

УДК 616.711.1:616.8:616-073.75:615.834

© Коллектив авторов, 2013.

ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И ОПТИМИЗАЦИЯ ЕЕ ДИАГНОСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ

А. И. Крадинов, В. А. Черноротов, О. П. Прокопенко, А. Ю. Царев, Е. В. Черноротова
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии (зав. – профессор А. И. Крадинов), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского»; 95006, Украина, г. Симферополь, бул. Ленина, 5/7; E-mail: office@csmu.strace.net
Крымское республиканское учреждение «Научно-исследовательский институт физических методов лечения и медицинской климатологии имени И. М. Сеченова» Министерства здравоохранения АР Крым; Украина, г. Ялта, ул. Мухина/пер. Свердлова, 10/3; E-mail: niisechenova@mail.ru

**DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY AT OSTEOCHONDROSIS OF CERVICAL SPINE AND
OPTIMIZATION OF IT'S DIAGNOSTICS AND REHABILITATION AT THE SANATORIUM-RESORT STAGE**
A. I. Kradinov, V. A. Chernorotov, O. P. Prokopenko, A. Yu. Tsaryov, E. V. Chernorotova

SUMMARY

In 36,6% of patients with the cervical spine osteochondrosis who undergo a sanatorium-resort rehabilitation, a discirculatory encephalopathy has been revealed. For clarification of the character of changes associated with this disease, a complex radiodiagnosics is required, including magnetic resonance tomography, which allows to individualize the rehabilitation curative measures for patients with discirculatory encephalopathy. The efficiency of the sanatorium-resort rehabilitation has been estimated with use of a specially designed methodology that includes five categories.

**ДИСЦИРКУЛЯТОРНА ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА І
ОПТИМІЗАЦІЯ ЇЇ ДІАГНОСТИКИ І РЕАБІЛІТАЦІЇ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЕТАПІ**
О. І. Крадінов, В. О. Черноротов, О. П. Прокопенко, О. Ю. Царев, О. В. Черноротова

РЕЗЮМЕ

У 36,6 % хворих остеохондрозом шийного відділу хребта, що поступили на санаторно-курортну реабілітацію, виявлялася дисциркуляторна енцефалопатія. Для уточнення характеру змін потрібно використовувати комплексну променевою діагностику, включаючи магнітно-резонансну томографію, що дозволяє індивідуалізувати проведення реабілітаційних лікувальних заходів хворим з дисциркуляторною енцефалопатією. Ефективність санаторно-курортної реабілітації оцінювалася за спеціально розробленою методикою, що включає п'ять категорій.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, остеохондроз, диагностика, реабилитация.

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника являются одним из самых распространенных заболеваний в мире. Многие авторы отмечают, что причиной болевого синдрома в шее, позвоночнике и полисиндромных неврологических проявлений является остеохондроз шейного отдела позвоночника [1, 5]. Остеохондроз позвоночника и уровень инвалидности увеличивается с возрастом и у лиц старше 60 лет достигает 100,0% [1].

Одной из форм клинических проявлений остеохондроза шейного отдела позвоночника является развитие вертеброгенной дисциркуляции головного мозга [2, 3].

Установлено, что процент инвалидности при нейрососудистых проявлениях остеохондроза шейного отдела позвоночника повышался в зависимости от возраста больных, достигая максимального пора-

жения в предпенсионном возрасте как у мужчин, так и у женщин. Из них наибольший удельный вес приходится на дисциркуляторную энцефалопатию (ДЭ).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Клинико-рентгенологически и инструментально обследовано 300 больных, поступивших на санаторно-курортную реабилитацию в Крымское республиканское учреждение «Научно-исследовательский институт физических методов лечения и медицинской климатологии имени И. М. Сеченова» (г. Ялта) с клиническими проявлениями остеохондроза шейного отдела позвоночника (ШОП), мужчины – 95, женщины – 205. Возраст больных колебался от 15 до 84 лет. У 110 из них отмечалось наличие ДЭ, что составляло 36,6%.

