

грозного осложнения, как перфорация матки, необходим тщательный подбор контрацептива по размеру.

Сведения о частоте эктопической беременности при длительном применении ВМС разноречивы: некоторые авторы считают, что число внематочных беременностей возрастает в связи с применением ВМС [7], по мнению других, вероятность эктопической беременности остается прежней [8] или же уменьшается [17]. Согласно результатам наших исследований, частота случаев эктопической беременности зависит больше от количества произведенных аборт и перенесенных хронических воспалительных заболеваний гениталий, чем от применения ВМС.

Исследования показали, что у женщин, длительно применявших внутриматочные контрацептивы, климактерический период протекает с меньшими патологическими отклонениями при условии замены ВМС не позднее чем через 5 лет.

Таким образом, внутриматочная контрацепция, несмотря на некоторое количество осложнений, является наиболее приемлемым современным массовым средством борьбы с абортами. Правильное применение метода с соблюдением всех противопоказаний, тщательный подбор и последующее диспансерное наблюдение женщин способствуют резкому снижению числа осложнений при использовании внутриматочных контрацептивов, сохранению здоровья женщин и профилактике патологического климакса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранова А. И., Ермакова Л. В. В кн.: Научные труды Рязанского медицинского института, т. 58, 1976.— 2. Барышкина Р. С., Якубова З. Н. Акуш. и гин., 1977, 12, 34.— 3. Бобрик Г. Н., Каминская В. Т., Пухальская К. П. В кн.: Тезисы III съезда акушеров-гинекологов БССР. Гродно, 1979.— 4. Харкевич Н. И., Журавлев Ю. В., Никонова Р. И., Михайлова Л. В. Там же.— 5. Berndes H. Contraception, 1979, 19, 4.— 6. Cepalak J., Havranek F. Cs. Gynec., 1967, 34, 32.— 7. Dja M., Notol B. Rev. franc. Gynecol., 1979, 44, 6.— 8. Feichtinger W., Abarumich A., Beck A., Havelec L. Wien. Klin. Wschr., 1980, 92, 14.— 9. Joworska-Karwowska J., Lukasik I. Ginek. pol., 1980, 51, 7.— 10. Lang N., Werner M., Boehm M. «Geburtsh. u. Frauenheilk.», 1976, 36, 1.— 11. Larsson B., Wenbergren M. Contraception, 1977, 15, 2.— 12. Liu D. T., Melville H. A., Measday B., Melcher D. Amer. J. Obstet. Gynec., 1975, 122, 1.— 13. Mall-Häefeli M. Gynäk. Rundsch. (Basel), 1978, 18, 3—4.— 14. Marin J. M., Parrilla J. J. et. al. Rev. Est. Obstet. Gynecol., 1980, 3, 254.— 15. Mitchell R. G., Guillecaud J., Day D. G. J. Clin. Pathol., 1977, 30, 11.— 16. Newton J., Szontagh F., Lebech P., Rowe P. Contraception, 1979, 6, 575.— 17. Ory H. W. Obstet. Gynec., 1981, 57, 2.— 18. Shaw S. T., Macaulay L. K., Hohman W. R. Contraception, 1979, 19, 1.

Поступила 06.06.85.

УДК 616.71—002.27—07

ОБ УСТОЙЧИВОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АСИММЕТРИИ ПРОПРИОЦЕПЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОЯСНИЧНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Л. Л. Протасова

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

В патогенезе позвоночного остеохондроза немаловажная роль принадлежит не только состоянию пассивных элементов позвоночно-двигательного сегмента, его костных, хрящевых и фиброзных образований, но и мышцам, соединяющим два смежных позвонка. Нарушение координации их движений, необходимых синергий и реципрокных иннерваций способствует микротравматизации межпозвонкового диска и развитию остеохондроза [3]. Среди афферентаций, влияющих на быстроту и соразмеренность движений, особое место принадлежит проприоцепции. Ранее ее нарушение при остеохондрозе рассматривалось лишь как одно из проявлений корешкового синдрома или другого очагового поражения [1, 4].

