

мость как жевательных мышц, так и мышц шеи и уменьшается сила активных движений. Данные изменения, по всей видимости, ведут к нарушению биомеханики позвоночника (в первую очередь, шейного отдела) и к появлению вторичных триггерных пунктов в мышцах шеи с развитием вертебрального синдрома у больных с болевой дисфункцией ВНС. Кроме того, данное заболевание часто сопровождается вегетативной дисфункцией с явным преобладанием симпатикотонии и наблюдается у лиц с сильным типом нервной системы. Лечение больных миофасциальным синдромом дисфункции ВНС должно быть комплексным. Кроме традиционного лечения (стомато-ортопедические мероприятия, лечение антидепрессантами, новокаинизация триггерных пунктов), необходимы специальные комплексы лечебной физкультуры для коррекции двигательного стереотипа и назначение вегетотропных препаратов.

УДК 616.748.54—07

Л. А. Кадырова, А. А. Терещенко, В. Г. Марченко (Харьков). Морфофункциональные особенности камбаловидной мышцы

В клинических проявлениях ишиокруральных синдромов существенная роль принадлежит трехглавой мышце голени, особенно камбаловидной. Какие морфофункциональные особенности камбаловидной мышцы могут находить отражение в клинике ишиокруральных синдромов? С целью выявления этих особенностей нами предпринято макромикроскопическое исследование 57 анатомических препаратов.

Камбаловидная мышца (КМ) имеет плоскую форму и сложное строение из мышечно-апоневротических структурных единиц. Три апоневротических пласта КМ — это задний, расположенный на поверхности мышцы, внутриорганный фронтальный и внутриорганный сагиттальный. Они делят ее на четыре мышечно-апоневротические структурные единицы (СЕ): I — переднемедиальную, II — переднелатеральную, III — заднемедиальную, IV — заднелатеральную (рис. 1А, 2Е). Подтверждением этому являются индивидуальная иннервация и кровоснабжение отдельных струк-

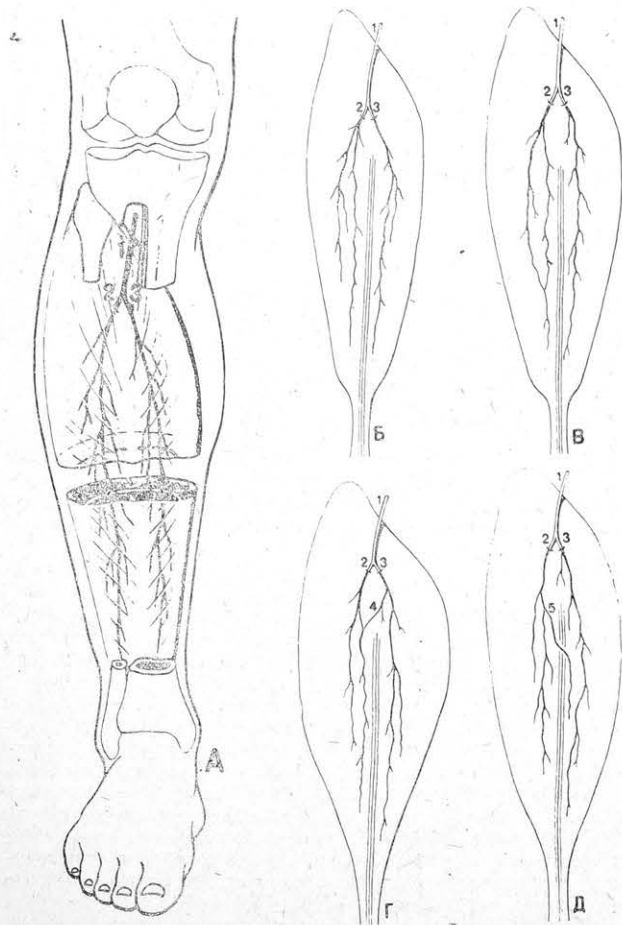


Рис. 1. Схема строения камбаловидной мышцы. Объяснения в тексте.

