

И. Н. Дьяконова, В. П. Филиппова, И. Ш. Низамутдинов, Р. У. Ахмеров, П. И. Саховский (Казань). Распространенность множественного склероза в ТАССР

В 13 городских и районных ВТЭК ТАССР на январь 1978 г. находилось на учете 293 больных множественным склерозом (МС): мужчин — 129, женщин — 164; возраст — от 22 до 85 лет; татар — 118, русских — 162, чувашей — 9, лиц прочих национальностей — 4.

У 184 больных была цереброспинальная форма МС, у 88 — спинальная и у 21 — церебральная. У 7 человек заболевание началось до 15-летнего возраста, у 29 — в 15—20 лет, у 110 — в возрасте от 21 до 30 лет, у 106 — от 31 до 40 лет, у 38 — от 40 до 50 лет и у 3 — после 50 лет. Наиболее раннее начало — в 12 лет, наиболее позднее — в 64 года. У 30,4% больных течение процесса можно определить как медленно прогрессирующее с ремиссиями. У 58,7% больных значительное ограничение трудоспособности наступило через 1—3 года после начала заболевания, у 11% — через 5 лет. Связь заболеваемости МС с профессией установить не удалось, однако следует отметить, что большинство больных занималось физическим трудом и что физическая работа утяжеляет течение заболевания.

Статистические исследования частоты МС в Татарии по данным ВТЭК показали, что инвалидность по МС составляет 8,23 на 100 000 населения. В городах проживает 58% больных, в сельской местности — 42%.

Распределение больных МС в 37 административных районах ТАССР оказалось неравномерным. В трех центральных районах (Чистопольском, Акубаевском, Черемшанском) и трех восточных (Мензелинском, Актанышском, Муслюмовском) инвалидов по МС не выявлено. Наибольшее число больных МС отмечено в промышленных районах (Зеленодольском, Бугульминском, Альметьевском, Тукаевском, Буинском, Агрызском, Лениногорском) с концентрацией их в городах республиканского и районного подчинения, что связано, вероятно, с миграцией населения. Фактору миграции населения при изучении распространенности МС придается большое значение, особое внимание при этом уделяется месту жительства больных до 15-летнего возраста. Учитывая это, мы провели письменный опрос больных о месте их рождения и территориальных перемещениях. Из 293 больных МС 115 (39,3%) родились в сельской местности и постоянно проживают по месту рождения; 97 (33,1%) родились в сельской местности, но затем, чаще всего в возрасте 16—20 лет, переехали в города республиканского и районного значения. Таким образом, только 27,6% больных МС родились в городе, однако у многих из них родители были выходцами из сельской местности, в ряде случаев за пределами Татарии.

Частота МС среди сельского населения с учетом административного деления ТАССР также оказалась неравномерной. Наибольшее число больных МС выявлено в Буинском (11), Бавлинском (9) и Нурлатском (9) районах, наименьшее — в центральных районах республики (0—3). Деревни, где проживают больные МС, чаще всего расположены неподалеку друг от друга; как правило, их национальный состав однороден. Нами выявлен один случай семейного заболевания МС, в 4 деревнях обнаружено по 2—3 больных МС.

Полученные данные о распространенности МС в Татарии представляют основу для выявления причинно-следственных отношений между территориальным распределением заболевания, особенностями географической среды и хозяйства, а также для изучения вопросов этнологии МС, включая и генетические факторы.

УДК 616.711—007.53

Е. М. Бекаревич (Казань). Посегментные составляющие шейного лордоза при дегенеративных поражениях позвоночника

При диагностике неврологических синдромов шейного остеохондроза важным подспорьем является оценка кривизны, в частности лордоза, этого отдела позвоночника. Мы провели исследование шейного лордоза в норме и при дегенеративных поражениях по следующей методике. На боковых рентгенограммах с помощью транспортира измеряли углы, образуемые на середине задних краев III, IV, V, VI шейных позвонков, если к ним провести линии от легко определяемых точек — от заднего нижнего угла тела VII позвонка и середины сагитальной оси атланта.

Боковые рентгенограммы выполняли в положении больного сидя, причем ему предлагали голову держать так, будто он смотрит вдаль, а плечи максимально опустить вниз.

Скископически изучены рентгенограммы шейного отдела позвоночника у 214 человек: у 67 здоровых людей (1-я группа), у 83 больных остеохондрозом (2-я группа), у 21 больного спондилоартрозом (3-я группа) и у 43 человек с сочетанной дегенеративной патологией (4-я группа). В анамнезе у многих обследованных имелось указание на травму черепа: в 1-й группе — у 67%, во 2-й — у 77%, в 3-й — у 71%, в 4-й — у 72%.