Всем больным проведено детальное рентгенологическое, включая по показаниям компьютерную

и магнитно-резонансную томографию (КТ и МРТ), исследование шейного отдела позвоночника и головного мозга, клинико-неврологическое обследование, электроэнцефалографию (ЭЭГ), интегральную оценку кровотока в системе каротидных и вертебро-базиллярных артерий (ИОК), электрокардиографию (ЭКГ), липидокоагулограмму, психологическое тестирование. Из них ДЭ I стадии отмечалась у 56 (50,9%) пациентов, II стадии – у 50 (45,5%) и у 4 (3,6%) – III стадии. Возраст больных колебался от 36 до 72 лет. Для изучения структурных изменений головного мозга по показаниям не-

которым больным проводили МРТ и КТ головного мозга и позвоночника.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Характер дегенеративно-дистрофических изменений шейного отдела позвоночника у лиц, поступивших на санаторно-курортную реабилитацию, представлялся в виде локальных изменений: хондроза диска, остеохондроза позвоночника, спондилеза, спондилоартроза, локального тендиноза и распространенных изменений в виде фиксирующего лигаментоза и остеопенической дистрофии позвоночника (рис. 1).

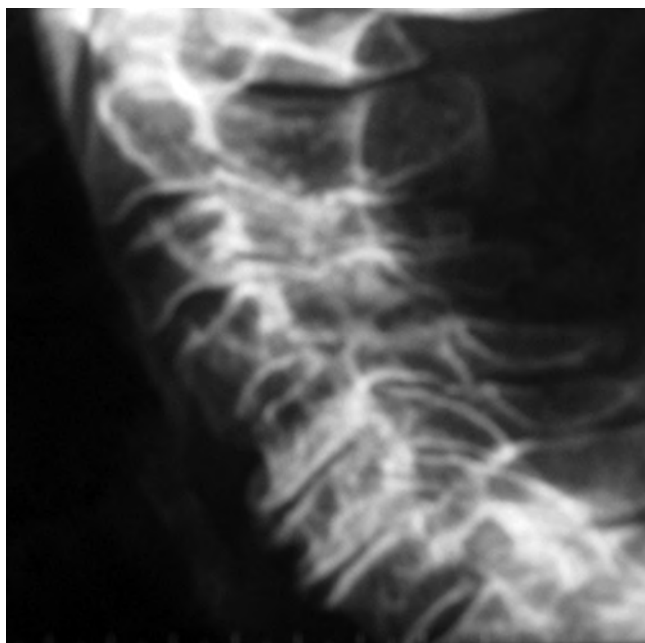


Рис. 1. Больной М., 62 г. На спондилограмме ШОП в боковой проекции на фоне остеопении определяется субхондральный остеосклероз, множественные краевые костные разрастания, значительные снижения МПД С4-С7.

Анализ рентгенологически выявленных изменений позволил их сгруппировать в две группы: а) рентгенофункциональные, б) рентгеноморфологические. По выраженности костно-хрящевых проявлений остеохондроза больные сгруппированы в соответствии с классификацией А. И. Осна [6] в четыре периода.

ДЭ преимущественно наблюдалась у больных II и III периода остеохондроза шейного отдела позвоночника. Рентгенологически у больных II периода преобладал остеохондроз, субхондральный остеосклероз замыкательных пластинок тел позвонков, шиповидные остеофиты, заострения и уплотнения полулунных отростков шейных позвонков – ункоартроз, функциональные нарушения подвижности позвоночно-двигательного сегмента (ПДС).

В III периоде остеохондроза у 31 (10,3%) пациента наиболее возрастной группы (от 41 года и старше) при КТ наблюдалось формирование задней

грыжи межпозвонкового диска.

