

15—25 в мес. Из других заболеваний Б. отмечает ангины, фурункулез, увеличивающийся при повышении доз барбитуратов, близорукость на правый глаз, умеренное снижение слуха на правое ухо. В пубертатном возрасте отмечалось заикание. Тогда же пришлось оставить занятия музыкой, так как «нарушалась беглость пальцев». В школе и институте Б. учился хорошо. Его мать, дядя и тетя по материнской линии страдают хроническими заболеваниями пищеварительного тракта. Нервно-психических стигматов в родословной нет.

Больной пикник, умеренно повышенной упитанности. Кожа несколько огрубевшая, жирная, с псориазическими бляшками. Язык обложен, сухой. Живот слегка вздут, безболезнен. Слабость конвергенции справа. Непостоянный мелкокоразмашистый нистагм в обе стороны. Легкое оживление рефлексов с двух сторон без патологических знаков. Легкая болезненность правой позвоночной артерии. Пульс — 76, при пробе Ашнера урежается на 3 удара, при соляной пробе учащается на 6 ударов. Нарушений психики у пациента нет, интеллектуально он полностью сохранен. Картина глазного дна и показатели спинномозговой жидкости в норме. На ЭЭГ: альфа-ритм 10,5—12 колебаний в 1 с, регулярный, неравномерный по амплитуде (максимально 50 мкВ). Быстрые колебания выражены незначительно. По всем отведениям — группы медленных волн с частотой 2,5—3 колебания в 1 с и амплитудой до 50 мкВ, возникают через каждые 5—7 с. Единичные пики с амплитудой 75—100 мкВ во всех отведениях.

Экстензия кисти и пальцев руки вызывала исчезновение спайков и медленных волн, сменявшееся кратким периодом их активации. Это было подтверждено многократно.

В процессе записи ЭЭГ проводили пальпацию различных зон тела. Когда очередь дошла до прощупывания живота, выяснилось, что пальпация илеоцекальной зоны и части восходящего отдела толстого кишечника регулярно вызывает отчетливые вспышки эпилептиформной активности на ЭЭГ. Пальпацию илеоцекального угла с параллельной записью ЭЭГ повторяли неоднократно с тем же результатом. Последующее терапевтическое обследование выявило у Б. латентно протекавший илеит. Лечение заболевания кишечника (большие дозы пиридоксина, рибофлавина, никотиновой кислоты, диета, орошения и др.) привело к тому, что и частота эпилептических приступов с 15—25 снизилась до 1—2 в мес. Сохранившиеся приступы стали протекать без полной утраты сознания.

Резюмируя изложенное, можно заключить, что оба предложенных теста дополняют друг друга. Первый позволяет выделить среди больных эпилепсией группу, в которой поиск рефлекторных механизмов приступов является наиболее перспективным. Второй представляет собой дальнейшее развитие и конкретизацию поиска этих механизмов с выявлением рефлексогенных зон у каждого больного.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмеров Н. У. а) В кн.: Синдромы позвоночного остеохондроза. Казань, 1978; б) О рефлекторных приемах купирования судорожных разрядов в условиях эксперимента. Деп. в ВИНТИ. Декабрь, 1978, № 3696-78. Деп., 9 маш. л.
2. Дмитриев И. А. а) В кн.: Материалы XXIII научн. сессии Волгоградского мед. ин-та. Волгоград, 1965; б) В кн.: Материалы респ. межвузовской научн. конф. по физиологии моторно-висцеральной регуляции, мышечной деятельности и физическому воспитанию. Калинин, 1969, т. 2. — 3. Моисеева Н. И. В кн.: Иглоукалывание в лечебной практике. Л., Медицина, 1961.

Поступила 19 февраля 1980 г.

УДК 616.8—009.836.14—085.814.1

## АКУПУНКТУРНАЯ ТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ИНСОМНИИ

И. Ш. Ахтямов

Кафедра рефлексотерапии (зав. — доц. Д. М. Табеева) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

**Реферат.** Клинические данные и результаты электрофизиологического обследования 50 больных с нарушением сна, леченных различными методами акупунктурной терапии, свидетельствуют о высокой ее эффективности и о направленном воздействии на неспецифические (синхронизирующие и десинхронизирующие) и эмоционально-мотивационные системы лимбико-ретикулярного комплекса.

Ключевые слова: акупунктура, инсомния, структура, динамика, фазы сна. 2 таблицы. Библиография: 7 названий.

Среди пациентов, обращающихся за повседневной медицинской помощью по поводу бессонницы (инсомнии), больные с невротами составляют основной контингент.

