

Характеристика Нейросудистого Состояния Спины При Дорсопатиях И Методы Его Лечения

Хамдамова Бахора Комилжоновна ¹, Кодиров Умид Арзикулович ²,

Файзуллаев Ганишер Бахтиёр ўгли ³

Аннотация

Прогресс медицинской науки имеет не только социальное, но и экономическое значение, так как ускорение социально-экономического развития нашей молодой республики неразрывно связано с возрастающей ролью человеческого фактора. Не будет преувеличением сказать, что проблема венозной энцефалопатии (ВЭ) является центральной для всех отраслей клинической медицины. Медико-социальная значимость дорсопатии обусловлена значительным снижением качества жизни больных, ранней инвалидизацией, высокой смертностью, прежде всего, от сердечно-сосудистых осложнений. Внезапная летальность составляет 50% у мужчин с БК и чаще у женщин — 300% у лиц того же пола и возраста без сахарного диабета (Суслина З. А., Варакин Ю. Я. Н. В., 2006.).

Ключевые слова: дорсопатия, нейроваскуля, боль, пробе Меллера, позвоночник.

^{1,2,3} Кафедра неврологии и нейрохирургии ФПДО, Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Введение. Венозный нарушение является важным фактором риска цереброваскулярных заболеваний и может быть самостоятельной причиной хронических цереброваскулярных заболеваний вследствие микроангиопатии и атеросклероза крупных сосудов. При КТ поражаются все отделы сосудистой системы (Калинин А.П., Котов С.В., 2001; Левин О.С., 2005). При большом объеме мозговой венозной системы небольшие изменения функционального или морфологического характера в мозговом венозном русле могут иметь значение для мозгового кровообращения (Лелюк С. Е., Лелюк В. Г., 2000).

Несмотря на несомненное клиническое значение заболеваний венозной гемодинамики, венозная система головного мозга изучена недостаточно, что можно объяснить ее анатомической

сложностью и значительной структурной изменчивостью, трудностями диагностики нарушений кровотока в венах головного мозга, синусов твердого мозга. мембрана. Кроме того, клинические проявления болезни венозного кровообращения недостаточно ясны. Дополнительная ультразвуковая доплерография и интрацеребральная сосудистая экспрессия, неинвазивный и информативный метод исследования кровотока в артериальной и венозной системах головного мозга (Стулин И.Д. и др., 2001; Бердичевский Я.М. и др., 2001). Современные данные подтверждают, что весьма полную и объективную информацию о количественных параметрах венозного кровотока можно получить с помощью ультразвуковой доплерографии. Патогенез и характер нарушений мозгового венозного кровообращения у больных дорсопатии.

Цель: Изучить особенности нейроваскулярно состояние позвоночника при дорсопатии и пути ее коррекции

Метод и материал исследования. Изучены 128 пациентов, соответствующих по критериям МКБ -10 диагнозу «сахарный диабет» в классе IV ЕЮ, Е11, получавших медицинскую помощь в стационарах и амбулаторно. Оценивались анамнез заболевания, неврологический статус, гемодинамические показатели, ЭКГ, лабораторные данные. Всем пациентам проводилось нейропсихологическое исследование, исследование артерий и венозных коллекторов головы и шеи методом ультразвуковой доплерографии, МРТ или КТ спинного мозга, у части больных (30 человек) выполнена МР -ангиография в венозную фазу мозгового кровообращения. В ряде случаев проводили дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий и внутренних яремных вен. В числе пациентов основной группы больных СД 1-го типа - 48 человек (37,5%), больных СД 2-го типа - 80 человек (62,5%). В их числе мужчин - 37 (29%), женщин - 91 (71%) человек в возрасте от 18 до 70 лет (средний возраст больных $52,3 \pm 1,4$ лет). Средняя продолжительность заболевания в целом по группе обследованных составила $8,8 \pm 0,77$ (1 - 26) лет, для больных СД 1-го типа - $11,3 \pm 1,4$ (1 - 26) лет, при СД 2-го типа - $9,1 \pm 0,9$ (2 - 23) лет.

