

Напомним, что в эту группу были включены пациенты с расстройствами почечных функций, с ангиопатиями сетчатки, а также с атеросклерозом. Периодическая курсовая терапия ретаболилом приводила к стабилизации патологических сдвигов.

Итак, ретаболил способствует устранению имеющихся у больных диабетом расстройств белкового обмена, уменьшению электролитных сдвигов. Наибольший эффект наблюдался при неосложненном течении диабета (без микроангиопатий и сопутствующих заболеваний). В случаях осложненного диабета для достижения лечебного эффекта требовалось проведение пролонгированных (2—3 мес) курсов терапии ретаболилом; при этом удавалось добиться если не нормализации, то по крайней мере стабилизации патологического процесса, что подтвердилось при динамическом (2—3 года) наблюдении за группой больных диабетом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов В. Г. Тер. арх., 1972, 7. — 2. Генес С. Г. В кн.: Сахарный диабет. М., Медицина, 1963. — 3. Грановская А. М. В кн.: Анаболические стероиды в медицине. М., 1969. — 4. Марголис М. Г. Там же. — 5. Спесивцева В. Г., Френкель В. Х., Мамаева Г. Г., Старосельцева Л. К. Пробл. эндокринолог., 1974, 1. — 6. Чеботарев Д. Ф., Калиновская Е. Г., Коркушко О. В. В кн.: Молекулярные и функциональные основы онтогенеза. М., Медицина, 1970. — 7. Joslin E. The treatment of diabetes mellitus. Philadelphia, 1959. — 8. Marble A. Diabetes, 1967, 16, 12. — 9. Syllaba J. Diabetische Angiopathie. Berlin, 1964.

Поступила 23 февраля 1979 г.

УДК 616.718.19:611.739:618.12—002.2—08

ДИНАМИКА БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОЙ ДИАФРАГМЫ ПРИ ИНТРАВАГИНАЛЬНОЙ ДИМЕКСИДОТЕРАПИИ

Канд. мед. наук Н. А. Шамова, Т. М. Кухнина

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — проф. З. Н. Якубова),
кафедра нервных болезней (зав. — проф. Я. Ю. Попелянский), кафедра акушерства
и гинекологии № 1 (зав. — проф. Л. А. Козлов) Казанского ордена
Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Куршова*

Реферат. Применен метод локальной электромиографии леваторов для контроля за динамикой действия димексидом при интравагинальном способе его использования у 75 больных. Отмечена существенная разница биоэлектрической активности мышц тазовой диафрагмы до и после лечения тампонами с димексидом.

Ключевые слова: нейрогинекология, хронические воспалительные заболевания гениталий, димексид, электромиография.

1 таблица. Библиография: 1 название.

Мы применили метод локальной электромиографии (ЭМГ) m. levator ani для оценки эффективности лечения димексидом при интравагинальном способе его использования.

Проведен анализ 284 электромиограмм, записанных интравагинально у 75 больных, в том числе у 35 нейрогинекологических (1-я группа) и у 40 с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий (2-я группа). Первичную запись ЭМГ производили до лечения интравагинальными тампонами с димексидом. Затем через 10 мин после введения тампона с димексидом (при пенетрации препарата парентерально, указанием на что явилось ощущение вкуса его во рту пациентки) повторяли ЭМГ. В третий раз ЭМГ-исследование проводили после всего курса лечения. Изучали электроактивность «покоя», а также при функциональных пробах — во время вдоха, при натуживании и активном сокращении леваторов. Всем больным после записи фоновой ЭМГ, не удаляя игольчатых электродов из мышцы, вставляли в свод влагалища на стороне патологического очага тампон, смоченный лечебной смесью димексидом и 6% раствора новокаина.

Каждую ЭМГ, помимо качественной характеристики по Бухталу (1957), оценивали и количественно: подсчитывали амплитуду биоэлектрической активности и длительность двигательной единицы (ДЕ) леваторов с обеих сторон.

