

сопровождались автоматическим перебиранием одежды, постельного белья, а также у детей с осложненным перинатальным анамнезом.

Антиконвульсанты назначали при установлении эпилептической природы пароксизмов, если седативная терапия оказывалась неэффективной. Подтверждением правильности такой тактики был 2-летний катамнез: положительный эффект от седативной терапии был прослежен у 40% детей с пароксизмальной активностью на ЭЭГ. Ночные пароксизмы проявляются у них не более чем 4 симптомами, свойственными эпилепсии. Лечение должно быть комплексным, включать соблюдение режима дня, общеукрепляющие мероприятия, санацию очагов инфекции.

Настораживает частота судорожной готовности на ЭЭГ у детей, у которых нарушения сна трактовались как функциональные и седативная терапия давала положительный результат. Детей со снохождением и ночными страхами следует включать в группу риска, которая нуждается в особом наблюдении со стороны невропатологов.

Эпилептические приступы у детей в 90% случаев приходится на первые годы жизни. Особое место в этой связи занимают аффективно-респираторные приступы. Большинство авторов считают их проявлением невротического состояния ребенка, не требующего серьезной терапии [1, 7], другие склонны усматривать в них несомненную связь с эпилепсией, особенно при наличии тонико-клонических

судорог [4, 6]. Различная трактовка характера пароксизмов приводит к разнонаправленной терапии.

Нами были обследованы 112 детей в возрасте от одного месяца до 7 лет с аффективно-респираторными пароксизмами. Основным проявлением начала приступа стали «спазматический» и «заходящийся» плач после аффекта: боль, обида, испуг и т. д. Далее приступы могли протекать либо с потерей сознания и судорогами, и таких больных было 59 (52,7%), либо без судорог, с «обмяканием» и потерей сознания или с кратковременной остановкой дыхания, цианозом носогубного треугольника без потери сознания, и таких больных было 53 (47,3%). Электроэнцефалографическое обследование детей с аффективно-респираторными припадками выявило в большом числе наблюдений изменения эпилептического ряда у 52,5% детей с судорожными пароксизмами и у 41% детей с пароксизмами без судорог.

Таким образом, совершенно очевидна роль гипервентиляции в возникновении описанных выше пароксизмов. Лечить детей с такой патологией необходимо как седативными средствами, так и антиконвульсантами в соответствии с изменениями на ЭЭГ для предотвращения развития эпилепсии как болезни.

Поступила 02.07.97.

УДК 616.134.9—005—085.821.2

А. Ситель

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Российский центр мануальной терапии, г. Москва

По данным статистики ВОЗ, от 40 до 80% взрослого населения земного шара страдают клиническими синдромами остеохондроза позвоночника. Являясь одной из самых частых причин временной нетрудоспособности, они ведут к значительным экономическим потерям. Соотношение частоты возникновения клинических синдромов поясничного и шейного остеохондроза составляет 1:1,3. Недостаточность кровообращения в вертебробазилярной системе в большей части случаев встречается в результате экстравазальной компрессии одной из позвоночных артерий, возникающей при патобиомеханических изменениях на уровне шейного отдела позвоночника. Последние и приводят к вазоконстрикции и гемоди-

намическим нарушениям в вертебробазилярном бассейне (затруднениям венозного оттока из полости черепа).

Целью настоящей работы являлось изучение результативности использования мануальной терапии у больных с недостаточностью кровообращения в вертебробазилярной системе.

Мануальная терапия была применена у 86 больных с недостаточностью кровообращения в вертебробазилярной системе (30 мужчин и 56 женщин в возрасте от 16 до 65 лет). Контрольная группа состояла из 42 больных (15 мужчин и 27 женщин, средний возраст — 42 года), которых предлагаемым методом не лечили.