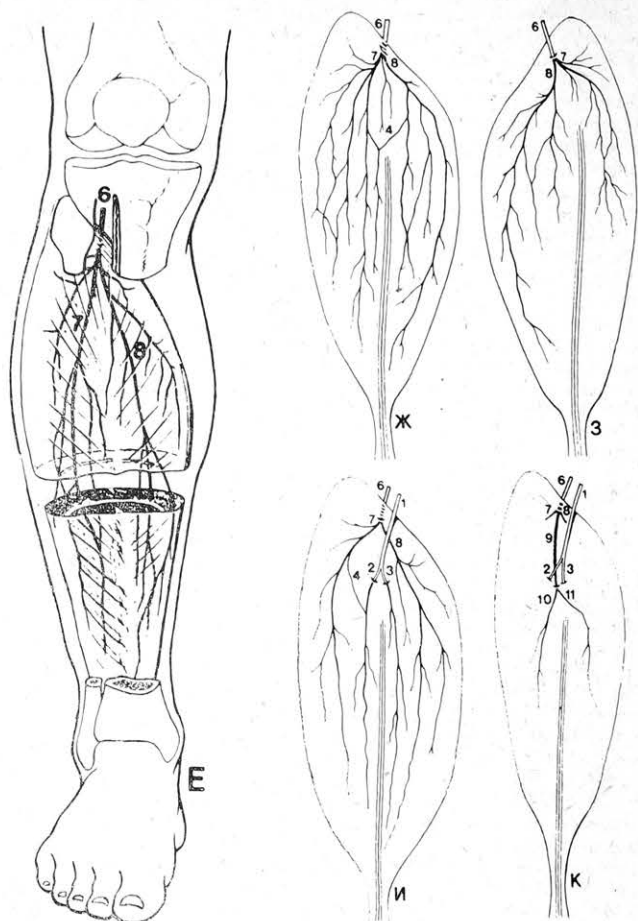


Рис. 2. Схема иннервации камбаловидной мышцы. Объяснения в тексте.

тур, а следовательно, и разделение функций, подобно функции дельтовидной или большой грудной мышцы.

На изученных препаратах КМ иннервируется большеберцовым нервом, от которого получает две ветви: проксимальную и дистальную. Дистальная ветвь (рис. 1, 2₁), названная нами нервом, отходит от большеберцового нерва на уровне головки малоберцовой кости часто не самостоятельно, а в составе общего стволика к подколенной или задней большеберцовой мышце. Длина его внесмышечной части составляет 3—5 см. До внедрения в мышцу нерв делится на две ветви — медиальную и латеральную (рис. 1₂, 3). Мышечные «ворота» довольно постоянны и находятся в центральной части верхней трети мышечного брюшка со стороны передней его поверхности. Медиальная ветвь дистального нерва распределяется в I СЕ, латеральная — во II. Направление основных нервных стволиков совпадает с направлением мышечных волокон. Форма ветвления интраорганных нервов смешанная. Внутримышечные нервные связи между ветвями первого — третьего порядка не наблюдались. Проксимальная ветвь (рис. 2₆) отходит от большеберцового нерва на уровне мышелков бедренной кости чаще не изолированно, а в составе нерва к латеральной головке икроножной мышцы. Длина ее внесмышечной части составляет 4—7 см. Нерв внедряется в мышечное брюшко со стороны задней его поверхности на 1—1,5 см ниже латеральной трети верхнего края. Мышечные «ворота» относительно постоянны. Войдя в мышцу, нерв сразу делится на две ветви — медиальную (рис. 2₈) и латеральную (рис. 2₇). Первая распределяется в III СЕ, вторая — в IV. В указанных СЕ мышечная сеть богаче, чем в I и II, что объясняется их значительной мышечной массой. Форма ветвления интраорганных нервов рассыпная. Имеются внутримышечные нервные связи. Направление основных нервных стволиков не совпадает с направлением мышечных волокон.

Таким образом, при макромикроскопическом изучении КМ выявлены следующие особенности: 1) различия во вне- и внутриорганном распределении нервов; 2) наличие связей с нервами икроножной мышцы; 3) послойное распределение внутримышечных нервов; 4) наличие дополни-

тельных стволиков между СЕ; 5) уникальность соединительнотканного каркаса, его топографическая близость к нервным и сосудистым структурам.

Все изложенное выше позволяет по-новому подойти к оценке патогенетических механизмов синдромов КМ, к быстро наступающим изменениям в брадитрофных тканях, в первую очередь, в местах прикрепления к костным выступам. Источником патологической импульсации может стать сама мышца. Спастически сокращенная мышца (при ослабленной защитной функции фасции) может способствовать:

а) компрессии нервов (особенно дополнительных); б) компрессии сосудов; в) нарушению функционального мышечного ансамбля как в системе трехглавой мышцы голени (фазической-икроножной, тетанической-камбаловидной), так и во всем опорно-двигательном аппарате. Особенности соединительнотканного каркаса КМ, вариabельность иннервации с богатством ее приопроецепции, тесная связь мышцы с апоневротическими пластинами позволяют объяснить наблюдаемые клиницистами проявления ишиокрыральных синдромов.

