

ОСОБЕННОСТИ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ПО МАТЕРИАЛАМ МЛПУ ГКБ № 1, Г. НОВОКУЗНЕЦК)

ЧЕПУРНАЯ С.Л., ИВОНИНА Н.А., МЛПУ ГКБ № 1
ШМИДТ И.Р., *evil123-91@mail.ru*
ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава, г. Новокузнецк, Россия

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время ишемические нарушения мозгового кровообращения (ИНМК) являются важнейшей медико-социальной проблемой. Последние эпидемиологические исследования указывают на нарастание «эпидемии» инсульта в развивающихся странах и странах Восточной Европы [1, 2, 3, 5, 6, 7, 12, 13], в том числе и в России. ИНМК – одна из ведущих причин заболеваемости, смертности, значительной инвалидизации, социальной дезадаптации пациентов [2, 3, 5, 6, 7, 12, 13]. Остается актуальной проблема вертеброневрологических нарушений у больных ИНМК. У пациентов с ИНМК возникают двигательные нарушения, дискоординированность, которые усугубляют дегенеративные изменения позвоночника, что, в свою очередь, ограничивает возможности реабилитации больных с ИНМК в восстановительном периоде, когда возникает необходимость восстановления работы всего опорно-двигательного аппарата.

В связи с этим большое значение приобретает вертеброневрологический метод как метод выявления неврологических проявлений шейного остеохондроза (НПШО), при поддержании вертикальной позы [1, 9, 10, 11, 14, 15]. Целью настоящего исследования было выявление особенностей НПШО у больных с ИНМК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было проведено обследование методом случайной выборки, обследовано 253 пациента с ИНМК. Исследование проводилось в условиях отделения восстановительного лечения МЛПУ ГКБ № 1 г. Новокузнецка.

Критерии включения в исследование: ишемический инсульт в восстановительном периоде; дисциркуляторная энцефалопатия (по классификации Н.Н. Яхно, что соответствует хронической ишемии головного мозга по МКБ 10).

Критерии невключения: геморрагический инсульт; субарахноидальное кровоизлияние; воспалительные и аутоиммунные заболевания сосудов.

Критерии исключения: отказ от обследования.

Было обследовано 253 человека больных с ИНМК. Количество мужчин – 120 и женщин – 133. Средний возраст мужчин составил 56,92±4,52 года, женщин – 59,24±4,26 года. Удельный вес нозологических форм в них составил: с дисциркуляторной энцефалопатией было 23,52±3,63%, инфарктом мозга – 76,46±3,64%; по степени клинических проявлений: 2,55±0,32 степени; по длительности после перенесенного острого нарушения срок – 5,61±0,52 меся-

ца. Количество мужчин (120) и женщин (133) в общей выборке было одинаковым (соотношение 1:1,1). Средний возраст мужчин составлял 56,92±4,52 года, женщин – 59,24±4,26 года. Подавляющее большинство больных (210 человек) было старше 50-и лет. Были использованы следующие инструментальные и клинические методы исследования, проводимые всем больным с ИНМК по единой схеме: клиническое неврологическое обследование, вертеброневрологическое обследование, мануальное тестирование, компьютерная томография, показатели доплерографии, психологическое тестирование, вегетативное резонансное тестирование [3, 4, 5], статистические методы исследования. Для подтверждения диагнозов учитывались данные лабораторных и параклинических методов исследования (ЭЭГ, УЗДГ, РЭГ, КТ, МРТ, рентгенологические исследования).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Среди обследованных было 253 больных с ишемическим инсультом в восстановительном периоде, дисциркуляторной энцефалопатией по классификации Н.Н. Яхно, что соответствовало хронической ишемии головного мозга по МКБ 10.

Доминирующими жалобами являлись: головокружение у 93,68±1,52%, головная боль у 88,14±2,03%. В том числе у 32,02±3,13% боль в височно-лобной области.