Инсомнии характеризуются субъективной неудовлетворенностью ночным сном, которая обусловлена объективно имеющимися расстройствами ночного сна или его неадекватной эмоциональной окраской [5]. В последнее десятилетие электрополиграфическими исследованиями доказано, что снотворные препараты и транквилизаторы в той или иной степени деформируют структуру ночного сна [2, 3], а к ряду из них развивается привыкание с последующим снижением их лечебного действия. В связи с этим возрастает актуальность коррекции расстройств сна не лекарственными методами воздействия, среди которых важное место занимает акупунктура. При акупунктурном воздействии происходит выделение эндогенных морфиноподобных пептидов (энкефалинов, эндорфинов), что указывает на нейрогуморальный механизм иглорефлексотерапии [7].

Нами проводилось изучение влияния акупунктуры на организацию ночного сна. Воздействию акупунктурой подвергнуто 50 человек (30 женщин и 20 мужчин), страдавших психогенным нарушением сна по типу агрипнического синдрома (инсомнии). Средний возраст больных — 41 год. Жалобы больных были полиморфны: затрудненное засыпание, частое пробуждение и длительные периоды бодрствования в течение ночи. Кроме того, больные предъявляли отдельные жалобы ипохондрического характера, в основном на неприятные ощущения в области сердца и головные боли. Для большинства больных было типично сочетание симптомов астении (повышенная утомляемость, снижение работоспособности) и тревожности, которая по интенсивности колебалась от чувства внутреннего напряжения до тревожно-боязливого возбуждения. Давность нарушений сна составляла в среднем 5 лет. Все больные ранее принимали снотворные препараты (регулярно или периодически).

Больные были разделены на 3 группы в зависимости от вида применяемой акупунктурной терапии. Больных 1-й группы лечили методом корпоральной, 2-й — аурикулярной и 3-й — сочетанной акупунктуры. Иначе говоря, акупунктурный рецепт (сочетание точек акупунктуры) 1-й группы составлялся из точек, расположенных на теле, 2-й группы — из точек, локализованных на ушной раковине, а 3-й — из сочетания тех и других.

До лечения и после каждого курса проводили комплексное обследование больных: клиничко-неврологическое, электроэнцефалографическое, реоэнцефалографическое. Личностные особенности и актуальное психическое состояние изучали путем экспериментально-психологического исследования с использованием методики исследования личности (МИЛ) [1]. Электрополиграфическое обследование больных с одновременной регистрацией ЭЭГ, ЭОГ, ЭМГ, ЭКГ, а в части случаев и КТР, проводили на протяжении всего сна в течение нескольких ночей. Первая ночь была адаптационной, во вторую ночь проводили фоновую регистрацию ночного сна. Структуру сна анализировали в соответствии с международной классификацией [6].

Под влиянием акупунктурной терапии отмечается выраженное субъективное и объективное улучшение ночного сна. У большинства больных с невротической инсомнией уже в первые дни лечения констатируется уменьшение жалоб на сон, которые на 5—6-й день лечения прекращаются почти совсем, и наряду с этим появляется чувство удовлетворенности длительностью и глубиной ночного сна. Нормализация субъективных параметров сна сопровождалась редукцией жалоб невротического характера.

Динамика психопатологической симптоматики в процессе лечения демонстрирует позитивное влияние акупунктурной терапии на психоэмоциональную сферу больных: происходит ослабление эмоционального напряжения и снижение тревожных тенденций. Это влияние наиболее выражено, т. е. проявляется сразу после 1 курса иглорефлексотерапии (ИРТ), при лечении методами аурикулярной и корпоральной акупунктуры.

Исследования структуры ночного сна до лечения во всех трех группах показали отчетливую его дезорганизацию, выражавшуюся в значительном и достоверном уменьшении длительности сна, увеличении времени бодрствования среди ночи, числа пробуждений, латентного периода засыпания, в нарушении цикличности сна (табл. 1). Кроме того, отмечалось выраженное и достоверное снижение представленности дельта-сна и фазы быстрого сна. Эти результаты свидетельствовали об изменении взаимоотношений между синхронизирующими (соногенными) и десинхронизирующими (активирующими) системами с преобладанием функции активирующей системы, что соответствует данным других исследователей [2—4]. Коррелирует с этими данными также выявленная у наших больных связь между повышением уровня тревоги (по тесту МИЛ) и усилением функционирования активирующих аппаратов мозга, определенная методом полиграфических записей.