По данным ЭЭГ во всех группах регистрировалось диффузная или локальная дезорганизация коркового ритма, которая проявлялась наличием нерегулярных диссинхронизированных типов ЭЭГ, умеренной деформацией альфа- и бета-ритма с нарушением зональных различий основного ритма, единичными и групповыми колебаниями при функциональных пробах генерализованных разрядов, гиперсинхронизации и дисинхронизации исходного ритма ЭЭГ. Выявленные изменения ЭЭГ согласуются с данными некоторых авторов [7], которые интерпретируют указанные сдвиги как нарушение метаболических процессов и церебральной гемодинамики в клетках коры и глубинных структурах головного мозга (гипоталамус, лимбико-ретикулярная система). Уровень активации коркового ритма определялся на фоновой кривой (норма, снижение, неустойчивое) в процессе всех исследований ЭЭГ.

Таким образом, результаты исследований показали, что у большинства исследуемых нами больных с остеохондрозом шейного отдела позвоночника и клиническими проявлениями церебрального атеросклероза в клинической картине доминировали недостаточность мозгового кровообращения в системе каротидного и вертебробазиллярного бассейна с венозной дисциркуляцией, что обосновало наличие ДЭ I и II стадии, в том числе, в сочетании с артериальной гипертензией и вертеброгенной цервикокраниалгией.

По комплексной оценке церебральной гемодинамики по всем показателям положительные результаты при санаторно-курортной реабилитации достигнуты у 84,9% больных. В том числе значительное улучшение – у 25,8%, улучшение – у 45,2%, небольшое улучшение – у 12,9%, без перемен – у 16,1%.

Все больные принимали единый лечебный комплекс с включением сезонной климатотерапии, утренней гигиенической гимнастики, классического массажа шеи и воротниковой зоны по методике, разработанной в ГУ «НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова» в сочетании с ароматерапевтическим средством «полиол», антиагрегантами, гипотензивными препаратами в соответствии с современными рекомендациями [2, 4], модифицированным комплексом лечебной гимнастики (ЛГ), группового тренинга психофизи-

ческой реабилитации, образовательной программы – «Профилактика мозгового инсульта» [7]. Новый комплекс ЛГ включал дополнительные движения, направленные на коррекцию нарушений мышц лица, пальцев рук, синкинезий, статики и координации движений. Отделом неврологии разработаны критерии эффективности лечения больных ШОП и ДЭ I и II стадий, в основе которых положена суммарная оценка 67 показателей, из них клинико-неврологические (9), психофизической реабилитации (16), центральной (10) и церебральной (5) гемодинамики, биоэлектрической активности головного мозга (12), биохимических показателей крови (4).

Группе больных, у которых при ЭЭГ изменения были интерпретированы как нарушение церебральной гемодинамики и метаболических процессов в клетках коры и глубоких структурах головного мозга, проведена магнитно-резонансная томография (МРТ) для уточнения изменений головного мозга МРТ.

Эти исследования показали, что при I стадии ДЭ, когда не выявились отчетливо выраженные неврологические синдромы и преобладали субъективные расстройства с легкой рассеянной симптоматикой, по данным МРТ выявлялось умеренно выраженное расширение наружных ликворных пространств, а в белом веществе отмечались единичные очаги патологического МР-сигнала сосудистого генеза (рис. 2).