Боль из затылочно-височной области иррадиировала в лобную область, в глазные яблоки. По эмоциональной окраске больные характеризовали боль как «давящую», «сжимающую золотым обручем», «сжимающую серебряным обручем», «раскалывающую», «тупую», «как набитая ватой», «как чугунная», мучительная, изматывающая. Количественная оценка головной боли проводилась с использованием ВАШ. У мужчин средняя степень интенсивности головной боли составляла 7,87±0,61, у женщин – 9,10±0,36.

Все больные отмечали, что с момента заболевания усилились непереносимость жары, духоты, реакция на изменение погоды, на стрессовые ситуации.

Объективно в неврологическом статусе выявлялись двигательные, дискоординаторные, когнитивные расстройства.

Положение обследованных больных было активное, у них сохранялись самообслуживание, самостоятельное передвижение в помещении, по улице.

Нарушения ходьбы были отмечены у 245 больных (96,83±1,10%). В табл. 1 приведена частота различных типов походки у обследованных пациентов.

Частота типов походки у обследованных пациентов в зависимости от пола, %±m.

Таблица 1.

Походка	Всего n=245	Мужчины n=116	Женщины n=129	P
Гемипаретическая	51,43±3,19	63,79±4,46	40,31±4,31	<0,05
Вестибуло-атактическая	41,64±3,14	31,89±4,32	50,38±4,40	<0,05
Лобная атаксия	2,85±1,06	2,58±1,47	3,10±1,52	>0,05
Мозжечковая атаксия	4,08±1,26	1,72±1,20	6,20±2,12	>0,05

Из табл. 1 видно, что гемипаретическая походка имела место у мужчин значительно чаще. У женщин значительно чаще выявлялась вестибуло-атактическая походка. Лобная и мозжечковая атаксия выявлялась у 17-ти больных без значимой разницы у мужчин и женщин.

У 221-го больного имело место нарушение позы. Чаще выявлялась сгибательная поза – у 68,77±2,91%. Второе место по частоте занимала поза Вернике-Манна – у 17,79±2,40%. Значимых различий в зависимости от пола не отмечено.

У обследованных больных с ИНМК в восстановительном периоде выявлялось сочетание несколько синдромов. У подавляющего большинства больных отмечались вестибуло-атактический (93,68±1,52%), астеноневротический (83,79±2,31%), диссомнический (81,54±2,43%), центральный гемипаретический (72,73±2,79%) синдромы. У 20,55±2,54% – психоорганический синдром. Редкими были мозжечковый (4,35±1,28) и эпилептиформный (1,45±0,75%) синдромы. По частоте мозжечкового гемисиндрома, астеноневротического, психоорганического синдрома в зависимости от пола не выявлено. Диссомнический и вестибуло-атактический синдромы значительно чаще были у женщин (P<0,05), пирамидный гемипарез значительно чаще у мужчин (P<0,05).

При сборе анамнеза было установлено, что все обследованные пациенты более пяти лет страдали неврологическими проявлениями шейного остеохондроза. Течение шейного остеохондроза было хронически рецидивирующее, прогрессирующее. В табл. 2 приведено распределение больных в зависимости от периода неврологических проявлений шейного остеохондроза (НПШО).

Таблица 2.

Распределение больных в зависимости от пола и периода неврологических проявлений шейного остеохондроза, %±m.

Период НПШО	Всего n=253	Мужчины n=120	Женщины n=133	P
Обострение	52,96±3,13	54,16±4,54	51,87±4,33	>0,05
Неполная ремиссия	33,20±2,96	31,66±4,24	34,58±4,12	>0,05
Относительная стабилизация	13,83±2,17	14,16±3,18	13,53±2,96	>0,05

Из табл. 2 видно, что у половины обследованных пациентов имело место обострение НПШО – 52,96±3,13%. У трети больных отмечена неполная ремиссия типа Б – 33,20±2,96%, а у 13,83±2,17% больных констатирована относительная стабилизация процесса. Распределение в зависимости от периода НПШО у мужчин и женщин было одинаковым (P>0,05).