Лекции

УДК 616.31:616.8—009.62 /

БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ И ПАРЕСТЕЗИИ ПОЛОСТИ РТА

В. Е. Гречко

Кафедра нервных болезней (зав.— проф. В. Е. Гречко) Московского медицинского стоматологического института

Среди обращающихся за помощью к врачам-стоматологам особую группу составляют больные, которые жалуются на боли и неприятные ощущения в языке, реже в области неба, внутренних поверхностей щек или в других отделах ротовой полости. Это заболевание вначале было обозначено как глоссодиния, а затем как глоссалгия [2]. Позже в клинической практике начинают пользоваться термином «стомалгия», так как оказалось, что боли и парестезии локализуются не только в языке, но и в других отделах полости рта.

Клинически заболевание проявляется чувством тяжести или дискомфорта в языке, ощущением его разбухания. Подобные ощущения часто локализуются в кончике языка или боковых его отделах, а в тяжелых случаях распространяются на большую часть языка. Интенсивность болезненных ощущений варьирует в широких пределах не только у разных больных, но и у одного и того же больного, то затихая, то обостряясь обычно после приема острой пищи, но нередко и без видимой причины. Некоторые больные отмечают усиление болезненности к вечеру. Даже слабые, но беспрестанные эти ощущения очень угнетают больных, лишают порой работоспособности и покоя, тем более что некоторые из них страдают канцерофобией. Разглядывая свой язык в зеркале и отыскивая причину болезненных ощущений, больные часто принимают за патологические разрастания нормальные фолликулы у корня языка, ставят себе различные диагнозы, в первую очередь «рак». Почти все из них жалуются на более или менее выраженную сухость во рту. Особого внимания заслуживает то обстоятельство, что почти у всех больных болезненные и неприятные ощущения во время приема острой пищи полностью пропадают.

При внимательном рассмотрении языка обнаруживаются те или иные изменения: то в виде более или менее выраженной отечности языка, о чем можно судить по отпечаткам зубов на его периферии, то в виде атрофии или, наоборот, гипертрофии нитевидных сосочков. Отмечается также гипертрофия лимфатических фолликулов. В отдельных случаях пальпация языка несколько болезненна. Вкусовая чувствительность немного снижена.

Систематическое увлажнение слизистой оболочки полости рта и языка происходит за счет

мелких слюнных и слизистых желез. Нарушением их функции в известной степени и обусловлено ощущение сухости во рту. Слюна становится вязкой, тягучей, пенистой. У некоторых больных определяются мелкие трещины на языке, иногда небольшие участки десквамации.

Болезнь возникает иногда сразу, иногда исподволь: появляются кратковременные болезненные ощущения, которые довольно быстро проходят, но потом вновь возникают. Постепенно эти ощущения повторяются все чаще, делаются все интенсивнее. В некоторых случаях они держатся в течение нескольких часов или дней, в других — месяцы и годы, после этого исчезают или навсегда, или на какое-то время, а затем вновь рецидивируют.

Глоссалгия встречается у лиц пожилого возраста, после 40 лет, в основном в периоде от 50 до 60 лет, но возможна и у молодых людей в возрасте от 20 до 25 лет и моложе. Чаще болеют женщины (соотношение 1:16).

Следовательно, глоссалгия (стомалгия) — это классическая симпаталгия с характерными вегетативными расстройствами в виде жгучих болей и жжения, парестезии и даже нарушениями трофики. Обычно выраженность этих расстройств варьирует в широких пределах. Чаще наблюдаются расстройства чувствительности; дистрофические явления обычно выражены не резко.

Исследования, проводимые различными учеными [3], показали, что при стомалгии (глоссалгии) имеется патология гипоталамуса. Более чем у 60% больных с данной патологией авторы выявили повышение экскреции с мочой диоксифенилаланина (ДОФА) и ванилинминдальной кислоты (ВМК) с одновременным нарушением обмена адреналина (А) и норадреналина (НА), у 76% — снижение спонтанной эстеразной активности (СЭА) и прекалликреина (ПК), у 84% — уменьшение содержания калия в слюне, у 78% — повышение содержания холестерина, у 63% — липопротеидов.

У 90% больных, по данным реографии, обнаружены изменения тонуса сосудов в бассейне сонных артерий по гипертоническому типу, снижение показателей термометрии в полости рта (более чем у 83%), спастический или спастико-атонический тип капиллярной гемодинамики в языке (у 90%), снижение вкусовой и дискрими-