Фоновая ЭМГ у больных 1-й группы отличалась большей выраженностью показателей сегментарной патологии спинного мозга, чем у больных 2-й группы. Чаще регистрировался I, II—III тип активности, при II—III типе отмечалась тенденция к залпообразности. Через 10 мин после начала действия димексидом множественные потен-

Сравнительная характеристика биоэлектрической активности леваторов до и после лечения тампонами с димексидом ($M \pm m$)

Группы больных	Исследуемые показатели	До лечения	После лечения	P
1-я (n=35)	Биоэлектрическая активность «покоя», мкВ	57,86 \pm 0,36 — 224,28 \pm 2,29	54,67 \pm 0,97 — 194,21 \pm 3,52	>0,05
	Двигательная единица, мс	5,33 \pm 0,11	6,52 \pm 0,1	<0,05
2-я (n=40)	Биоэлектрическая активность «покоя», мкВ	68,98 \pm 0,36 — 241,28 \pm 5,98	44,82 \pm 0,85 — 102,38 \pm 6,3	<0,001
	Двигательная единица, мс	7,78 \pm 0,19	7,36 \pm 1,11	>0,05

циалы фасцикуляций сохранялись. У 4 больных отмечен переход III и II типов активности соответственно во II и I. У 62% больных 1-й группы амплитуда осцилляций снижалась до 54,67 \pm 0,97—194,21 \pm 3,52 мкВ, но снижение было недостоверным по сравнению с исходными данными (57,86 \pm 0,36 — 224 \pm 2,29 мкВ, P > 0,05).

Во 2-й группе на фоновой ЭМГ мы не выявили корреляции между степенью остроты воспалительного процесса в гениталиях и повышением биоэлектрической активности леваторов. Однако ответ на действие тампона с димексидом был отчетливее именно в этой группе. Так, если продолжал регистрироваться III тип ЭМГ, то амплитуда его снижалась по сравнению с исходной с 68,98 \pm 0,36—241,28 \pm 5,98 мкВ до 44,82 \pm 0,85 — 102,38 \pm 6,30 мкВ (P < 0,05). У 3 больных зарегистрирован переход II—III типа в III тип.

Как в 1-й, так и во 2-й группе больных длительность ДЕ через 10 мин после начала действия димексида не изменялась. Количество полифазных потенциалов по сравнению с исходным уменьшалось у лиц 1-й и 2-й групп соответственно до 45,8% и 36,0%.

После окончания курса лечения у больных 1-й группы в «покое» чаще, чем до лечения, регистрировался III тип активности по Бухталу (соответственно 59,7% и 48,5%, P < 0,05). Реже отмечалась тенденция к тремору в покое, но тремор появлялся во время натуживания—при растяжении леваторов. Длительность ДЕ у больных 1-й группы увеличилась в результате лечения с 5,33 \pm 0,11 до 6,52 \pm 0,1 мсек (P < 0,05).

У пациенток 2-й группы после окончания курса лечения III тип активности становился доминирующим—он регистрировался у 85% больных-реконвалесцентов, тогда как II и III тип—лишь у 11%, а II тип—у 4%. При натуживании электроактивность не только не принимала I и I—II тип и не имела тенденции к залпообразности, как это наблюдалось у больных 1-й гр., а наоборот, исчезала или значительно снижалась по амплитуде. Это явление, как было установлено ранее при обследовании лиц контрольной группы, характерно для нормы.

Контрольное вставление тампонов, смоченных физиологическим раствором, не приводило к существенным изменениям биоэлектрической активности тазовой диафрагмы.

В приводимой выше таблице представлены данные биоэлектрической активности леваторов до и после интравагинальной димексидотерапии.

Разница амплитуды биопотенциалов леваторов до и после курса лечения существенна. Это говорит об известном обезболивающем, противовоспалительном и миорелаксирующем воздействии димексида.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о целесообразности включения интравагинальной димексидотерапии в комплекс общепринятого противовоспалительного лечения при заболеваниях женских половых органов, особенно при сочетании их с синдромом тазового дна.

ЛИТЕРАТУРА

Buchtal F. An introduction to electromyography. Copenhagen, 1957.

Поступила 19 февраля 1980 г.