

III пальцы рук, что, возможно, связано с их высокой функциональной активностью у человека.

Итак, у обследованных больных с клиническими проявлениями ВД перманентного и пароксизмального (в форме НО) течения с ваготоническим типом вегетативного реагирования по сравнению со здоровыми лицами увеличено количество дисплазий в виде разрывов или искажений папиллярного узора и БЛКФ кисти с наличием существенных конституциональных особенностей дактилоскопической картины кистей. Последние характеризовались преимущественно у лиц с НО преобладанием бездельтового узора и уменьшением количества общего гребневого счета (только у лиц мужского пола), а также ульнарных петель (независимо от половой принадлежности). Наличие корреляции некоторых дактилоскопических признаков с половой принадлежностью обследованных в отличие от лиц контрольной группы может свидетельствовать о повышении модифицирующего фактора при вегетативной патологии. Это позволяет предположить преобладающую роль наследственно-конституциональных факторов в развитии изученных нами форм вегетативных расстройств у лиц женского пола, причем у лиц мужского пола они весьма негативно проявляются еще в ходе эмбриогенеза.

Следовательно, можно предположить, что механизм фенотипического проявления генотипа в формировании ряда особенностей кожных узоров кистей у лиц с НО и перманентными проявлениями вегетативной дисфункции коррелирует с парасимпатической направленностью вегетативного гомеостаза, определяемой, вероятно, наследственными факторами. Отсюда

указанные выше характеристики кожных узоров могут служить генетическими маркерами парасимпатического типа вегетативного реагирования индивидуума, на почве которого формируются конкретные синдромы вегетативной дисфункции и ряд заболеваний, относящиеся к нейросоматической патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабкин П. С., Алленых Н. И. Пароксизмальные вегетативные нарушения.—М., 1979.
2. Вейн А. М., Соловьева А. Д., Колосова О. А. Вегето-сосудистая дистония.—М., 1981.
3. Войтенко В. П., Полоухов А. М.//Генетика человека.—1984.—№ 2.—С. 349—356.
4. Гайдук Ф. М.//Журн. невропатол. и психиатр.—1985.—№ 10.—С. 1561—1563.
5. Гладкова Т. Д. Кожные узоры кисти и стопы обезьян и человека.—М., 1966.
6. Гусева И. С.//Здравоохран. Белорус.—1980.—№ 9.—С. 32—34.
7. Заболевания вегетативной нервной системы//А. М. Вейн, Т. Г. Вознесенская, В. Д. Голубев и др./Под ред. А. М. Вейн.—М., 1991.
8. Исмагилов М. Ф. Церебральные вегетативные нарушения пубертатного периода: Автореф. дисс. ...докт. мед. наук.—М., 1986.
9. Пугачева Г. П. Труды научно-практических конференций врачей психоневрологических учреждений.—М., 1971.—С. 113—117.
10. Рокитский П. Ф. Биологическая статистика.—Минск, 1973.
11. Спасов С. А. Дерматоглифиски проучвания при няяко интересексуални заболявания: Автореф.—София, 1973.
12. Шарец Ю. Д.//Вестн. АМН СССР.—1973.—№ 7.—С. 61—69.
13. Шаршов Ю. Б., Лазебник Т. А. Проблемы нейрогенетики и нервно-мышечных заболеваний.—Л., 1983.
14. Bluma L., Westerski W.//Wiad. Zek.—1977.—Vol. 30(15)—P. 1235—1236.
15. Cummins H., Midlo Ch. Finger Prints, Palms and Soles.—New-York.—Dover, 1961.
16. Patten B. J. Human Embryology.—New-York, 1953.
17. Tay J. S. H.//Ann. hum. Genet.—1979.—Vol. 42.—P. 327—332.

Поступила 14.07.93.

УДК 616.89—008.437—085.82

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КОНТРАКТУРЫ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ

Г. А. Иваничев, К. Левит, Д. Саймонс

Кафедра традиционной медицины (зав.—проф. Г. А. Иваничев)
Казанского института усовершенствования врачей

Неврит лицевого нерва (прозоплегия), проявляющийся преимущественно парезом или параличом мимических мышц, среди других пораженных встречается наиболее часто [5].

По данным сводной статистики, эта патология наблюдается в различных странах приблизительно в 2—3% случаев всех заболеваний периферической нервной системы, составляя

от 16 до 25 случаев на 100 тыс. населения. Выздоровление после лечения наступает в 40 — 60% случаев. Однако, по данным различных авторов, у значительной части пациентов (от 10 до 40%) может развиться постневрогическая контрактура мимических мышц. Понятно, что столь тягостный дефект лица приносит неисчислимые страдания больным.

В последние годы в литературе, посвященной этиологии и патогенезу контрактур, утвердилась точка зрения, согласно которой подобный дефект возникает в результате гетеротопической регенерации нерва в месте поражения. Невральный рубец, обладая свойствами триггерной зоны, искажает характер и направленность импульсов, идущих к мимическим мышцам [4]. Предполагается, что это процесс разворачивается на фоне изменений проприоцептивной импульсации той же мускулатуры при условии дисфункции лимбико-ретикулярного комплекса [1]. Однако клинический опыт дает основание сомневаться в правильности отдельных положений. Прежде всего здесь не принимается во внимание участие самих мышц в патогенезе.