Распределение больных по возрасту в зависимости от типа СД

	Возраст, лет			Итого
	<45	45-59	>60	
ИИ СД 1 тип, п (%)	26 (53,3%)	19(40%)	3 (6,7%)	48 (100%)
2 тип, п (%)	6 (8%)	39(48%)	35 (44%)	80 (100%)
Контрольная группа	4 (13,3%)	19(63,3%)	7 (23,4%)	30 (100%)
ГБ	2 (10%)	13(65%)	5 (25%)	20 (100%)

Таблица 1

Обследованных больных 89% (114 чел.) предъявляли жалобы на головную боль, постоянную у 31 пациентов (24%), периодическую - у 83 (65%). Головная боль является наиболее часто встречающейся жалобой. Характер головной боли был различен. Часть пациентов (59 чел.) характеризовали головную боль как давящую, пульсирующую, сжимающую. Эти пациенты чаще отмечали четкую локализацию боли, головная боль не зависела от положения тела. Головная боль распирающего характера различной интенсивности наблюдалась у 66 пациентов (51,9%). С увеличением длительности СД и сопутствующих заболеваний больные отмечали, что головная боль становилась постоянной, чаще - распирающего характера, была наиболее выражена в

утренние часы, у части больных сопровождалась тошнотой. Уменьшение головной боли в течение дня отметили 62,5%) больных. Состояние больных улучшалось после легкой физической нагрузки, приема крепкого чая или кофе, массажа головы, отдыха на высокой подушке. Ухудшение состояния было вызвано эмоциональными и физическими перегрузками (83,1%), работой в наклонном положении (37%), приемом небольших доз алкоголя (29,4%), длительным пребыванием в горизонтальном положении. Также достаточно часто больные предъявляли жалобы на чувство тяжести в голове, метеочувствительность (63,7%). Шум в голове беспокоил 72 больных (56,3%). Симптом «тугого воротника» присутствовал у 42,5%) пациентов (54 чел.). Жалобы на головокружение несистемного характера предъявляли 51,2% больных (66 чел.), на головокружение системного характера - 13,8% (18 чел.), на шаткость, неустойчивость при ходьбе 45% (57 чел.). Утреннюю отечность век отметили 66 чел.(51,9%). Пастозность и отечность лица, уменьшающаяся к вечеру, наблюдалась у 55% больных (70 человек).

Среди обследованных больных 106 чел. (82,8%) предъявляли жалобы на повышенную раздражительность, быструю физическую и умственную утомляемость, снижение работоспособности, повышенную тревожность, сниженный эмоциональный фон. Снижение памяти, концентрации внимания беспокоило 69 (53,8%) пациентов. Нарушение сна (чаще - затруднение засыпания, поверхностный сон, частые пробуждения, в том числе от головной боли, реже - раннее пробуждение) выявлено в 67,5%) случаев. У этих больных имели место неврозоподобный и астеновегетативный синдромы.

82% пациентов (105 чел.) предъявляли характерные жалобы на боли в кистях и стопах при физической нагрузке, 57% пациентов беспокоило онемение, 45% - парестезии в дистальных отделах рук и/или ног, 63,1%) -усталость в голенях и стопах при продолжительной физической нагрузке. Парестезии проявлялись как ощущения холода, покалывания, жжения, которые возникали спонтанно или при прикосновении. Болевые ощущения различной интенсивности в стопах и голенях, появляющиеся без четкой связи с физической нагрузкой, усиливающиеся в вечерние и ночные часы, отметили 31% больных. Болевые ощущения часто сопровождалась ночными судорогами в мышцах голени по типу *crampi*.

При осмотре акроцианоз выявлен в 20% случаев (26 чел.), расширение подкожных вен на лице и шее - в 24,4% (31 чел.), расширение вен покровов черепа - в 7% (9 чел.), варикозное расширение вен нижних конечностей - в 48,8% случаев (62 чел.).

Когнитивные нарушения в виде снижения памяти на текущие события, снижение внимания выявлены у 32 больных (25%). Астено-невротический синдром выявлен у 78 пациентов (61,2% случаев). Вегетативный синдром в виде лабильности АД и пульса, сердцебиения, ощущений прилива крови к голове при наклонах туловища, вазомоторной лабильности, гипо-, гипер- или ангидроза нижней или верхней части туловища, дистальных отделов конечностей выявлен у 73 (56,9%) пациента. Псевдотуморозный (гипертензионно - гидроцефальный) синдром, проявляющийся упорной интенсивной головной болью, возникающей чаще после длительного пребывания в горизонтальном положении, во время сна, продолжающейся в течение первой половины дня, в ряде случаев сопровождающейся тошнотой, выявлен в 18,1% случаев (23 чел.).