Субъективная нормализация сна и редукция невротических жалоб сопровождала-

Таблица 1

## Сравнительный анализ исходных (фоновых) данных

| Структура ночного сна                        | Здоровые<br>(норма) | Больные |         |         |
|----------------------------------------------|---------------------|---------|---------|---------|
|                                              |                     | 1-я гр. | 2- гр.  | 3-я гр. |
| Продолжительность сна, мин . . . . .         | 426,0               | 200,0   | 246,0   | 213,0   |
| <i>P</i>                                     |                     | < 0,001 | < 0,001 | < 0,001 |
| I, мин . . . . .                             | 43,5                | 30,8    | 39,4    | 47,5    |
| <i>P</i>                                     |                     | < 0,001 | < 0,001 | < 0,001 |
| II, мин . . . . .                            | 221,0               | 112,8   | 152,7   | 122,1   |
| <i>P</i>                                     |                     | < 0,001 | < 0,01  | < 0,001 |
| III+IV (дельта-сон), мин . . . . .           | 66,5                | 23,0    | 18,8    | 14,4    |
| <i>P</i>                                     |                     | < 0,001 | < 0,001 | < 0,001 |
| Фаза быстрого сна, мин . . . . .             | 94,1                | 33,2    | 35,1    | 28,9    |
| <i>P</i>                                     |                     | < 0,001 | < 0,001 | < 0,001 |
| Время засыпания, мин . . . . .               | 6,0                 | 47,0    | 37,9    | 50,6    |
| <i>P</i>                                     |                     | < 0,001 | < 0,001 | < 0,001 |
| Время бодрствования ночью, мин.              | 18,7                | 108,1   | 89,4    | 115,2   |
| <i>P</i>                                     |                     | < 0,001 | < 0,001 | < 0,001 |
| Количество пробуждений (на условный час сна) | 1,1                 | 4,6     | 5,8     | 7,8     |
| <i>P</i>                                     |                     | < 0,001 | < 0,001 | < 0,001 |
| законченных циклов                           | 5,0                 | 2,0     | 2,0     | 1,8     |
| <i>P</i>                                     |                     | < 0,001 | < 0,001 | < 0,001 |
| Активационный индекс движений, %             | 48,5                | 65,6    | 78,9    | 87,3    |
| <i>P</i>                                     |                     | < 0,001 | < 0,001 | < 0,001 |

*P* — статистическая достоверность по сравнению с нормой.

Таблица 2

## Динамика показателей структуры сна под влиянием акупунктурной терапии

| Структура ночного сна                                  | Результаты лечения после 2-го курса ИРТ |         |         | Статистические различия между результатами трех групп |                                     |                                     |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------|---------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
|                                                        | 1-я гр.                                 | 2-я гр. | 3-я гр. | 1 и 2-й,<br><i>P</i> <sub>1-2</sub>                   | 1 и 3-й,<br><i>P</i> <sub>1-3</sub> | 2 и 3-й,<br><i>P</i> <sub>2-3</sub> |
| Продолжительность сна, мин . . . . .                   | 379,5                                   | 372,6   | 379,0   |                                                       |                                     |                                     |
| <i>P</i>                                               | < 0,001                                 | < 0,001 | < 0,001 | —                                                     | —                                   | —                                   |
| I, мин . . . . .                                       | 30,0                                    | 36,8    | 30,4    |                                                       |                                     |                                     |
| <i>P</i>                                               | < 0,001                                 | —       | —       | —                                                     | —                                   | —                                   |
| II, мин . . . . .                                      | 182,2                                   | 231,0   | 239,6   |                                                       |                                     |                                     |
| <i>P</i>                                               | < 0,001                                 | < 0,001 | < 0,001 | < 0,05                                                | < 0,001                             | —                                   |
| III+IV (дельта-сон), мин . . . . .                     | 90,1                                    | 20,4    | 34,7    |                                                       |                                     |                                     |
| <i>P</i>                                               | < 0,001                                 | < 0,05  | < 0,001 | < 0,001                                               | < 0,001                             | < 0,01                              |
| Фаза быстрого сна, мин . . . . .                       | 77,2                                    | 84,4    | 72,7    |                                                       |                                     |                                     |
| <i>P</i>                                               | < 0,001                                 | < 0,001 | < 0,001 | < 0,05                                                | —                                   | —                                   |
| Время засыпания, мин . . . . .                         | 12,9                                    | 4,0     | 3,1     |                                                       |                                     |                                     |
| <i>P</i>                                               | < 0,001                                 | < 0,001 | < 0,001 | < 0,005                                               | < 0,005                             | —                                   |
| Время бодрствования ночью, мин . . . . .               | 36,4                                    | 13,4    | 10,8    |                                                       |                                     |                                     |
| <i>P</i>                                               | < 0,001                                 | < 0,001 | < 0,001 | —                                                     | —                                   | —                                   |
| Количество пробуждений (на условный час сна) . . . . . | 1,2                                     | 1,1     | 1,0     |                                                       |                                     |                                     |
| <i>P</i>                                               | < 0,001                                 | < 0,001 | < 0,001 | —                                                     | —                                   | —                                   |
| законченных циклов . . . . .                           | 4,5                                     | 4,3     | 4,8     |                                                       |                                     |                                     |
| <i>P</i>                                               | < 0,001                                 | < 0,001 | < 0,001 | —                                                     | —                                   | —                                   |
| Активационный индекс движений, % . . . . .             | 44,3                                    | 65,6    | 65,7    |                                                       |                                     |                                     |
| <i>P</i>                                               | < 0,001                                 | < 0,001 | < 0,001 | < 0,01                                                | < 0,05                              | —                                   |