Как известно, мимические мышцы имеют некоторые отличия от скелетных. По происхождению они представляют собой подкожный симпласт. В них мало фасциальных перегородок и много переплетений в зонах стыка различных мышечных групп [3].

Важное патологическое свойство денервированных мимических мышц при нейропатии лицевого нерва — резко повышенная чувствительность к ацетилхолину и другим биологически активным веществам. Нами показано, что в парализованной мускулатуре гипертонусы возникают при любой тяжести поражения лицевого нерва. Гипертонусы — это функционально активные образования, которые обладают комплексом клинических и электрофизиологических характеристик. К их основным клиническим особенностям относятся болезненность при пальпации, особенно при растяжении мышцы, излюбленная локализация в определенных мышцах. При легком поражении нерва с хорошим восстановлением функции образовавшиеся гипертонусы обратимы; мимическая мускулатура восстанавливает

свои функции без дефекта, а при грубом — как сформированные гипертонусы, так и пораженная мускулатура довольно быстро подвергаются последующим дегенеративным изменениям с гибелью мышц.

При средней тяжести поражения нерва разворачивается сложный комплекс явлений, при которых восстановление нерва запаздывает по отношению к процессам, протекающим в мышцах. В мышцах происходит пространственная перестройка, которая ведет к деформации сократительного субстрата, замещению погибших мышечных клеток фиброзной тканью, патологической регенерации мышц с формированием между ними искусственных синапсов. Меняется и структура рецепторного аппарата. В нейрофизиологическом отношении это означает: 1) повышение рефлекторной возбудимости мимических мышц; 2) появление артифициальной межмышечной передачи нервных импульсов — эфаптическая передача потенциалов действия; 3) снижение активности антиноцицептивных систем ствола мозга. Считается, что в стадии начинающейся или уже сформированной контрактуры лечебные мероприятия безуспешны: пациент в течение всего последующего периода страдает от стягивающей боли, неприятных ощущений при движениях.

Наш многолетний клинический опыт позволил разработать эффективную схему лечения сформированной вторичной контрактуры мимической мускулатуры (ВКММ) любой тяжести. Речь идет о применении постизометрической релаксации (ПИР) [2] мимических мышц в сочетании с аурикулярной акупунктурой (АА). Эта комбинация обоснована нейрофизиологически. Во-первых, постизометрическая релаксация позволяет нормализовать проприоцептивную афферентацию с периферии, а также произвести определенную пространственную перестройку — коррекцию пораженной мускулатуры. Это дает возможность активизировать механизмы антиноцицепции на уровне сегментарных структур тригеминальных ядер и нормализовать механизмы регуляции мышечного тонуса. Во-вторых, дальнейшая активизация антиноцицептивной системы стволовой локализации возможна при при-

менении аурикулярной акупунктуры, поскольку ПИР подобным эффектом не сопровождается. В-третьих, патологические эмоциональные реакции вследствие дисфункции лимбико-ретикулярного комплекса купируются сочетанным воздействием как на периферию, так и на центральные структуры данной системы. Достигается это лишь сочетанием ПИР и АА.

Постизометрическую релаксацию проводят в положении больного сидя. Пальпаторно определяют гипертонусы мышц. Кожу лица дезинфицируют и наклеивают на нее кусочки липкого пластыря, но можно обойтись и без него. Врач указательным или большим пальцем левой руки контролирует состояние гипертонуса в полости рта; остальные пальцы, расположенные снаружи, производят основную манипуляцию — растяжение гипертонуса. Большой совершает какое-либо мимическое движение, направленное против внешнего сопротивления пальцев врача (то есть производит изометрическое напряжение мышц), удерживая усилие слабой интенсивности в течение 5 — 6 секунд, затем следуют активная релаксация и пассивное (с помощью пальцев врача) растяжение мимических мышц. Далее врач, удерживая в достигнутом положении растянутую мышцу, просит больного повторить упражнение. Обычно после 4 — 5 упражнений возникает стойкая релаксация мышцы на 12 — 24 часа. Больные это состояние описывают как раскованность, исчезновение стянутости, приятное расслабление. Курс лечения в зависимости от степени и болезненности гипертонусов включает от 2 — 4 до 10 — 15 сеансов. В последующем возможна поддерживающая релаксация 1 — 2 раза в неделю. При малой силе мышц достаточно простого ее растяжения (без активного сокращения) в фазе глубокого выхода. Неудачи большей частью связаны с излишней активностью проведения процедуры, особенно с форсированным растяжением мышц.

Эффективность мануальной терапии здесь очень высока: она ликвидирует болевой синдром и ощущение стягивания независимо от тяжести поражения. Что же касается асимметрии лица, то при легкой степени заболевания она почти исчезает, но не

претерпевает существенных изменений при средней и тяжелой. Наиболее упорны гиперкинезы: сразу после релаксации их интенсивность даже повышается от исходного уровня, но полностью они не исчезают. Впрочем, субъективно гиперкинезы никогда не описываются больными как тягостные симптомы.