У обследованных 1-й группы для IV, V, VI позвонков углы лордоза отличаются

лишь в пределах десятых долей градуса и составляют около 143° ; угол на уровне III позвонка равен 145° . При дегенеративно-дистрофическом процессе отмечается возрастание величины углов: при спондилоартрозе — до 145° , при сочетанной патологии — до 149° , а при остеохондрозе выявлены самые тупые углы — до 151° . Таким образом, при остеохондрозе углы лордоза увеличены на $6-8^\circ$. Выпрямление лордоза происходит неравномерно на различных уровнях, что наиболее четко проявляется в группе лиц с сочетанной дегенеративной патологией: у них наиболее тупые углы ($150,0^\circ$) на уровне С₃, сравнительно с более острыми углами в нижнешейных отделах (148° на уровне VI позвонка).

Как бы ни были велики локальные деформации в области одного, двух или трех шейных сегментов, существенного смещения черепа по отношению к заднешейному углу тела VII позвонка не происходит. Если провести линию, соединяющую середину сагиттальной оси атланта с задненижним углом тела С₇, то угол, образуемый данной линией и сагитталю атланта, составляет в группе больных остеохондрозом $58,13 \pm 7,8^\circ$, что не отличается от его величины в 1-й группе — $58,0 \pm 7,5^\circ$.

УДК 616.721.6+618.1]:616.748.1—073.97

Т. М. Кухнина, Н. А. Шамова (Казань). Электромиография тазовой диафрагмы у женщин в неврологической и гинекологической практике

С целью разработки новых диагностических критериев при патологии нервно-мышечного аппарата области тазового дна использован метод локальной электромиографии (ЭМГ).

Обследовано 35 пациенток с поясничным остеохондрозом и остаточными явлениями воспалительного процесса внутренних половых органов (1-я группа) и 40 больных хроническим сальпингоофоритом и параметритом (2-я группа). Контрольную (3-ю) группу составляли 32 здоровые женщины. Возраст обследованных — от 20 до 51 года, длительность заболевания — от нескольких месяцев до 12—13 лет.

Объектом изучения была лобково-копчиковая мышца — часть мышцы, поднимающей задний проход, которая легко пальпируется на боковых стенках влагалища. Мышечную деятельность изучали в условиях покоя, синергии (вдох, при натуживании), активного сокращения, а также словесной инструкции на расслабление при непрерывной фоторегистрации. Игольчатые электроды вкалывали в симметричные точки через влагалище после предварительной обработки его раствором риванола. В покое при полном расслаблении у здоровых женщин регистрировалась интерференционная активность III типа по Бухталу, отражающая электрическую активность множества асинхронно возбуждающихся мышечных волокон, средняя амплитуда которой составляла $53,5 \pm 0,58 - 171,48 \pm 3,15$ мкВ. При регистрации потенциалов действия обнаружено возрастание их длительности по мере увеличения возраста обследуемых.

Крайним выражением неумения расслабить тазовые мышцы явилась, на наш взгляд, запись биоэлектрической активности у женщины с явлениями вагинизма, у которой в покое и при всех функциональных пробах с обеих сторон регистрировалась активность III типа амплитудой 90—300 мкВ.

У больных 1-й группы выявились черты, характеризующие патологию как периферического нейрона, так и самой мышцы и ее рецепторного аппарата. В четырех мышцах зарегистрирован I тип активности — «потенциалы отдельных двигательных единиц». У 25% больных в покое и при функциональных пробах на ЭМГ отмечены ритмичные залпы активности осцилляций частотой 8,5—9 Гц. Сходство с паркинсоновским тремором заключалось в строгой ритмичности и полном отсутствии гладкой изолинии между залпами. Отличие же от паркинсоновского экстрапирамидного тремора, имеющего, как правило, и меньшую частоту (5—6 Гц), состоит в сохранении структуры ЭМГ-картины при произвольном сокращении, в отсутствии постоянной формы и амплитуды на протяжении записи. Данный феномен требует дальнейшего изучения.

Во 2-й группе больных амплитуда ЭМГ III типа по Бухталу составляла в «покое» $68,98 \pm 0,36 - 241,28 \pm 5,98$ мкВ, что достоверно превышало норму ($P < 0,001$). Залповой активности, как и в контрольной группе, не было выявлено. Четкой зависимости величины амплитуды электромиографической кривой от выраженности болевого синдрома установить не удалось.

Обобщая данные клинического исследования и ЭМГ, можно дать определение изучаемому синдрому тазового дна. Это — гинекологический мышечно-тонический и нейродистрофический синдром, часто встречающийся при поясничном остеохондрозе. Он обусловлен как изменением функционального состояния пояснично-крестцового отдела нервной системы, так и местной мышечной патологией стенок малого таза.

УДК 618.3—06:616.8—009.24—08:546.46.616.8—009.831

М. А. Давыдова, Н. А. Тульчинская, Ш. А. Мухаметзянов, Т. Р. Сюняков (Казань). Гипермагниевая кома как осложнение магниальной терапии эклампсии беременных

Мы наблюдали гипермагниевую кому у 3 больных эклампсией, осложненной острой почечной недостаточностью, которым проводилась магниальная терапия по