансферрина, зависящая от степени насыщения организма железом. Абсолютный дефицит железа сопровождается свойственным исключительно этому состоянию увеличением общей и латентной железосвязывающей способности сыворотки крови, являющейся мерой общего и свободного трансферрина, что обеспечивает повышенную резорбцию биотика в желудочно-кишечном тракте. При этом уровень негеминового железа сыворотки крови может быть как пониженным, так и нормальным.

Изменение железосвязывающей емкости трансферрина является более ранним признаком истощения резервов железа в организме, нежели развитие сидеропении и изменение других показателей обмена железа, не говоря уже о снижении содержания гемоглобина. Ввиду этого определение трансферрина и его фракций представляется особо ценным в диагностике железодефицитных состояний, особенно скрытых форм.

При относительном дефиците железа, в противоположность абсолютному, величина общего трансферрина остается нормальной или даже оказывается сниженной, несмотря на наличие сидеропении. Отсутствие компенсаторного увеличения железосвязывающей емкости трансферрина указывает на достаточное содержание биоэлемента в организме. Поэтому на основе определения величины железосвязывающей способности сыворотки крови представляется возможным решить вопрос о целесообразности применения медикаментозного железа.

В соответствии с патогенетической сущностью абсолютного дефицита железа главное место в его терапии и профилактике должно принадлежать препаратам железа, которые надо применять длительно, месяцами, вплоть до стабилизации показателей гемоглобина и эритроцитов. При этом следует учитывать относительную безвредность даже длительного перорального приема препаратов железа, если принять во внимание своеобразный механизм резорбции данного биоэлемента, предохраняющий организм от избыточного его усвоения. Парентеральное введение препаратов железа, ввиду опасности развития гемосидероза и их тератогенного действия, надлежит применять лишь по строгим показаниям, при невозможности перорального лечения.

С профилактической целью целесообразно назначение медикаментозного железа всем лицам с повышенными его расходами, особенно женщинам в период беременности и лактации, а также лицам с систематическими кровопотерями. Наш опыт показал, что регулярный прием препаратов железа донорами на протяжении 2—3 нед после каждой донации является хорошим средством предупреждения донорской анемии. Беременным женщинам может быть рекомендовано употребление препаратов железа в лечебной дозе в течение 4—6 нед последнего триместра, которое может быть продолжено и в лактационном периоде. Подобного рода медикация предупреждала развитие у них малокровия и благоприятно сказывалась на течении родов. Женщинам с дисфункциональными маточными кровотечениями требуется заместительная терапия препаратами железа ежемесячно в течение 7—14 дней.

Принимая во внимание большую частоту выявления скрытых анемических состояний у практически здоровых людей, следует согласиться с мнением экспертов ВОЗ о необходимости предупреждения возникновения дефицита железа, главным образом у женщин, путем регулярного снабжения их медикаментозным железом в течение всего периода жизни от пубертатного до климактерического возраста. Весьма перспективным представляется также обогащение продуктов питания неорганическим железом, что имело бы большое оздоровительное значение.

Поступила 12 июня 1979 г.

УДК 616.748.11:616.8—009.12

ОРТОСТАТИЧЕСКИЙ ПОДВЗДОШНО-ПОЯСНИЧНЫЙ СПАЗМ

Я. Ю. Попелянский

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

Реферат. На основании клинического анализа 5 наблюдений выделена нозологическая форма, характеризующаяся невозможностью нормальной реализации акта стояния и ходьбы вследствие прогрессирующего насильственного наклона туловища

вперед, сопровождающегося дискоординацией поясничной, брюшной и дыхательной мускулатуры и рядом вегетативных нарушений. В отличие от торзионной дистонии происходит не лордозирование, а кифозирование. Заболевание поддается лечению гимнастическими упражнениями и воздействием на сопутствующие локальные очаги ирритации.

Ключевые слова: подвздошно-поясничный спазм.

3 иллюстрации. Библиография: 4 названия.

