

полный. Анизорефлексия — $D > S$. Патологических рефлексов и нарушений чувствительности нет. Симптомов раздражения оболочек головного мозга нет. Пульсация сонных артерий на шее хорошая.

Высказано предположение о болезни мѡя-мѡя.

РЭГ — сосудистая дистония без асимметрии кровенаполнения.

ЭЭГ — на фоне диффузных изменений биоотоков регистрируется очаг патологической активности в левой височной доле с распространением на левую теменную долю, устойчивый при функциональных нагрузках, иррадирующий из подкорковых образований левой височной доли. ЭХОПГ — регистрируется асимметрия пульсации внутренних сонных артерий с более низкой амплитудой слева. Асимметрична пульсация сигналов от средних мозговых артерий ($S < D$). Заключение — относительный стеноз левой внутренней сонной артерии. На двусторонних каротидных ангиограммах (28.11.1986 г.) в артериальной фазе экстракраниальные отделы внутренних сонных артерий гипопластичны. Ветви левой средней мозговой артерии сужены. Аномальная сосудистая сеть на основании мозга и на его поверхности за счет развития анастомозов между артериями базальных ганглиев, а также ветвями передней и средней мозговых артерий и стволами из системы наружной сонной артерии. Контрастируются обе передние мозговые артерии за счет гипертрофированной передней соединительной артерии (рис. 2).

Диагностирована болезнь мѡя-мѡя. Ишемических атак во время пребывания в клинике не отмечалось, выписан без неврологического дефицита. Катамнез неизвестен.

Первые представления о том, что болезнь мѡя-мѡя является специфической патологией, определяемой только у японцев, оказались несостоятельными. Характерные для болезни Нисимото — Такеути — Кудо изменения в сосудистой системе головного мозга встречались у жителей Минска и Беларуси, Санкт-Петербурга и Ленинградской области, Москвы и других регионов. Наши наблюдения свидетельствуют о наличии пациентов с этой патологией и в Татарстане.

В настоящее время излечение болезни мѡя-мѡя невозможно. Однако ее своевременная диагностика, в частности контрастирование сосудов головного мозга при повторных церебральных ишемических атаках у больных, позволяет наиболее полно использовать имеющиеся возможности консервативного и хирургического лечения, разумной организации жизни и трудовой деятельности.

УДК 616.832—004.2—02:616.839

Г. В. Матвеева, Л. И. Паюк (Казань). Состояние вегетативной нервной системы у больных рассеянным склерозом

В последние годы для объяснения механизмов развития рассеянного склероза (РС) особое внимание уделяется изучению систем защиты и гораздо менее — другим системам гомеостаза, в частности состоянию вегетативной нервной системы (ВНС). Вместе с тем именно ей принадлежит ведущая роль в обеспечении адаптационных механизмов. Имеющиеся сведения о роли ВНС в механизмах развития РС либо малочисленны, либо противоречивы.

В связи с этим целью настоящего исследования являлось изучение ВНС у больных РС. Был обследован 151 пациент (женщин — 109, мужчин — 42). В фазе обострения находились 109 больных, в фазе ремиссии — 42; продолжительность заболевания менее 2 лет была у 30 больных, более 2 лет — у 121; средняя продолжительность заболевания — $7,8 \pm 1,0$; средний возраст больных — $32,3 \pm 3,6$ года.

Контрольную группу составили 30 здоровых волонтеров в том же возрасте, что и больные РС.

ВНС больных изучали с помощью математического анализа сердечного ритма — кардиоинтервалограмм, а также гистограмм.

Синдром вегетативной дистонии, гипервентиляционный синдром, гипергидроз оценивали с помощью анкет субъективного и объективного характера; применяли кардиоваскулярные тесты; определяли время зрачкового рефлекса. В результате проведенной работы у больных РС выявлено преобладание симпатического тонуса с неглубоким напряжением центрального контура и систем адаптации. Выраженные изменения вегетативных показателей обнаружены у лиц старше 30 лет и длительно болеющих; у них же в ортопробе регистрировалось более грубое напряжение регуляторных механизмов с ослаблением резервов автономного контура и снижением компенсаторно-приспособительных реакций. Синдром вегетативной дистонии был одинаково выражен в разных возрастных группах и неодинаково

вым стажем заболевания. Фаза обострения или ремиссии не отражалась на выраженности указанного синдрома.