Жалобы на проявления шейного остеохондроза активно предъявляли все пациенты.

В табл. 3 приведены характеристика и частота основных вертеброгенных жалоб у обследованных больных в зависимости от пола. Из табл. 3 видно, что

большинство характерных для НПШО жалоб чаще предъявляли женщины.

Таблица 3.

Характеристика и частота вертеброгенных жалоб у мужчин и женщин, %±m.

Жалобы	Частота, %±m			P
	Всего n=253	Мужчины n=120	Женщины n=133	
Ограничение объема движений в ШОП	100,00	100,00	100,00	>0,05
Боль в ШОП с иррадиацией в затылочную обл.	83,00±2,36	75,00±3,95	90,22±2,57	<0,05
Характерная головная боль	87,74±2,11	81,67±3,50	93,23±2,21	<0,05
Боль в области плечевых суставов	59,29±3,08	70,00±4,18	49,62±4,33	<0,05
Онемение рук по ночам	55,73±3,12	43,33±4,52	66,92±4,07	<0,05
Нарушение чувствительности, «ползание мурашек»	45,45±3,13	46,67±4,55	44,36±4,30	>0,05
Снижение силы в пальцах кисти, в том числе «здоровой» стороны	43,48±3,11	25,00±3,95	60,15±4,24	<0,05
Боль в ШОП, с иррадиацией в руки	43,47±3,12	14,17±3,18	69,92±3,97	<0,05
Боль в межлопаточной области	31,22±2,91	25,83±3,99	36,09±4,16	>0,05

При объективном обследовании выделялись неврологические синдромы шейного остеохондроза, характеристика и частота которых у мужчин и женщин приведены в табл. 4. Из табл. 4 видно, что наиболее часто у наших пациентов выявлялся синдром миосклеротомной цервикалгии у 82,21±2,47%, чаще у женщин (P<0,05). Остальные синдромы у мужчин и женщин выявлялись с одинаковой частотой.

Среди них вертеброгенный синдром позвоночной артерии – у 41,11±3,09%, плечелопаточный периартроз – у 30,83±2,90%, межлопаточный болевой синдром у 27,67±2,81 и синдром передней лестничной мышцы у 12,65±2,08%. У половины больных имело место сочетание синдромов без значимой разницы по половому признаку. Все выявленные синдромы соответствовали 3 степени клинических проявлений.

Таблица 4.

Неврологические синдромы шейного остеохондроза у обследованных больных в зависимости от пола, %±m.

Неврологические синдромы шейного остеохондроза	Частота, %±m			P
	Всего n=253	Мужчины n=120	Женщины n=133	
Миосклеротомная цервикалгия	82,21±2,47	75,00±3,95	88,72±2,74	<0,05
Синдром позвоночной артерии	41,11±3,09	36,67±4,39	45,11±4,31	>0,05
Плечелопаточный периартроз	30,83±2,90	31,67±4,24	30,08±3,97	>0,05
Межлопаточный болевой синдром	27,67±2,81	26,67±4,03	28,57±3,91	>0,05
Синдром передней лестничной мышцы	12,65±2,08	8,33±2,52	16,54±3,22	>0,05
Сочетание синдромов	51,53±3,14	49,16±4,56	53,33±4,32	>0,05

Мануальное тестирование проводилось для оценки биомеханики у обследованных пациентов и выявления патобиомеханических изменений.

У подавляющего большинства было нарушение осанки, проявляемое асимметрией плечевого пояса - у 99,20±0,56%; асимметрией таза - у 88,53±2,00%; смещением центра тяжести - у 90,90±1,80%; сколиозом в шейном отделе - у 94,46±1,80%; усилением кифоза в грудном отделе - у 78,26±2,59% больных. Изменения изгибов позвоночника в разных отделах обычно сочетались и имели 1-3-ю степень выраженности. Из-за смещения центра тяжести возникали трудности с удержанием тела в вертикальном положении.