Подвздошно-поясничная мышца при фиксированном бедре сгибает туловище. Слабость ее обуславливает соответствующую гиперлордотическую позу (например, при миопатии). Фибротическое же укорочение мышцы или ее рефлекторный спазм за счет вертеброгенных или других местных очагов ирритации ведет, наоборот, к поясничному кифозу, а в условиях одностороннего спазма — к сколиозу. Двусторонний спазм мышцы может быть и динамичным (например, при истерической камптокормии, при некоторых формах паркинсонизма), обуславливая прогрессирующий по мере ходьбы наклон туловища вперед [3]. Подобный же спазм, как мы попытаемся показать в настоящем сообщении, происходит иногда и по механизму так называемого координаторного «невроза» ожидания. В течение 1975—1978 гг. мы наблюдали 5 таких больных — 2 мужчин и 3 женщин в возрасте от 43 до 72 лет. Своеобразие и яркость клиники этого варианта дискоординации, особенности течения и необходимость определенного комплекса терапевтических воздействий позволяют выделить данную форму как отдельную нозологическую единицу или как самостоятельный вариант координаторного «невроза».

В., архитектор, 58 лет, жалуется на вынужденный наклон туловища вперед и затруднения при ходьбе, прогрессирующие в течение 2,5 лет. 35 лет назад в момент подъема и броска тяжелого бревна почувствовал резкую боль в пояснице, застыл в позе сгибания туловища. Через 8 лет вновь диагностировали приступ «радикулита»: проснувшись утром, В. не смог разогнуться из-за резких поясничных болей. Лежал 8 дней. С тех пор по утрам в пояснице иногда бывает чувство скованности. Лет 20 назад больной стал чувствовать усталость при продолжительной ходьбе, боли в пятках. Соответствующие ощущения исчезли после того, как он стал пользоваться супинаторами. Уже 15 лет испытывает некоторое неудобство при быстром письме: несколько супинирует кисть. Почерк у него изменился, но он по-прежнему пишет много. Другие движения выполняет хорошо: нормально держит ложку, превосходно рисует. 10 лет назад стал отмечать ноющие боли в мышцах («как будто жилы тянут») после физической работы. 4 года назад у больного был выявлен неспецифический язвенный колит верхнеободочного отдела толстой кишки. В тот период больного «скрючило», появились поясничные боли, возник поясничный кифо-сколиоз. Все эти нарушения исчезли после одной паравerteбральной новокаиновой блокады. Еще через 1,5 года, т. е. за 2,5 года до поступления в клинику, начались боли в левой стопе (их объясняли пяточной шпорой). Вскоре появились ощущения дискомфорта в области поясницы, чувство стягивания в мышцах передней брюшной стенки и в передних отделах бедер, туловище стало клониться вперед и чуть вправо при одновременно происходящем выпячивании живота вперед. Испытываемая при этом усталость в пояснице, нерезкие, но неприятные ноющие боли в левой ее половине, а также в левом тазобедренном суставе и ягодице становились все сильнее. В. стал ходить, опираясь больше на пятки и преодолевая нарастающее напряжение мышц ног. Одновременно с насильственным наклоном туловища вперед, появлялись, особенно при попытке разогнуться, нарушения движений грудной клетки, «спирало» дыхание, кожа туловища и рук покрывалась обильным потом. В положении лежа все движения совершались свободно, но если больной ложился быстро, он испытывал ощущение напряжения брюшной мускулатуры в течение 40—60 с. 1,5 года назад почти не мог свободно ходить из-за наклона туловища и напряжения в ногах. В течение 6 месяцев не работал. В настоящее время работает сидя, но вынужден часто менять положение в связи с ощущением усталости в пояснице.

Данные осмотра: рост выше среднего; плоскостопие, легкая гинекомастия. Прощупывается хондрома величиной со сливу на мечевидном отростке грудины. При обследовании установлены неспецифический сегментарный язвенный колит, нерезко выраженные явления эмфиземы легких и атеросклероза аорты и периферических сосудов, незначительные проявления атеросклеротического диабета (сахар крови — 1,2 г/л).

На рентгенограммах определяется негрубый позвоночный остеопороз. Тела L_{II}, D_{XI}, D_{XII} позвонков слегка уплощены. «Люмбализация» первого крестцового позвонка. Нижнепоясничный сколиоз выпуклостью вправо. Остеохондроз L_{IV-V}. Крестцово-подвздошный и лонный артроз. Нижнепрудной поперечно-реберный артроз.

В положении больного лежа объем движений и сила во всех конечностях нормальные.

Тонус мышц ног чуть снижен. Справа четырехглавая мышца и аддукторы бедра дрябловаты, но при сгибании в тазобедренном суставе контуры всех мышц ноги становятся подчеркнутыми. Слегка повышен левый коленный рефлекс, брюшные ослаб-

лены. Симптом Ласега отрицательный. Отсутствует поясничный лордоз, кифоз по курвиметру — 10 мм; негрубый сколиоз выпуклостью вправо.