У 77 (89,5%) больных основной группы головные боли начинались с затылка, с иррадиацией в теменную, аурикулярную, височную или лобно-орбитальную области. Периодические боли возникали и в области сердца, которые иррадиировали в левую руку и левую лопатку. Головокружения системного и несистемного характера беспокоили всех пациентов. У 30 (34,8%) больных выявлялись кохлеарные нарушения, у 78 (90,7%) — преходящие зрительные расстройства в виде фотопсий или ирритации конъюнктивы, у 26 (27,9%) — неприятные ощущения в гортани и в глотке, у 17 (19,1%) — вегетососудистые кризы. При неврологическом обследовании у всех больных определялись элементы синдрома Пти или Горнера (расширение или сужение зрачка, глазной щели — экзо- или энофтальм). У 12 больных имел место спонтанный горизонтальный нистагм, у 35 — недостаточность конвергенции, у 28 — диплопия при взгляде вниз, у 5 — диплопия при взгляде вперед, у 43 — асимметрия лица, у 78 — неустойчивость в позе Ромберга.

При отборе больных для проведения лечения была использована исходная рентгенограмма. В группу не вошли лица со значительными краевыми реактивными разрастаниями, остеофитами, выраженными явлениями унковертебрального артроза и спондилолистеза, увеличением атланта-дентального промежутка, искаженными линиями Макгрегора, Чемберлена и т.д.

Все больные ранее неоднократно лечились амбулаторно и стационарно (давность заболевания — от 8 месяцев до 21 года, в среднем — 7,6 лет) с применением методов медикаментозной терапии, физиотерапии, рефлексотерапии, часто в течение многих лет, без особого эффекта.

С целью устранения имеющихся у всех больных в той или иной степени выраженного сколиоза в шейном отделе позвоночника на первых процедурах особое внимание обращали на ключевые позиции позвоночника и средне- и нижнешейный отделы, а на последующих процедурах — на области головных суставов.

После проведения лечения полное выздоровление с исчезновением субъективной и объективной неврологической симптоматики наступило у 21 (24,4%) больного, значительное улучшение — у 25 (29,1%), улучшение — у 27 (31,4%), незначительное улучшение — у 10 (11,6%), без перемен — у 3 (3,5%). В контрольной группе динамики субъективной и объективной неврологической симптоматики не прослежено.

Частота сосудистых циркуляционных расстройств вертебробазилярной системы составляет 25—30% от всех нарушений мозгового кровообращения и около 70% от преходящих. Курс мануальной терапии является профилактическим в отношении нарушений мозгового кровообращения. При восстановлении кровотока в позвоночных артериях риск нарушения мозгового кровообращения значительно снижается.

Катамнестические исследования, проведенные через 5 лет, показали стойкие результаты лечения и отсутствие прогрессирования симптоматики цереброваскулярного заболевания с развитием острых сосудистых катастроф в вертебробазилярном бассейне.

У 65 больных с сосудистыми циркуляторными расстройствами произведено ультразвуковое исследование позвоночных артерий на доплерографе фирмы «Крансбуллер» (ФРГ). Линейная скорость кровотока в позвоночных артериях справа отмечена у 52 человек (из них полное отсутствие кровотока у 25), слева — у 49 (из них полное отсутствие кровотока у 20), в пределах нормы справа — у 12, слева — у 14 человек, выше нормы справа — у одного, слева — у одного. Норма, по данным контрольной группы (здоровые лица), составляет 10—20 см/с.

После лечения предлагаемым способом линейная скорость кровотока осталась меньше нормы справа у 37 человек, из них с полным отсутствием кровотока — у 12, слева — у 33 человек, из них с полным отсутствием кровотока — у 10. Отсутствие кровотока в позвоночных артериях после лечения с обеих сторон имело место только у 3 человек. Линейная скорость после лечения в пределах нормы справа отмечалась у 23 человек, слева — также у 23. Выше нормы после лечения она стала у 5 больных справа и 9 — слева. При статистической обработке материала получено достоверное увеличение линейной скорости кровотока по позвоночным артериям после лечения предлагаемым способом ($P < 0,001$).

Эффективность методов мануальной терапии подтверждается следующими конкретными примерами.

