

Козелкин А. А., Медведкова С. А.

Запорожский государственный медицинский университет

ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННЫХ ВЕРТЕБРО-ВИСЦЕРАЛЬНЫХ СИНДРОМОВ

Одной из важных проблем современной неврологии является изучение клинических особенностей, диагностика, лечение и профилактика заболеваний периферической нервной системы.

Из 500 обследованных нами больных с неврологическими проявлениями дегенеративно-дистрофических заболеваний (ДДЗ) грудного отдела позвоночника у 27,8 % определялись комбинированные вертебро-висцеральные синдромы.

У 53 больных (38,1 %) диагностирован вертебро-гастроэнтеральный синдром — и у 16 пациентов (11,5 %) определялся вертебро-бронхопультмональный синдром.

Вертебро-гастроэнтеральный синдром был диагностирован у 53 больных, что составило 10,6 % от общего числа больных. Из них при дополнительном терапевтическом обследовании у 44 пациентов (83,0 %) определялась органическая патология (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический холецистит, гастродуоденит, хронический холецисто-панкреатит), поэтому мы их рассматривали как больных с комбинированными торако-гастроэнтералгиями. У 9 больных (17,0 %) имелись висцералгии, но без органической патологии со стороны органов желудочно-кишечного тракта, и они были отнесены к вертеброгенным торако-гастроэнтералгиям.

Вертеброгенное поражение грудных корешков и узлов симпатического ствола часто сопровождается болями в области органов брюшной полости и расстройствами их секреторной, эвакуаторной и трофической функций.

Основной жалобой больных с вертебро-гастроэнтеральным синдромом были боли в области живота, на фоне болей в спине, преимущественно в среднегрудном отделе. У 24 больных (45,3 %) боли локализовались в эпигастральной области, у 15 пациентов (28,3 %) — в правом подреберье и у 14 (26,4 %) наблюдалось сочетание болей в эпигастральной области и правом подреберье.

По характеру боли чаще были тупые, ноющие — у 50 больных (94,3 %), реже жгучие стреляющие — у 3 пациентов (5,7 %). У 45 больных (84,9 %) они сопровождались парестезиями, ощущениями дискомфорта в области желудка и желчного пузыря. У 16 больных (30,2 %) боли сочетались с чувством изжоги и тошноты, по-видимому это было обусловлено изменениями кислотности желудочного сока.

У 39 пациентов (73,6 %) боли в спине сопровождались болями и чувством тяжести в правом подреберье. Это сочетание болей было, вероятно, обусловлено ирритацией вегетативных симпатических образований и импульсацией из патологически измененного желчного пузыря.

У 40 больных (75,5 %) боли сопровождались чувством онемения, жжения, парестезиями в проекционных зонах, там же определялись явления гипалгезии и гиперпатии, носящие перманентный характер. Боли усиливались при поворотах туловища, наклонах, а также при нагрузках на среднегрудной отдел позвоночника.

При пальпации у всех больных определялась болезненность остистых отростков ThV — ThIX и паравертебральных точек. У 31 больного (58,5 %) выявлено функциональное блокирование сегментов ThVI — ThIX и у 22 пациентов (41,5 %) блокирование сегментов ThVII — ThX. Кроме того, у 28 человек (52,8 %) определялось блокирование соответствующих реберно-позвоночных сочленений.

Важно отметить, что при оказании нагрузки на заблокированные позвоночно-двигательные сегменты (ПДС) усиливались проявления висцералгии.

При миофасциальных мышечных триггерах (ММТ) наблюдалось напряжение и болезненность длинных разгибателей спины на средне-грудном уровне у 48 больных (90,6 %), причем у 26 из них (54,2 %) уровень сегментарного напряжения паравертебральных мышц не соответствовал уровню пораженного ПДС. По-видимому, это было связано с влиянием висцеральных очагов патологии. Кроме того у 21 больного (39,6 %) определялось умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки. У 18 пациентов (34,0 %) при пальпации были выявлены зоны локальной миофасциации на уровне заблокированных ПДС.

Изменение конфигурации грудного отдела позвоночника определялось у 42 человек (79,2 %), чаще это были гиперкифоз

или уплощенный кифоз — 36 больных (85,7 %), реже мышечный сколиоз — у 6 пациентов (14,3 %).

