

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 заднешейным углом тела С₇, то угол, образуемый данной линией и сагитталью атланта, составляет в группе больных остеохондрозом $58,13 \pm 7,8^\circ$, что не отличается от его величины в I-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 (I-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 I-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