

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 эксацебации.

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-

ная перемежающаяся хромота, у 3 — приступы падения, у 3 — явления переходящего нижнего парализа и нарушения чувствительности в пределах среднегрудных сегментов, у 2 — каудогенная перемежающаяся хромота (синдром Вербиста).

У всех больных мы регистрировали ЭМГ, РЭГ, ЭКГ, артериальные осциллограммы верхних и нижних конечностей, исследовали содержание липидов крови, коагулограмму, картину глазного дна, производили рентгенографию позвоночника и аорты.

У 13 больных этиологическим фактором служил атеросклероз, у 4 — остеохондроз, у 2 — синостоз позвонков или травма позвоночника. Факторами, выявлявшими недостаточность спинального кровообращения, у 13 больных была ходьба (при поражении артерии Адамкевича или Депрож-Готтерона, а также их дальних и ближних артериальных приводов), у 5 — поворот и наклон головы (при поражении позвоночных артерий или радикуло-медуллярных артерий на уровне шеи). Недостаточность кровообращения в бассейне верхней дополнительной радикуло-медуллярной артерии обнаруживалась после перегревания в горячей ванне, повышенной инсоляции или употребления алкоголя.

Клиническая картина миелогенной перемежающейся хромоты была обычной: во время ходьбы наступала усталость и слабость в нижних конечностях, иногда с одновременно возникающими парестезиями, распространяющимися с нижних конечностей на промежность и нижнюю часть туловища. У 4 больных появлялись императивные или учащенные позывы к мочеиспусканию. Ввиду нарастающего нижнего парализа больной не мог продолжать ходьбу. После кратковременного отдыха все указанные выше явления проходили. При синдроме же Вербиста при ходьбе появлялись мучительные парестезии и боли в нижних конечностях, распространяющиеся на область промежности. В выраженных случаях присоединялась легкая слабость в ногах. У 9 больных при неврологическом исследовании симптомы органического поражения нервной системы не определялись, а у 4 обнаруживались легкие органические симптомы в виде анизорефлексии, патологических стопных рефлексов, легкой гипотрофии мышц. У 4 пациентов были корешковые боли при отсутствии вертебрального синдрома и рентгенологических изменений позвоночника, что следует объяснить явлениями ишемии [1]. У 7 больных на рентгенограммах было выявлено уплотнение брюшной аорты, у 3 на ЭМГ регистрировались изменения II типа по Юсевич. На артериальных осциллограммах нижних конечностей лишь у 3 больных был уменьшен осцилляторный индекс, нормализовавшийся после приема нитроглицерина.

Приступы падения вследствие кратковременной резкой слабости в конечностях наблюдались у больных с шейным остеохондрозом. При РЭГ-исследовании у них выявлялось уменьшение кровенаполнения в бассейне позвоночных артерий и вне приступа, как и в наблюдениях А. Ю. Ратнера и Д. М. Табеевой (1972).

При дальнейшем наблюдении за больными в течение 5—7 лет было установлено развитие синдрома Преображенского у 1 больного с миелогенной перемежающейся хромотой и спинального инсульта с синдромом поперечного поражения на уровне сегмента D₆ у 1 больного с недостаточностью в бассейне верхней дополнительной радикуло-медуллярной артерии. Синдрому бокового амиотрофического склероза у двух больных предшествовали обморочные состояния.

Больные с начальными проявлениями недостаточности кровообращения спинного мозга нуждаются в диспансерном наблюдении с систематическим проведением лечебных мероприятий, которые являются в то же время профилактикой спинальных инсультов и хронической спинальной сосудистой недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалев Е. В. Невропатол. и психиатр., 1966, 4. — 2. Ратнер А. Ю., Табеева Д. М. Там же, 1972, 12. — 3. Скоромец А. А., Богородинский Д. К. В кн.: Мозговые инсульты — факторы риска. Материалы 1 съезда невропатологов и психиатров Узбекистана. Ташкент, 1978. — 4. Лазорт Г., Гуаза Е., Джинджиан Р. Васкуляризация и гемодинамика спинного мозга. М., Мир, 1977.

Поступила 6 ноября 1979 г.