Поясничная дорсопатия диагностирована у 109 пациентов (85% случаев). Она проявлялась в виде умеренного снижения мышечной силы в дистальных отделах конечностей (11,3% случаев), снижения глубоких рефлексов (57,5% случаев), снижения болевой чувствительности в дистальных отделах конечностей — в 81,3% случаев, снижения вибрационной чувствительности на уровне внутренней лодыжки и уровне коленного сустава — в 73% случаев. Болевая форма симметричной дистальной полинейропатии диагностирована в 31% случаев. Вегетативные нарушения в виде гипо- или ангидроза нижней части туловища, гипергидроза верхней части туловища, дистальных отделов конечностей выявлены у 53,1% пациентов.

Оценивая степень перегрузки позвоночных вен (ВВБ), глазничных вен, ускорение кровотока по

ВР (система поверхностных мозговых вен) и ПС (система глубоких мозговых вен), мы выделили 3 степени выраженности венозной гемодинамики (Ельчанинов А.П., 2004):

1 стадия - легко выраженная (латентная). Признаки венозной дисциркуляции только в одном бассейне: ВББ, периорбитальном, поверхностных вен (система базальной вены Розенталя), глубоких вен (система большой вены Галена), синусного стока. По глазничной вене кровоток имеет антероградный характер или ретроградный при положительной пробе Миллера. Кровоток модулированный, умеренно ускорен.

2 стадия - умеренно выраженная. Признаки венозной дисциркуляции СП явлением монофазного высокоскоростного кровотока в нескольких бассейнах одновременно или в одном, но с включением компенсаторных механизмов оттока - позвоночного венозного сплетения. Наличие кровотока в позвоночных венах в горизонтальном положении. Ретроградный кровоток по глазным венами отрицательной пробе Миллера.

3 стадия — резко выраженная. Прерывистый кровоток по любому из венозных коллекторов. Расширение синусов. Резкое ускорение кровотока в исследуемых венозных структурах. Ретроградный кровоток в глазничной вене, отрицательная проба Миллера.

Согласно клиническим наблюдениям, некоторые фармакологические средства, обладающие венотоническими свойствами, способны улучшать состояние пациентов.

Пролечено 30 больных СД с ВД головного мозга препаратом фирмы «Лаборатория Сервье» детралекс (микронизированная форма) (диосмин 450 мг и гесперидин 50 мг), обладающим венотонизирующим и ангиопротективным действием. Препарат уменьшает растяжимость вен, повышает их тонус и уменьшает венозный застой. Препарат назначали по 1 таблетке 2 раза в сутки, днем и вечером во время еды, в течение 1 месяца. Всем пациентам проводился клиническо-неврологический осмотр, УЗДГ до и после лечения. Кроме того, все больные получали базовую медикаментозную терапию, направленную на лечение основного заболевания (инсулин и сахароснижающие препараты), и метаболическую терапию (эспа - липон в дозировке 600 мг в сутки, витамины группы В). Контрольную группу составили 20 больных СД, идентичных по возрасту, продолжительности заболевания и степени выраженности нарушений венозного кровотока головного мозга, которые получали только комплексную базовую терапию без венотонизирующих препаратов.

Все пациенты отметили хорошую переносимость детралекса. Субъективно улучшение общего состояния отметили 27 пациентов (90%), принимающих детралекс. Пациенты отмечали уменьшение головной боли, головокружения, шума и чувства тяжести в голове, а также утренней отечности лица. 76,7% пациентов отметили уменьшение боли и тяжести в ногах, уменьшение отечности ног, у пациентов прекращались ночные судороги в ногах.

В неврологическом статусе у пациентов, принимающих детралекс, достоверно уменьшилась выявляемость микроочаговой неврологической симптоматики, гипестезии I ветви тройничного нерва (на 23,3%) и болезненности точек выхода тройничного нерва. Следует отметить большее увеличение вибрационной чувствительности у пациентов, принимающих детралекс на фоне метаболической терапии, относительно пациентов контрольной группы, не принимающих венотонизирующих препаратов.