В шейном отделе позвоночника возникали сглаженность шейного лордоза, сколиоз, кифотическая установка на уровне C_{v-vi}, C_{vi-vii}; комбинированные деформации - кифоз и сколиоз; уплощение лордоза и сколиоз; гиперлордоз и сколиоз, крыловидные лопатки. Голова и шея были выдвинуты вперед, голова наклонена в левую сторону.

В грудном отделе наблюдались сколиоз, усиление грудного кифоза, комбинированные деформации - кифосколиоз. В поясничном отделе возникали выпрямление лордоза, сколиоз, асимметрия таза.

Исследование активных движений выявило не только неоптимальность позы и осанки, но и асимметричность движений тела, некоординированность, грубый дисбаланс и несогласованность во взаимодействии мышц во время двигательного акта. Количество степеней свободы в суставах было ограничено, движения неэкономичные, рывковые, неточные, выполнялись с преодолением. Нарушалась повторяемость параметров движения, ограничивался объем активных и пассивных движений в суставах плечевых, тазобедренных, коленных. Изменения динамической составляющей двигательного стереотипа были выявлены у 243-х (96,04±1,22%) больных. У 250-ти (99,20±0,56%) больных имело место следующие состояния мышечной системы - болезненное напряжение и укорочение мышц, расслабленные мышцы, гипотрофичные мышцы (первой-второй степени). Имели место болезненное напряжение и укорочение мышц грудино-ключично-сосцевидной, верхней части трапециевидной мышцы, передней лестничной мышцы, мышцы, поднимающей лопатку. Укорочение и напряжение грудино-ключично-сосцевидной, передней лестничной мышцы, большой грудной мышцы, верхней части трапеции наблюдались в большей степени выраженности со стороны гемипареза независимо от степени выраженности гемипареза, в том числе и при пирамидной недостаточности. Нога у больных гемипарезом на пораженной стороне была удлинена, независимо от степени гемипареза. Плечевой сустав подтянут вверх и направлен вперед.

Имели место болезненные «сухожильные точки» в области руки и плечевого пояса как на стороне гемипареза, так и на «здоровой стороне», что указывало на возникновение нейродистрофических изменений.

Активные миофасциальные триггерные пункты возникали в верхней части трапециевидной мышцы, мышце поднимающей лопатку, глубоких флексорах головы, грудино-ключично-сосцевидной мышце на стороне гемипареза в большей степени.

Сопровождались болезненностью в покое, локальным судорожным ответом, вегетативными реакциями.