*P* — статистическая достоверность по сравнению с данными до лечения (исходными данными).

лись значительным объективным улучшением ночного сна по полиграфической записи. Так, после 2-го курса ИРТ (табл. 2) отмечается значительное и достоверное увеличение длительности ночного сна, его цикличности, уменьшение количества спонтанных пробуждений, времени бодрствования среди ночи, времени засыпания. Длительность ночного сна при лечении методом корпоральной акупунктуры возрастает за счет преимущественного увеличения фазы медленного сна, в особенности дельта-сна, при аурикулоакупунктуре — преимущественно за счет фазы быстрого сна, а при сочетанной терапии — за счет обеих фаз сна.

Таким образом, иглорефлексотерапия способствует нормализации как субъективных, так и объективных параметров ночного сна, а также устранению эмоциональных расстройств. Различные виды ИРТ проявляют общие и специфические для каждого из них эффекты воздействия на качество ночного сна и эмоционально-мотивационную систему. Все они снижают исходно повышенный уровень неспецифической активности во время сна у больных с инсомнией. Наряду с этим корпоральная акупунктура оказывает преимущественное воздействие на синхронизирующие аппараты мозга, которые обеспечивают возникновение и течение стадий медленного сна, а аурикулярная — на функционирование системы быстрого сна. Сочетанная акупунктура отосительно равномерно воздействует на обе фазы сна.

Результаты исследования показывают, что эффект иглорефлексотерапии при невротических инсомниях обуславливается параллельным и взаимосвязанным положительным воздействием на процессы регуляции сна и эмоционально-мотивационную систему, в основе которого лежит нормализация состояния неспецифических систем лимбико-ретикулярного комплекса.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. В. Методика многостороннего исследования личности. М., Медицина, 1976. — 2. Вейн А. М. Нарушения сна и бодрствования. М., Медицина, 1974. — 3. Власов Н. А. Регуляция сна человека и принципы коррекции его расстройств. Автореф. докт. дисс. М., 1978. — 4. Ротенберг В. С. Адаптивная функция сна при эмоциональном стрессе и невротических состояниях. Автореф. докт. дисс. М., 1979. — 5. Яхно Н. Н., Вейн А. М. Клини. мед., 1979, 9. — 6. Rechtschaffen A., Kales B. Eds. A manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects. Washington, 1968. — 7. Sjölund N. B., Ericson M. Lancet, 1976, No. 7993.

Поступила 27 мая 1980 г.

УДК 616.134.91

## О НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ СОСУДИСТОГО ПОРАЖЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА

Р. Ш. Шакуров

Кафедра нервных болезней (зав. — проф. И. Н. Дьяконова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Приводятся результаты клинических наблюдений за 19 пациентами с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения спинного мозга. Клиническая симптоматика проявлялась лишь при повышенной потребности спинного мозга в притоке крови, в то время как дополнительные методы исследования обнаруживали изменения и вне эксацербации.

Ключевые слова: спинной мозг, недостаточность кровоснабжения.

Библиография: 4 названия.

Согласно данным литературы [3], прослеживается тенденция к увеличению сосудистых поражений спинного мозга, и они встречаются не реже, чем цереброваскулярные поражения [4]. Между тем изучению расстройств спинномозгового кровообращения уделяется меньше внимания, чем сосудистым заболеваниям головного мозга. В особенности это относится к начальным проявлениям неполноценности кровоснабжения мозга, то есть к компенсированной стадии недостаточности кровоснабжения мозга, выявляющейся лишь при повышенной потребности мозга в притоке крови.

Мы наблюдали 19 больных (11 мужчин и 8 женщин в возрасте от 18 до 66 лет) с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения спинного мозга; у 9 из них этот период прослеживался по анамнезу. У 11 пациентов обнаружена миелоген-