Выраженный анальгетический и миорелаксирующий эффекты мануальной терапии обусловлены двумя факторами. Во-первых, расслабление мышцы при этом не столько структурное, сколько функциональное явление. Нормализация архитектоники проприоцепторов устраняет основной фактор патогенеза — генератор периферической детерминантной системы. Во-вторых, происходит нормализация афферентного баланса проприоцептивной и экстрацептивной чувствительности лицевой мускулатуры с восстановлением механизма «воротного контроля» — именно она обуславливает анальгетический эффект. Миорелаксация — следствие действия тех же механизмов.

Приемы мануальной терапии мимических мышц пациенты могут применять и самостоятельно. Их обучают методике релаксации под контролем собственных ощущений (боль и стягивание лица), чтобы добиться раскованности и исчезновения локальной болезненности. Проводить такие сеансы целесообразно 2 — 3 раза в день, особенно в холодное время года. Следует подчеркнуть высокий анальгетический эффект релаксации и адекватную настроенность пациентов на проведение «лечения без лекарств и аппаратов». При малой силе мышц целесообразно их растяжение без активного сокращения. В этом случае больному предлагается совершать глубокие вдох и выдох.

Неудачи при мануальной терапии нередко связаны с чрезмерной энергичностью проведения процедур, в особенности с форсированным растяжением мышц без четкого кинестетического контроля.

Наиболее эффективно лечение ВКММ методом аурикулярной акупунктуры в сочетании с ПИР. Важное значение имеют следующие акупунктурные точки (АТ): 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 13, 33, 34, 35, 36, 55, 84, 97, 121, а также 1, 4 и 7-я зоны на мочке уха,

Степень тяжести контрактур	Число больных	Количество сеансов (средние величины)	Результаты лечения, %			
			исчезновение чувства стягивания	регресс болей	уменьшение асимметрии	исчезновение гиперкинезов
Легкая	72	5	100	100	58,3	25
Средняя	42	8,8	95,4	95,4	13,3	0
Тяжелая	14	19	12,4	88,8	0	0

где представлены моторная и фронтальная области коры. В течение одного сеанса воздействуют на 3—4 АТ на одной ушной раковине с больной стороны, а при отсутствии изменений в состоянии — на обеих ушных раковинах. В первые один—два сеанса воздействуют на АТ 33, 55. В дальнейшем точки выбирают на основе их отношения к той части лица, где имеются наибольшая местная болезненность и выраженный гипертонус.

В таблице отражены результаты сочетанного лечения больных с контрактурой.

Таким образом, как показывает практика, постизометрическая релаксация мимических мышц при вторичной контрактуре, дополненная аурикулярной акупунктурой, — эффективное средство лечения больных в условиях сформированной терапевтически резистентной деформации лица.

УДК 616.899—053.2—08

ДИНАМИКА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНО-МНЕСТИЧЕСКИХ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

С. А. Акберова, И. А. Студенцова, Д. М. Менделевич, Р. Х. Хафизьянова

Кафедра психиатрии (зав.—проф. Д. М. Менделевич), кафедра фармакологии (зав.—проф. Р. С. Гараев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Одной из проблем детской психиатрии является коррекция интеллектуально-мнестических и эмоционально-волевых нарушений при интеллектуальной недостаточности. По данным Н. Л. Новинской [4], легкое интеллектуальное недоразвитие встречается у 7—10% детей школьного возраста. Для его коррекции необходимы не только ранняя диагностика, но и своевременное лечение.

Задачами настоящего исследования было лечение осложненных форм интеллектуальной недостаточности димефосфоном и ноотропилем. Психо-

ЛИТЕРАТУРА

1. Юдельсон Я. Б. // Журн. невропатол. и псих.—1982.—№ 5.—С. 764—777.
2. Lewit K. // Cas. Lec. ces.—1980.—Vol. 119.—P. 450—455.
3. Seiler P. Die Gesicht mus Keln.—Basel.—Karger, 1976.
4. Wollman H. W., Williams H. L., Lambert E. H. // Proc. Staff Meet Mayo Clin.—1956.—Vol. 26.—P. 236—240.
5. Zulch K. J. «Idiopathic» facial paresis.—Handbook of clin. Neurology.—Amsterdam, Oxford, New-York, 1970.

Поступила 12.05.93.

MANUAL THERAPY OF FACIAL MUSCLES CONTRACTURE

G. A. Ivanichev, K. Levit, D. Saimons

Summary

The present notions of pathogenesis of contracture are presented, the manual therapy methods for the given pathology are described, the utility of a combination of the therapy method with auriculoacupuncture is stressed.

патологическая симптоматика, осложняющая интеллектуальное недоразвитие, была представлена в виде гипо- и гипердинамического синдромов. По данным Р. Х. Хафизьяновой [5], димефосфон облегчает выработку условных рефлексов, обладает антиамнестическим действием, улучшает различные этапы формирования памяти у подопытных животных, то есть проявляет ноотропную активность. На базе Казанской городской психоневрологической больницы имени В. М. Бехтерева амбулаторно было проведено клинко-психопатологичес-