В положении больного стоя его клонит вперед, спина делается круглой, ноги полусогнуты в коленных суставах, чуть разведены (рис. 1).

При некотором предварительном приспособлении (отдельные толчковые движения туловища) больной может выпрямиться на 3—4 секунды. На короткое время возникает поясничный гиперлордоз при одновременном «выпячивании» живота. В положении больного на животе кифоз постепенно преодолевается, появляется лордоз за счет нижнепоясничного отдела. В положении сидя и на спине В. совершает ногами любые движения в течение продолжительного времени, не утомляясь. При интенсивном упоре стопами о спинку кровати остается нормальное положение спины, не нарушается ритм дыхания. В бассейне при температуре воды 26°C В. стоит свободно и долго. Походка его напоминает утиную, но «переваливается» он за счет грудного, а не поясничного отдела позвоночника, с трудом как бы отрывая от пола полусогнутые ноги. Иногда ему удается пройти несколько шагов в относительно прямом положении, но еще быстрее, чем при полусогнутом, появляются одышка и пот. Может пройти в выпрямленном положении несколько больше, если опирается на носки или ротирует стопы внутрь. Значительно легче ходит, если поднимает руки вверх с воображаемым хватанием палки или с поднятой палкой, схваченной обеими руками. Все движения руками производит хорошо, за исключением письма. По мере того, как «ведет» строку, особенно при ускорении процесса письма, заметно прогрессируют разгибание и супинация кисти, а локоть отрывается от стола.

При глубокой пальпации определяется болезненность левой подвздошной области. При надавливании на прямую мышцу живота незначительная боль отдает в лобок и лупок.

Электромиографическое (ЭМГ) исследование прямых мышц живота и многочисленных мышц выявило резкую дискоординацию с преобладанием активности в брюшной мускулатуре. В положении больного стоя на ЭМГ многочисленных мышц беспорядочно появляются отдельные выбросы не выше 15—18 мкВ (рис. 2). В последую-

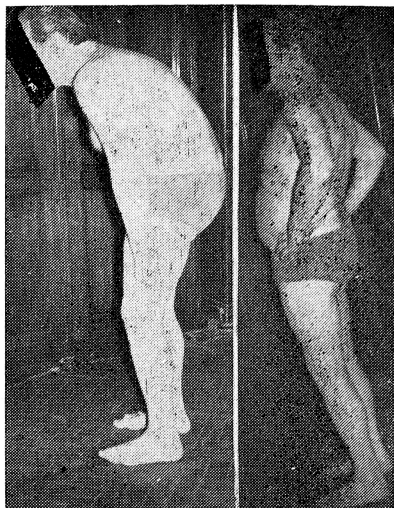


Рис. 1. а — обычная поза больного В. в положении стоя и во время ходьбы; б — тот же больной при попытке преодолеть на время спастический наклон туловища (после толчкообразных движений разгибания).

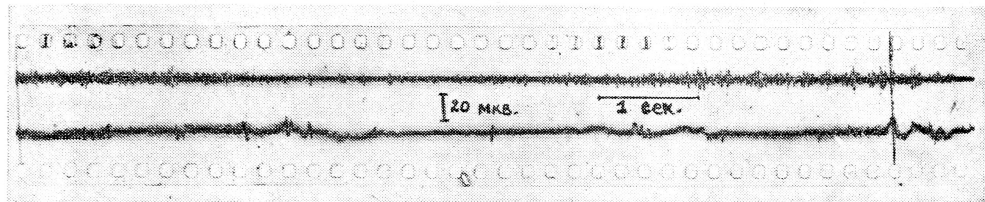


Рис. 2. Запись с помощью накожных электродов электрической активности левой прямой мышцы живота (верхняя кривая) и левой многораздельной мышцы (нижняя кривая) больного В. Положение стоя, «покой».

щем, уже через несколько секунд, с возникновением ощущения дискомфорта, появляются и неритмичные «пачки», повторяющиеся чаще слева. Это преобладание активности в левых поясничных мышцах остается и при опоре на левую ногу. Еще более часто такого же типа активность (наряду с активностью 1 типа по Юсевич) регистрируется в прямой мышце живота, усиливаясь по мере нарастания чувства дискомфорта. Более продолжительные «залпы», как правило, сочетаются с активностью в антагонистах (но с запаздыванием на $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ с) — в многораздельной мышце на своей же стороне. При выпрямлении туловища в многораздельных мышцах появляются лишь отдельные «пачки» с амплитудой до 80 мкВ, тогда как активность прямой мышцы живота становится еще «упорнее», т. е. продолжается на всем протяжении движения, хотя она и неравномерна, а волнообразно возрастает и падает, временами приближаясь к типу нерегулярного крупноамплитудного тремора (см. рис. 3).