У 248 (98,02±0,87%) больных были расслаблены и растянуты межлопаточные мышцы, глубокие флексоры шеи, экстензоры руки, ромбовидные, передние и боковые зубчатые мышцы живота, широчайшая мышца спины, без значимой разницы по половому признаку. Межлопаточные мышцы были растянуты у 94,07±1,48% больных независимо от стороны гемипареза и его наличия. Мышцы живота, широчайшая мышца спины, надостная мышца были не только расслаблены, но и гипотрофичны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бахтадзе М.А., Ситель А.Б. Инсульт «BOW HUNTER' S». // Мануальная терапия № 4 (12), - 2003 - с. 58-63.
2. Бойко А.Н., Сидоренко Т.В., Кабанов А.А. Хроническая ишемия мозга (дисциркуляторная энцефалопатия). // CONSILIUM MEDICUM 2004. - Т. 6 - № 8 - с. 598-601.
3. Борисова Н.А., Хазиахметов Р.М., Алсынбаев М.М., Мельников Н.В. Способ лечения начальных проявлений нарушений мозгового кровообращения и дисциркуляторной энцефалопатии. RU. БИПМ № 32 20.11.2002 - с. 48.
4. Васильева Л.Ф. Визуальная диагностика нарушений статики и динамики опорно-двигательного аппарата человека. - Иванов МИК, 1996. - с. 112.
5. Верещагин Н.В. Недостаточность кровообращения в вертебрально-базиллярной системе. // CONSILIUM MEDICUM 2003. - Т. 5 - № 2 - с. 56 - 61.
6. Гехт А.Б., Гусев Е.И., Боголепова А.Н., Алферова В.В. Принципы реабилитации и фармакотерапии больных инсультом в восстановительном периоде. // Материалы VIII Всероссийского съезда неврологов. - Казань. - 2001. - с. 220.
7. Дамулин И.В. Постинсультные двигательные расстройства. // CONSILIUM MEDICUM 2003. - Т. 5 - № 2 - с. 64 - 70.
8. Кандыба Д.В., Жулев Н.М., Бадзгардзе Ю.Д. Мануальная терапия в комплексном лечении синдрома позвоночной артерии. // Мануальная терапия, Обнинск, № 4 (12) - 2003. - с. 19-23.
9. Небожин А.И. Некоторые особенности анатомии краниовертебральной области и их сочетание с сенсорными нарушениями в области головы. Журн. Мануальная терапия, Обнинск, № 4 (12) - 2003. - с. 50-53.
10. Небожин А.И. Виды функциональных блоков суставов краниовертебральной области Журн. Мануальная терапия. Обнинск, № 1 (9) 2003. - с. 24-27.
11. Сигрианский К.Н. Комплексный способ мануальной диагностики состояния краниовертебрального перехода. Журн. Мануальная терапия. Обнинск, № 1 (9) 2003. - с. 36-39.
12. Фейгин В.Л. Эпидемиология инсульта на рубеже веков: уроки и перспективы. Современные подходы к диагностике, профилактике и лечению нейродегенеративных заболеваний (деменция, инсульта и болезни Паркинсона) 5-7 декабря 2003 г. Сборник научных трудов. - Новосибирск: Сибмедиздат, - 2003. - с. 3-7.
13. Фейгин В.Л. Диагностика и лечение больных с цереброваскулярными заболеваниями. Новосибирск - 2003.
14. Lewit K. Manuelle Therapie in Rahmen der arztlichen Rehabilitation. - Leipzig: Barth, - 1973. - 506 s.
15. Lewit K. The needle effect in the relief of myofascial pain. // Pain. - 1979. - № 6. - p. 83-90.

РЕЗЮМЕ

Таким образом, у пациентов с ИНМК с ведущими астеноневротическим, психоорганическим синдромом, мозжечковым гемисиндромом, диссомническим синдромом, вестибуло-атактическим синдромом право или/и левосторонним пирамидным гемипарезом имели место неврологические проявления шейного остеохондроза. В период обострения - у половины больных, неполной ремиссии типа Б - у трети больных, относительной стабилизации - у шестой части больных.

С наибольшей частотой выявлялись синдромы миофасциальной цервикалгии, вертеброгенный синдром позвоночной артерии, плечелопаточный периартроз, межлопаточный болевой синдром. У половины больных имели место сочетание синдромов. У 243-х больных имело место изменения динамической и статической составляющей двигательного стереотипа.

ФБМН шейного отдела позвоночника усиливают клинические проявления ИНМК в восстановительном периоде, уменьшают эффективность методов лечения.

Собственно состояние шейного отдела позвоночника способно существенно изменять тонус мышц, участвующих в поддержании вертикальной стойки, двигательном акте. Результаты вертеброневрологического исследования могут помочь обнаружить значимые препятствия для проведения реабилитационной терапии [4, 9, 10]. Это особенно важно при ИНМК, сопровождающихся НПШО.

Результаты вертеброневрологического исследования позволяют уточнить генез и характер патологического процесса в двигатель-

ной сфере у больных ИНМК в восстановительном периоде и могут быть использованы для ранней дифференциальной диагностики болевых синдромов и подбора адекватных и корректных методов восстановительной терапии.