Больная А., 49 лет (история болезни № 34194/86), инженер, поступила с жалобами на головокружение, усиливавшееся при перемене положения тела, шум в ушах, снижение слуха, зрения, неустойчивость при ходьбе, двоение в глазах. Состояние ухудшалось постепенно в течение 7 лет. Неоднократно лечилась амбулаторно и стационарно без особого эффекта.

Неврологический статус: птоз верхнего века и энофтальм справа, недостаточность конвергенции, диплопия при взгляде вниз, рефлексорный нистагм, девиация кончика языка в сторону, пошатывание в позе Ромберга, отставание правой кисти при адиадохоки-

незе, сухожильные и перистальные рефлексы оживлены $S > D$, нарушений чувствительности не отмечено. На рентгенограмме шейного отдела позвоночника — несимметричное стояние зуба аксиза в отношении средней линии остистых отростков. На ультразвуковой доплерографии позвоночных артерий — отсутствие кровотока с обеих сторон.

Клинический диагноз: сосудисто-циркулярное расстройство в результате шейного остеохондроза.

Больной проведено 8 процедур мануальной терапии в течение 3 недель, через 2 дня на третий. После лечения исчезли жалобы на головокружение, усиливавшееся при перемене положения тела, шум в ушах, снижение слуха, пошатывание при ходьбе, двоение в глазах. При объективном исследовании исчез энофтальм, значительно уменьшились птоз верхнего века, диплопия при взгляде вниз, рефлекторный нистагм, отставание правой кисти при адиадохокинезе, пошатывание в позе Ромберга.

На ультразвуковой доплерографии позвоночных артерий — восстановление кровотока: линейная скорость кровотока справа — 9,66 см/с, слева — 17 см/с.

После лечения больная приступила к работе по специальности.

В данном случае применение мануальной терапии дало достаточно выраженный клинический эффект.

Больная Г., 34 года (история болезни № 38353/86), маляр, поступила с жалобами на головокружение, усиливавшееся при перемене положения тела, приступообразно возникавшие головные боли постоянного характера в области затылка, висков, темени, сочетавшиеся иногда с тошнотой, рвотой, пошатыванием при ходьбе. Заболела 8 месяцев назад. Лечилась амбулаторно и стационарно с применением медикаментозных средств, физио- и иглорефлексотерапии. Эффекта не было.

Неврологический статус: сужение зрачка, энофтальм и птоз верхнего века, рефлекторный нистагм, недостаточность конвергенции с обеих сторон, дип-

лопия при взгляде вниз, двигательная сфера не изменена, сухожильные и перистальные рефлексы без четкой разницы сторон, в позе Ромберга пошатывание.

На рентгенограмме шейного отдела позвоночника — несимметричное стояние зуба аксиза, сглаженность шейного лордоза. На ультразвуковой доплерографии позвоночных артерий отмечалось отсутствие кровотока слева, справа линейная скорость кровотока — 10,69 см/с.

Клинический диагноз: сосудисто-циркулярное расстройство в результате шейного остеохондроза.

Больной проведено 7 процедур мануальной терапии в течение 3 недель через 2 дня на третий. После лечения жалобы больной на головокружения, головные боли, пошатывание при ходьбе исчезли. В неврологическом статусе регрессировали сужение зрачка, энофтальм, птоз верхнего века, рефлекторный нистагм, диплопия при взгляде вниз, пошатывание в позе Ромберга.

Ультразвуковая доплерография позвоночных артерий показала восстановление кровотока: линейная скорость кровотока слева — 8,97 см/с, справа — 14,72 см/с.

Выписана на работу по специальности.

Таким образом, применение методов мануальной терапии у больных с недостаточностью кровообращения в системе вертебробазилярных артерий приводит к исчезновению субъективной и объективной клинической симптоматики, стабилизирует течение цереброваскулярного заболевания и предотвращает грозные осложнения в виде острых сосудистых катастроф с развитием ишемического инсульта в задних отделах мозга.

Поступила 03.06.97.