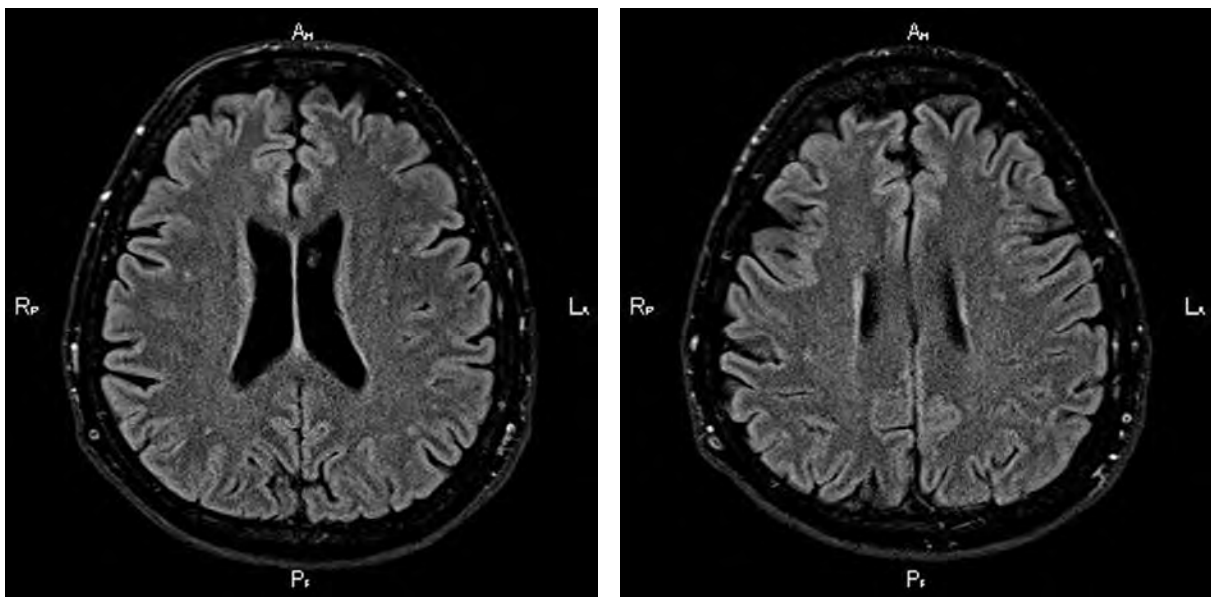


Рисунок 2. Больной П., 44 г. МРТ головного мозга в режиме T2W с подавлением жидкости: расширение наружных ликворных пространств и единичные очаги патологического МР-сигнала сосудистого генеза в белом веществе больших полушарий.

У больных II стадии ДЭ наряду с преобладающими определенными неврологическими синдромами – дискоординаторным, пирамидным, которые могут быть причиной снижения профессиональной адаптации больных, при МРТ также отмечались изменения. Как

правило, у этой группы больных было выявлено расширение желудочковой системы головного мозга, наружных ликворных пространств, увеличение количества и размеров очагов сосудистого генеза в головном мозге, перивентрикулярное повышение МР-сигнала (рис. 3).