Нами была исследована глубокая чувствительность у 89 больных с различными синдромами поясничного остеохондроза, в том числе и не корешковыми, в возрас-

те от 20 до 56 лет и у 26 здоровых лиц 23—50 лет. Для количественной оценки глубокой чувствительности мы использовали методику исследования времени простой двигательной реакции (ВР) на пассивное движение пальца руки, предложенную А. И. Яковлевым [6]. Оценку нарушений глубокой чувствительности проводили путем сравнения времени простой двигательной реакции на раздражение правой и левой руки, а затем определяли разницу в миллисекундах. У здоровых людей средние значения времени двигательной реакции колебались от $128,3 \pm 4,2$ мс до $204,1 \pm 4,3$ мс; при этом время реакции правой и левой руки было практически одинаковым как в целом по группе здоровых лиц ($171,1 \pm 4,3$ и $164,4 \pm 4,3$ соответственно), так и у каждого из них в отдельности ($\Delta ВР \leq 7,8$ мс, $P > 0,05$).

У больных время реакции варьировало от $119,0 \pm 8,9$ до $251,0 \pm 7,9$ мс. В зависимости от результатов сравнения времени двигательной реакции на раздражение правой и левой руки все больные были разделены на две группы. 1-ю составили 73 человека, не имеющие достоверной разницы между этими показателями ($\Delta ВР \leq 19,9$ мс, $P > 0,05$). У 16 больных, вошедших во 2-ю группу, были отклонения от нормальных соотношений времени двигательной реакции ($\Delta ВР$ — от 24 до 45 мс).

Среди больных 1-й группы были лица как с редкими умеренными преходящими поясничными болями, появлявшимися лишь после длительных физических нагрузок или переохлаждений, так и с тяжело протекающими рефлекторными и компрессионными синдромами, требующими стационарного лечения. У больных 2-й группы было тяжелое хроническое течение остеохондроза при длительной утрате трудоспособности (свыше 2 мес).

Вертеброневрологическое обследование больных 1-й группы выявило различные клинические синдромы поясничного остеохондроза без характерной частоты появления какого-либо из них. Среди больных 2-й группы констатированы преимущественно корешковые компрессии (у 14 из 16). У 2 из них была диагностирована люмбоишиалгия с выраженными нейродистрофическими и мышечнотоническими проявлениями.

Для решения вопроса о стабильности соотношения между временем реакции на раздражение правой и левой руки у 16 больных 1-й и у 12 из 2-й группы исследовали эти показатели в различные сроки: на этапе прогрессирования заболевания, в момент стационарного лечения и в стадии регрессирования. 12 больных 2-й группы были обследованы также и в стадии ремиссии. У больных 1-й группы при повторных измерениях ($\Delta ВР \leq 19,3$ мс) так же, как и при первичном обследовании ($\Delta ВР \leq 19,9$ мс), разницы между временем реакции правой и левой руки отсутствовала ($P > 0,1$). Существенных колебаний между этими показателями не выявлялось также и у больных 2-й группы. На этапе же регрессирования асимметрия сохранялась у 9 из 12 обследованных: у 3 больных она осталась прежней, у 5 несколько уменьшилась, а у одного возросла. У 3 человек асимметрия показателей исчезла и в периоде ремиссии также не была обнаружена.

Как следует из приведенных данных, показатели асимметрии колебались в зависимости от стадии заболевания у лиц с тяжело протекающим остеохондрозом, однако у одних они были достоверно значимыми, у других исчезали. Устойчивость данных показателей определяется, вероятно, с одной стороны, интенсивностью болевого синдрома, с другой — индивидуальными особенностями организации глубокого чувства. Каковы же клинические особенности лиц с устойчивой асимметрией проприоцепции по сравнению с больными, у которых она выявляется лишь во время болевого синдрома, а также с теми, у кого не имеется асимметрии мышечно-суставного чувства (1-я группа)?

Остеохондроз позвоночника опасен для лиц от 10 до 60 лет; 67% из них заболевают до 40 лет [2, 5а].

Для больных 2-й группы характерно раннее проявление заболевания, особенно для тех, у которых показатели асимметрии мышечно-суставного чувства сохранялись устойчивыми в различные периоды заболевания. Темп разветвления первого обострения, как и последующих, был весьма разнообразным у больных как 1-й, так и 2-й групп. Тем не менее преобладала склонность к острому (стремительному) развитию болевого синдрома: во 2-й группе — у 81% больных, в 1-й — у 69%. Отмечены некоторые особенности провоцирующих факторов обострения у лиц с асимметрией мышечно-суставного чувства. Так, провоцирующая роль подъема тяжести у больных 2-й группы была выявлена несколько чаще, чем в 1-й (у 47,2% и 59,3% соответственно). Этот экзогенный, по существу, макротравматизирующий фактор, естественно, поражает больной диск. Макро- и микротравматизация диска и плохая его защита более свойственны, вероятно, больным с асимметричными показателями