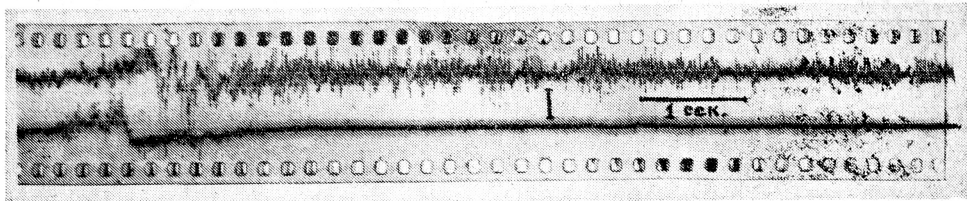


Рис. 3. Запись с помощью накожных электродов электрической активности левой прямой мышцы живота (верхняя кривая) и левой многогребневой мышцы (нижняя кривая) больного В. Момент выпрямления туловища.

Лечение включало ЛФК, массаж, подводное прерывистое горизонтальное вытяжение, транквилизаторы. Заметные признаки улучшения наступили в результате упражнений с мячом. После 1,5-месячного курса лечения В. стал передвигаться активнее, с помощью костылей свободно добирался до остановок такси, ходил по строительным объектам. Без костылей ходил прямо минут пять, стало спокойным дыхание. В последующем В. много и без затруднений ездил на велосипеде, плавал в бассейне. Оставил костыли. В течение четырехлетнего наблюдения улучшение остается устойчивым, В. ходит на работу, держится прямо, пользуется городским транспортом. В отдельные дни отмечает некоторый дискомфорт в пояснице.

Дистонические явления в подвздошно-поясничных мышцах уменьшились и после тракционной терапии. Из периферических источников импульсации укажем также на боли в левой стопе (шпора, плоскостопие), предшествовавшие дебюту заболевания. Так как в положении больного стоя у него оказывается напряженной прямая мышца живота, нельзя пренебречь наличием хондромы вблизи места ее начала и артрозом лонного сочленения — в месте ее прикрепления.

Судя по анамнезу, на разных этапах жизни у больного имелись разрозненные признаки, характерные для миодискоординации. К ним относится, в частности, развитие дистонических явлений в мышцах правой кисти.

Важнейшей чертой описываемого страдания, кроме его курабельности, является то, что сгибатели туловища напрягаются только при необходимости сохранять вертикальное положение больного, а изменение тонуса мышц руки происходит только при одном виде деятельности — при письме. Другие формы деятельности мышц руки, равно как и мышц тазобедренного сустава (например, движение в них в положении больного лежа, включая движения с упором стоп), не вызывают миоспастической реакции. Все эти особенности весьма типичны для координационного «невроза», варианта «невроза ожидания», сущность которого — опасение невозможности выполнить данную функцию [4]. Черты координационного невроза ожидания проявляют себя туловищным гиперкинезом и тем, что тоническое стягивание сгибателей тора сопровождается и субъективным переживанием одышки и потом — реакциями, которых не должно бы быть при гиперкинезе за счет органического поражения головного мозга. ЭМГ-показатели свидетельствуют о нарушении реципрокной иннервации, о «судороге антагонистов». Что касается доли периферических факторов, то их значение как способствующих, провоцирующих и патопластических неоднократно подчеркивалось при координаторных неврозах, «профессиональных судорогах» [1]. Впрочем, дискоординации типа писчего спазма и близких ему по механизму профессиональных судорог не обладают всеми чертами типичного невроза, т. е. заболевания психогенного. Соответствие данному случаю термина «невроз» спорно. Мы вынуждены пока пользоваться им, как общепринятым.

Описанная картина ортостатического подвздошно-поясничного спазма в основных своих проявлениях наблюдалась и у остальных четырех больных. Отсутствовали лишь симптомы писчего спазма (сочетание с писчим спазмом у больного В. представилось интересным для вскрытия сущности болезни, обычно же заболевание протекает, видимо, без данного сочетания).