Вертеброневрологическое обследование может быть включено в комплексную программу обследования пациентов с ИНМК в восстановительном периоде с целью выявления ФБМН шейного отдела позвоночника и назначения адекватной кинезотерапии.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ЭКЗЕМОЙ

*КОНЧУГОВА Т.В., д.м.н., руководитель отдела физиотерапии и физиопрофилактики
ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины
и курортологии Минздрава России», г. Москва*

E-mail: umc-rnc@mail.ru

АНОФРИЕВА Н.В., соискатель, врач. ФГУ РНЦВМ и К Минздрава России»

E-mail: anofrieva@mail.ru

*КРУГЛОВА Л.С., к.м.н., врач, зав. отделением физиотерапии Городской клинической
кожно-венерологической диспансер №1 ДЗ, г. Москва*

E-mail: krugovals@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена актуальной теме поиска современных немедикаментозных методов терапии распространенных форм экземы. Впервые в сравнительном аспекте оценивается эффективность применения широкополосного УФ-Б/УФ-А-облучения и УФ-Б(311 нм) на фоне наружной терапии адъювантными средствами для лечения экзематозного процесса.

Ключевые слова: экзема, фототерапия, лечебная косметика.

ВВЕДЕНИЕ

Экзема входит в группу аллергодерматозов, на долю которых приходится 30-40% всей кожной патологии, характеризуется упорным, волнообразным течением, существенно ухудшает качество жизни больных, что приводит к их социальной дезадаптации. Механизм развития экземы реализуется в сложном взаимодействии иммунных, вегетососудистых, нейроэндокринных нарушений с многочисленными факторами внешней среды [1, 2, 3].

Современная концепция терапии аллергодерматозов подразумевает комплексный подход с использованием физиотерапевтических методик, позволяющих эффективно контролировать проявление симптомов [4]. Основное место в терапии экземы по-прежнему занимает ультрафиолетовое облучение. УФ-лучи оказывают корригирующее влияние на состояние центральной и вегетативной нервной системы, обладают выраженным противовоспалительным и иммуномодулирующим действием, а также противозудным и бактерицидным эффектами [5, 6, 7]. В последние годы появились работы, сообщющие об эффективности сочетанного применения УФ-Б/УФ-А-облучения и УФ-Б(311 нм) при лечении различных дерматозов, в том числе и экземы [8, 9].

Наиболее дискутируемый вопрос по применению фототерапии – это ранние и отдаленные побочные эффекты, которые проявляются в виде сухости кож-

ных покровов, усиления зуда, эритемы, впоследствии – развития дистрофических изменений эпидермиса, в связи с чем возникает необходимость в использовании средств лечебной косметики как неотъемлемой части комплексного лечения экземы [10].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 39 больных распространенной экземой, из них 19 женщин (48,7%) и 20 мужчин (51,3%), в возрасте от 19 до 38 лет (средний возраст составил $24,8 \pm 3,2$ года), с давностью заболевания $21,3 \pm 1,6$ года. У 74,4% больных обострения носили сезонный характер и развивались преимущественно в холодное время года, частота обострений в среднем по группам составила $4,1 \pm 0,6$ раза в год. У 53,8% больных была диагностирована истинная форма экземы, у 46,2% – микробная форма. Наиболее часто из сопутствующей патологии встречались: заболевания желудочно-кишечного тракта – 51,3%, поллиноз – 53,9%, аллергический ринит – 20,5%.

Методы мониторинга включали клиническое наблюдение в динамике за состоянием кожи, выраженностью субъективных симптомов, определение индексов, отражающих тяжесть кожного процесса: EASI (индекс тяжести заболевания и площади поражения при экземе), Пруриндекс (индекс зуда), а также русифицированного дерматологического индекса качества жизни больных (ДИКЖ), позволяющего оценить уровень негативного влияния заболевания на различные аспекты повседневной жизни больного в данный отрезок времени. Проводился анализ показателей периферической крови и биохимических маркеров аллергического воспаления – серотонина, гистамина (систем АВХ), основных показателей гуморального звена иммунитета (иммуноферментная тест-система Нета, иммунодиффузная тест-система Реафарм). Для обработки цифровых данных использовался стандартный пакет программ STATISTICA 6.0.