мышечно-суставного чувства. Провоцирующими факторами обострения являются различные перегрузки проприоцептивной системы. Так, наклоны, повороты туловища и, в особенности, резкие, неловкие движения отмечены в 1-й группе у 15,7% больных, во 2-й — у 31,6% ($P < 0,05$). Другие же провоцирующие моменты, например охлаждение, были выявлены в 1-й группе у 24,2% лиц, во 2-й — лишь у 9,2% ($P < 0,05$). Течение заболевания у больных 1-й группы было весьма различным. В одних случаях отмечались однократные обострения с длительными ремиссиями, в других — частые рецидивы с переходом в хроническую форму. Во 2-й группе наблюдалась большая однородность течения. У больных как с устойчивыми, так и неустойчивыми показателями асимметрии течение было хроническим с продолжительностью обострений от 2 до 6 мес. Во время относительных ремиссий больные испытывали чувство дискомфорта или легкие боли в пояснице.

В настоящее время не вызывает сомнения роль наследственной отягощенности при остеохондрозе [5 а, б]. У обследованных нами больных, по данным анамнеза о родственниках первой степени родства, частота случаев семейной отягощенности возрастала с увеличением тяжести поясничного остеохондроза. В частности, среди больных 2-й группы отягощенность по поясничному остеохондрозу была отмечена у 83,3% лиц с устойчивыми показателями асимметрии и у 50% лиц с меняющимися. В 1-й группе семейная отягощенность выявлена у 47,5% больных ($P < 0,05$).

Таким образом, у больных поясничным остеохондрозом в острой стадии заболевания были получены асимметричные показатели проприоцептивной чувствительности в 17% случаев. С течением заболевания величина асимметрии менялась в сторону уменьшения. В целом у лиц с устойчивой проприоцептивной асимметрией наблюдались тяжелые формы поясничного остеохондроза, раннее начало заболевания и хроническое течение. Обострения у этих больных часто провоцировались перегрузкой системы проприоцепции — неловким или резким движением. У большинства из них была выявлена наследственная отягощенность заболевания.

Полученные данные свидетельствуют о роли врожденных и приобретенных особенностей нервной системы, в частности индивидуальных особенностей проприоцепции в развитии остеохондроза и его синдромов, что следует учитывать при профотборе, профилактике, диагностике и лечении больных остеохондрозом.

Больным, взятым на диспансерный учет, в случае хронического течения заболевания, имеющего тенденцию к сокращению ремиссий, необходимо проводить исследование проприоцепции и по показаниям включать в комплекс профилактических мероприятий специальную лечебную физкультуру.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бротман М. К. В кн.: Проблемы нейрохирургии. Киев, 1964.
2. Дривотинов Б. В. В кн.: Актуальные вопросы невропатологии и нейрохирургии. Минск. Наука и техника, 1976.
3. Попелянский Я. Ю. Вертеброгенные заболевания нервной системы. Йошкар-Ола, 1983, т. 2.
4. Фарбер М. А. Журн. невропатол. и психиатр., 1972, 12, 1814.
5. Шмидт И. Р. а) В кн.: Вопросы медицинской генетики. Новосибирск, 1975; б) В кн.: Медицинская генетика и наследственные болезни человека. Труды 2-го Московского мед. ин-та. М., 1976, т. 24.
6. Яковлев А. И. Время реакции на пассивное движение (методика и применение в клинике). Автореф. канд. дисс., М., 1976.

Поступила 14.05.85.

УДК 616.89—008.441.13

ДИНАМИКА АНОЗОГНОЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ ПОСЛЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

И. А. Классен, М. А. Шамова

Кафедра психиатрии (зав.—проф. Д. Г. Еникеев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, Республиканский наркологический диспансер (главрач — Л. Д. Никольская) МЗ ТАССР

Алкогольная анозогнозия — это стойкое убеждение больного в отсутствии у себя заболевания — хронического алкоголизма. Механизмы алкогольной анозогнозии обусловлены подсознательной переработкой больным, с одной стороны, представлений об алкоголизме вообще и с другой — впечатлений о самом себе. Возникшее в про-