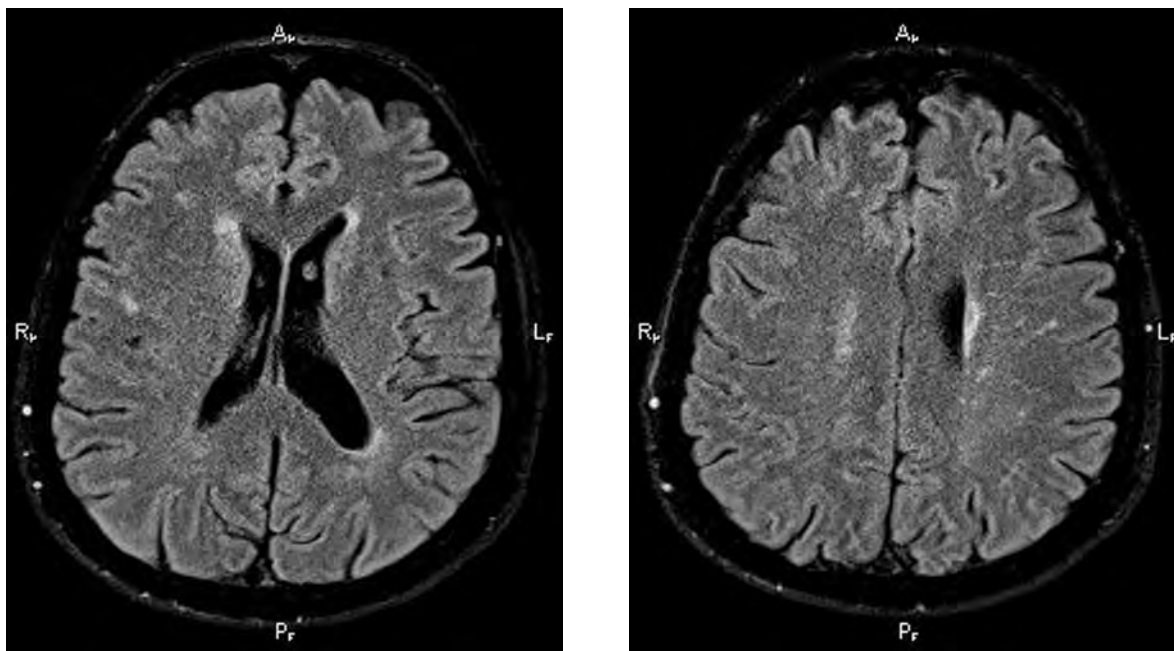


Рисунок 3. Больная С., 55 лет. МРТ головного мозга в режиме T2W с подавлением жидкости: расширение наружных ликворных пространств и желудочковой системы и множественные очаги патологического MR-сигнала сосудистого генеза в белом веществе больших полушарий, неравномерное перивентрикулярное повышение MR-сигнала.

ВЫВОДЫ

1. Таким образом, у пациентов, поступающих на санаторно-курортную реабилитацию с остеохондрозом шейного отдела позвоночника, наряду с выраженной полисиндромной клинико-неврологической симптоматикой у 36,6% выявлялась дисциркуляторная энцефалопатия.

2. Эти изменения взаимосвязаны с многообразными дегенеративно-дистрофическими поражениями позвоночника и костно-связочно-суставного аппарата. Со стороны шейного отдела позвоночника наиболее часто рентгено-морфологические изменения выявлялись в сегментах C₃-C₇. МРТ головного мозга показали по мере развития ДЭ прогрессирующие структурные нарушения. Поэтому больным, поступающим на санаторно-курортную реабилитацию с остеохондрозом шейного отдела позвоночника, с клинико-неврологическими проявлениями нарушения вертебро-базиллярного кровотока необходимо проводить МРТ, которая позволяет помимо функциональных данных выявлять очаговые и диффузные изменения головного мозга с последующей индивидуализацией санаторной медицинской реабилитации.

3. Проведенная комплексная санаторно-курортная реабилитация показала статистически достоверную положительную динамику. В прогностическом отношении менее благоприятны больные ДЭ III группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абельская И. С. Роль лучевой диагностики на этапах медицинской реабилитации при дегенеративно-дистрофических поражениях позвоночника

/ И. С. Абельская // Медицинские Новости. – 2007. – № 1. – С. 45–48.

2. Использование климатических, психотерапевтических и физических факторов в лечении больных начальными формами цереброваскулярной патологии : метод. рекомендации / сост. В. А. Ежова, Н. Н. Богданов, Л. А. Куницина [и др.]. – Ялта, 1992. – 15 с.

3. Куликова Т. В. Оптимизация программ реабилитации больных дисциркуляторной энцефалопатией на санаторно-курортном этапе / Т. В. Куликова, Н. Г. Ровенская ; Алтайский государственный университет, Барнаул: санаторий «Центросоюз» Р.Ф.У. – Белокурих, 2012. – С. 12–14.

4. Куницина Л. А. Гелио- и талассотерапия при НПН КМ / Л. А. Куницина, С. В. Безрученко // Вестник физиотерапии и курортологии. – Евпатория, 1996. – № 1. – С. 17–18.

5. Михайлов А. Н. Некоторые аспекты дегенеративно-дистрофических заболеваний шейного отдела позвоночника / А. Н. Михайлов, И. С. Абельская, О. О. Михайлов // Лучевая диагностика: настоящее и будущее : материалы V съезда специалистов лучевой диагностики, 3-4 ноября 2005, Гомель, Республика Беларусь / БелМАПО. – Гомель, 2005. – С. 241–243.

6. Осна А. И. Патогенетические основы клинических проявлений остеохондроза позвоночника / А. И. Осна // III Всероссийская конференция по проблеме остеохондроза позвоночника (29.05-1.06.1973 г.) : тезисы докладов. – Новокузнецк, 1973. – С. 7–15.

7. Церебральный атеросклероз / А. Ю. Царев, С. С. Солдатченко, В. А. Ежова [и др.] // Крымский медицинский формуляр. – Ялта, 2003. – № 5. – 95 с.