В обобщенной форме заболевание протекает следующим образом. У больного в возрасте старше 35—40 лет в ортоградном положении появляется насильственный наклон туловища вперед, прогрессирующий по мере ходьбы, особенно ускоренной. Одновременно появляется одышка (с ощущением «подпирания» живота, напряжения брюшной мускулатуры), пот, ощущение дискомфорта в поясничной области и другие неприятные ощущения. Возможны легкие сфинктерные расстройства. Все эти нарушения усиливаются при попытке разогнуться. По мере прогрессирования заболевания произвольное разгибание туловища удается лишь с помощью быстрых толчкообразных движений. Наклоны вперед, если нет выраженных явлений остеохон-

дроза, совершаются беспрепятственно, наклоны назад удаются лучше в положении сидя. Симптом Ласега отрицательный. Нейроортопедическое обследование выявляет картину спазма подвздошно-поясничной мышцы. Обнаруживаются локальные очаги ирритации за счет вертебральных или висцеральных очагов (в наших наблюдениях — со стороны желудка, толстой кишки, печени и желчного пузыря) и миалгические проявления, видимо, эндокринно-токсического генеза. «Созревание» болезни к 4—5-му десятилетию обуславливается констелляцией указанных местных и сегментарных факторов ирритации с эндокринно-токсическими, и протекает оно по типу координаторного «невроза ожидания» при необязательности общеневротических черт характера.

Рекомендуемое название заболевания подчеркивает его родство с писчим спазмом и дает повод для подобного же определения (в целях унификации терминологии) родственных форм, например клавишного, смычкового спазма и пр. Можно полагать, что и некоторые благоприятные, курабельные формы спастической кривошеи — заболевания того же рода, т. е. вариант координаторного «невроза ожидания».

Дальнейшие наблюдения покажут, в какой мере целесообразно выделение описываемой формы как особой, или же ее можно считать лишь своеобразным вариантом торзионной дистонии. Напомним, что и в основе последней лежат не органические, а функциональные нарушения мозга, касающиеся механизмов регуляции двигательных актов и тонуса [2]. В любом случае ортостатический подвздошно-позвоночный спазм по клиническим проявлениям — особый симптомокомплекс, четко отличающийся от других клинических форм, сопровождающихся мышечно-тоническими расстройствами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грацианская Л. И., Гринберг А. В., Элькин М. А. Профессиональные заболевания рук от перенапряжения. Л., Медгиз, 1963.
2. Кандель Э. И., Войтыга С. В. Деформирующая мышечная торсионная дистония. М., Медицина, 1971.
3. Попелянский Я. Ю. В сб.: Научные работы кафедр нервных болезней. Сталинск, 1957.
4. Свядощ А. М. Неврозы и их лечение. М., Медицина, 1971.

Поступила 20 июля 1979 г.

УДК 616.743.1—009.12

ВТОРИЧНЫЕ МЫШЕЧНО-ТОНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ СПАСТИЧЕСКОЙ КРИВОШЕИ

Г. А. Иваничев

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

Реферат. У 21 больного приобретенной спастической кривошеей по клиническим и электрофизиологическим данным выделены синдром нижней косой мышцы головы, синдром передней лестничной мышцы и лопаточно-реберный синдром. На поздних этапах заболевания эти синдромы значительно видоизменяют первичную клиническую картину и в ряде случаев являются ведущими. Основным патогенетическим звеном формирования вторичных синдромов являются локальные миодистрофические сдвиги тонически сокращенных мышц с приобретением свойств периферического субординирующего фактора.

Ключевые слова: кривошея.

1 таблица. Библиография: 6 названий.

Приобретенная спастическая кривошея характеризуется напряжением мышц, осуществляющих поворот и наклон головы. Причины кривошеи многообразны. Отдельные авторы придают особое значение поражению оральных структур ствола мозга [4]. Преимущественная активность грудиноключичнососцевидной мышцы (ГКСМ) вызывает поворот, а действие задней группы мышц шеи (включая и глубокие) обуславливает наклоны головы в стороны. В литературе имеются указания на встречающиеся вторичные изменения мускулатуры шеи при кривошее [1, 2].

Под нашим наблюдением находился 21 больной с приобретенной спастической кривошеей (12 женщин и 9 мужчин в возрасте от 19 до 54 лет). Классификация тяжести и клинических форм проведена по Л. С. Петелину (1971). Больных подвергли нейроортопедическому, электромиографическому, реоэнцефалографическому и реовазографическому обследованию.