Синдром вегетативной дистонии, определяемый у больных вне зависимости от пола, возраста, продолжительности заболевания, фаз обострения или ремиссии, со всей очевидностью доказывал вовлечение в процесс при РС надсегментарного аппарата, а показатели кардиоваскулярных тестов свидетельствовали об участии у больных РС как парасимпатических, так и симпатических периферических нервов, однако в периоде ремиссии у лиц, болеющих менее 2 лет, и моложе 30 лет они мало отличались от контроля. Следовательно, сегментарная вегетативная система у них сохранялась достаточно хорошо.

У всех обследованных пациентов в периоде обострения регистрировалось увеличение времени зрачкового цикла, указывающее на двусторонность и симметричность поражения парасимпатических нервов зрачка. По его восстановлению у больных с ремиссией можно было судить о временном характере повреждений и хороших компенсаторных возможностях ВНС у больных РС.

УДК 616.8—071.4

А. Я. Попелянский (Казань). «Экстрасенсорная» проприоцептивная диагностика

Так называемое физикальное исследование предусматривает попытку оценки состояния больного с помощью довольно точных показаний анализаторов врача и датчиков различных приборов. Истинность этих показаний настолько высока, что их принято считать результатами объективного исследования. Общеизвестно, что диагностика, в первую очередь, топическая, особенно точна в неврологии в силу объективности сведений о классических путях и центрах мозга. Возможность установления строго научных причинно-следственных отношений, как казалось, несколько умаляла значение интуитивного компонента неврологической диагностики. В невропатологии в связи со скрытым положением структур мозга диагностический процесс больше, чем в других областях медицины, — процесс логический, а не интуитивный, не чувственный, не «сенсорный», тем более не «экстрасенсорный». Сама вековая практика неврологической диагностики — лучшее средство отрицания того мистического образа, с которым в настоящее время обычно связывают понятие экстрасенсории. Между тем и в классической медицинской диагностике содержится неизбежный компонент субъективизма. Так, в приемах определения характера и выраженности нарушений мышечного тонуса важное место занимает субъективная оценка информации из проприоцепторов рук врача. В связи с развитием вертеброневрологии, в которой весомая роль отведена мануальной медицине, значимость этого проприоцептивного чувства для врача (относительно не одних лишь рук его) возрастает. Последнее обстоятельство выводит проприоцепцию к рубежам тех ощущений, следовательно, диагностических возможностей, которые долго казались непонятными или труднодоступными.

С учетом знаний координаторных связей всей двигательной системы больного и врача удается создать такое сочетание поз и усилий, которое воздействует на отдаленный на какой-либо сустав или мышцу. При этом требуется сплав указанных знаний с устойчивым навыком сконцентрированного внимания к конкретному миоартикулярному звену опорно-двигательного аппарата не только пациента, но и к своему собственному. Автоматизм проведения теста — выбор позиции, фиксации (с извлечением нужной диагностической информации) приходит лишь с опытом, происходит формирование и направленное совершенствование осязательных и других чувственных возможностей.

Оптимизация выработки сенсорного комплекса несомненно сокращает временные затраты в достижении профессиональных навыков. Как для психомоторики гонщика или хорошего водителя важна афферентация не только зрительная, но и проприоцептивная, не только из области кисти, всей руки, но и торса, ягодиц, ног, так к врачу-нейроортопеду требуются нацеленная тренировка некоторых эквивалентных качеств и их умелое использование. Возможна ли их выработка у каждого заинтересованного в этом врача, можно ли определять эти качества как экстраординарные, «экстрасенсорные»? Двадцатилетняя нейроортопедическая деятельность, тринадцатилетнее преподавание убеждают в следующем: «экстрасенсорика» мануального терапевта вполне объяснима и имеет материальный субстрат. Кавычки в названии и тексте весьма условны. Профессиональная мануальная оценка плотности и подвижности, динамической сопротивляемости биологических тканей доступны обученному врачу. И все-же определять