Средняя величина повышения мышечного тонуса у больных с вертебро-гастроэнтеральным синдромом составила $1,8 \pm 0,5$, а коэффициент вибрационной отдачи был равен $5,8 \pm 1,2$.

Вертебро-бронхопультмональный синдром мы определяли у 16 больных, что составило 3,6 % от общего числа обследованных нами больных (500 человек). У всех больных этой группы была патология органов дыхания (хронический бронхит, хронический трахеит, хроническая пневмония, бронхиальная астма). Характерным для этой группы больных было хроническое рецидивирующее течение процесса, причем у 7 больных (43,8 %) рецидивы висцеральной патологии совпадали с вертебральными. Основной жалобой были боли в области грудной клетки по передней и задней поверхности. Наблюдалось затрудненное дыхание вследствие уменьшения экскурсии грудной клетки, которое было обусловлено изменением конфигурации грудного отдела позвоночника (87,5 % — гиперкифоз), а также функциональным блокированием ПДС у всех больных (преимущественно верхне- и средне-грудных сегментов). У 9 больных (56,3 %) при ММТ определялись нейродистрофические узлы в межреберных мышцах. Кроме того у 13 больных (81,2 %) определялось функциональное блокирование дополнительных сочленений (реберно-грудных и реберно-позвоночных), соответствующих заблокированным ПДС.

Все эти патобиомеханические расстройства ведут к ограничению дыхательной экскурсии ребер и уменьшению подвижности купола диафрагмы. По нашему мнению при комбинированных вертебро-бронхо-пультмональных проявлениях патология органов дыхания оказывает влияние на состоянии грудного отдела позвоночника и грудной клетки и в свою очередь патобиомеханические расстройства вследствие ДДЗ грудного отдела позвоночника влияют на дыхательную функцию.

Таким образом, при сочетании вертебральной и висцеральной патологии, наблюдается своеобразие клинических проявлений и атипичное течение заболевания, обусловленное взаимовлиянием и взаимозависимостью двух патологических процессов. Это необходимо учитывать при диагностике для правильной интерпретации полученных данных, а также для назначения адекватной терапии.

УДК 616.831-005.4-08

Козелкин А. А., Медведкова С. А., Кузнецов А. А.

Запорожский государственный медицинский университет

ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ НЕЙРОМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МОЗГОВЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ОСТРОМ И РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДАХ

Одной из важных проблем современной неврологии является организация реабилитационной помощи больным с мозговыми инсультами. Это обусловлено их высокой распространенностью, заболеваемостью, инвалидизацией и смертностью. Ежегодно в мире регистрируется около 7 млн. инсультов, из них около 4 млн. больных погибает. В Украине каждый год регистрируется от 110 до 120 тыс. инсультов. Высокая инвалидизация больных перенесших инсульт (всего 15—20 % возвращается к труду), зачастую требующих ухода 1—2 трудоспособных родственников, определяют и социально-экономическую значимость данной проблемы.

В настоящее время не вызывает сомнений значимость медикаментозной реабилитации для улучшения процессов восстановления утраченных функций.

Цель исследования: Сравнительный анализ фармакологического действия препаратов Цераксон и Актовегин.

Под нашим наблюдением в клинике нервных болезней ЗГМУ находились 82 пациента (45 мужчин и 37 женщин) в возрасте от 48 до 84 лет (средний возраст $63,8 \pm 0,8$ года) в остром и раннем восстановительном периодах мозгового ишемического инсульта. В зависимости от применяемой терапии все больные были разделены на 3 группы с соблюдением условий рандомизации по возрасту, полу, исходной степени выраженности неврологического дефицита по шкале NIHSS.

В первую клиническую группу вошли 37 больных (20 мужчин и 17 женщин) в возрасте от 50 до 76 лет (средний возраст $63,9 \pm 1,1$ лет). Пациенты данной группы в дополнение к традиционной терапии получали Цераксон в сочетании с Актовегином. Цераксон использовали по следующей схеме: 1—10 сутки — 1000 мг в/в капельно на 200 мл физиологического раствора