При ультразвуковой доплерографии интракраниальных венозных сосудов до и после лечения в основной группе были выявлены достоверные различия ЛСК в ВР и ПС, в то время как изменений ЛСК в венозных сосудах у больных контрольной группы не отмечалось (табл.2).

Значения ЛСК в ВР и ПС до и после лечения

	Vs по ПС,см/с	Vs по ВР,см/с
До лечения	23,8±0,63	18,2±0,71
После лечения	18,5±1,22*	14,5±0,53*

* — различия статистически значимы ($p < 0,05$).

Таблица 2

Уменьшение скорости кровотока в интракраниальных венозных сосудах можно расценивать как улучшение венозного оттока из полости черепа.

Таким образом, после курса лечения венотонизирующими препаратами изученных дозировках происходит достоверное улучшение доплерографических и клинко-неврологических показателей у больных СД с признаками ВД головного мозга.

Использованные литературы

1. Адамбаев З.И.(2008) Вертеброневрология. - Тошкент,. С. 46-69.
2. Алдабергенова А.Б., Бирючков М.Ю. (2002) Магнитно-резонансная томография в диагностике остеохондроза поясничного отдела позвоночника // Журнал теоретической и клинической медицины. - 2000. - №3. - С. 107-108.
3. Алексеев В.В. Диагностика и лечение болей в пояснице //Consiliummedicum. -. - Т.4, №2. - С. 96-102.
4. Асадуллаев М.М. (2002). Синдром острой боли в вертеброневрологии и его коррекция // Науч.-практич.журн. Неврология. - 2005. - №1 (25). - С. 5-8.
5. Беляков В.В.Электронейромиография в практике мануальнотерапевта// Мануальная терапия. -. - №4. - С.22-23.
6. Дривотинов Б.В., Полякова Т.Д., Панкова М.Д. (2005) Физическая реабилитация при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника // Учеб. пособие. - Минск,. - 211 с.
7. Новосельцев С.В., Вчерашний Д.Б. (2009). Биомеханические нарушения у пациентов с грыжами поясничных дисков и их остеопатическая коррекция // Мануальная терапия. — №3 (35). – С. 64–72.
8. Самиев А.С. (2020).-Бел соҳаси спондилоген радикулопатияларида реабилитацион тадбирлар// Монография.-Самарканд, 104 б.
9. Mulleman D., Mammou S., Griffoul I., Watier H., Goupille P.(2006). Pathophysiology of disk-related sciatica. I. - Evidence supporting a chemical component // Joint Bone Spine. — Vol. 73. – P. 151–158.
10. Samiyev A.S. (2020). Medical and Social Rehabilitation of Patients with Vertogenic Cingulate Radiculopathy// International Journal of Trend in Scientific Research and Development. -. ISSN:2456-6470.- P.70-72.
11. Zelle B.A. (2005). Sacroiliac joint dysfunction: evaluation and man agement// Clin. J. Pain.- - Vol.21. - P.446-455.
12. Komiljonovna, khamdamova bakhora, bektashev rakhmatullo bektashovich, and bektashev otabek rakhmatulloevich. "an addition to the molecular mechanism of hypertension development." *international journal of cognitive neuroscience and psychology* 2.8 (2024): 18-21.
13. Хамдамова б. К., бекташев р. Б., бекташев о. Р. Значение ликвородинамического нарушения в

патогенезе эпилепсии //research journal of trauma and disability studies. – 2024. – т. 3. – №. 8. – с. 97-100.

14. Ziyadulloyevna, khakimova sakhiba, and khamdamova bakhora komiljonovna. "бел умуртқалари дорсопатияларида нейроваскуляри бузилишлар диагностикасида ултратовуш дуплекс сканерлаш." *journal of biomedicine and practice* 9.1 (2024).
15. Komiljonovna k. B., ziyadulloyevna k. S., arzikulovich k. U. Особенности нейроваскулярного состояния позвоночника при дорсопатиях у больных с сахарным диабетом //journal of biomedicine and practice. – 2022. – т. 7. – №. 6.