

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ШЕЙНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ МИЕЛОПАТИИ

Абдукадирова Д.Т.

Андианский государственный медицинский институт.

Кафедра Неврологии

Хайдаров Х.Б

Андианский государственный медицинский институт.

Кафедра Неврологии

Миелопатия является насущной и актуальной проблемой неврологии. Все возрастающее число пациентов, обращающихся за помощью к врачу с жалобами на существенное снижение качества жизни, обусловленное приобретенными изменениями в структуре позвоночника и включенных в него невральных элементов, является характерной приметой нашего времени.

Цель исследования: изучить характерные особенности течения спондилогенной шейной ишемической миелопатии (ШИМ).

Материалы и методы: Из 55 обследованных больных у 32 была диагностирована спондилогенная ШИМ. Заболевание наиболее часто развивалось у лиц в возрасте от 40 до 60 лет (у 62,5% больных). Средний возраст для больных спондилогенной ШИМ на момент обследования составил 50,7 лет. Следует отметить, что почти у половины пациентов симптомы миелопатии появились до пятидесятилетнего возраста.

Результаты и обсуждение: Клиническими признаками, которые с наибольшей вероятностью позволяли диагностировать спондилогенную ШИМ, были следующие: медленное нарастание слабости сначала в руках, а потом в ногах; присоединение легких гипотрофия, преимущественно дистальных

отделов рук; легкие нарушения поверхностных видов чувствительности сегментарного или проводникового типа; преобладание явлений пирамидной недостаточности в нижних конечностях, а также асимметричность неврологической симптоматики. Эти данные соответствуют приводимым в литературе при описании типичной клиники НИМ

Двигательные нарушения были ведущими в неврологической симптоматике у больных спондилогенной ШИМ. При этом у большинства из них они были представлены смешанным верхним и нижним спастическим парапарезом. В этой группе пациентов со спастико-амиотрофическим синдромом (синдромом БАС) преобладали больные с умеренными и выраженными двигательными нарушениями.

При изучении особенностей течения спондилогенной ШИМ, нами было выделено три варианта ее развития: 1) медленно прогрессирующее с периодами более быстрого нарастания симптоматики - у 39% больных, 2) постепенное медленное прогрессирование - у 31% больных, 3) первоначальное быстрое нарастание симптоматики с последующим замедлением темпов ее развития - у 30% больных.

Как видно, преобладали больные с прогрессирующим течением заболевания, однако скорость нарастания симптоматики была различной. Использование в нашем исследовании МРТ в сочетании с традиционными методами клинического и рентгенологического обследования. позволило глубже изучить механизмы возникновения и развития ШИМ у обследованных больных.

Результаты неврологического анализа и данные МРТ позволили выделить две группы больных спондилогенной ШИМ: 1) с компрессией спинного мозга грыжей (грыжами) межпозвоночных дисков, 2) без компрессии вследствие пролапса диска.

Было отмечено, что у пациентов у которых наблюдалось сочетание выше перечисленных изменений, выявленных при МРТ и рентгенографии, течение миелопатии отличалось большей прогрессивностью и двигательные нарушения

раньше достигали более выраженной степени. У больных без сдавления спинного мозга грыжами дисков их наличие и сочетание с другими спондилогенными факторами приводило к возникновению приобретенного (дегенеративного) стеноза позвоночного канала . Динамическая компрессия спинного мозга при сгибании или разгибании позвоночника оказывалась в этих условиях причиной хронического нарушения спинального кровообращения на шейном уровне.

Таким образом, возникновение и развитие спондилогенной ШИМ обусловлено целым комплексом патологических изменений позвоночника, при этом в клинической картине заболевания находит отражение, как их различное сочетание, так и степень выраженности. Совместное использование МРТ и рентгенографии (с функциональными пробами) позволяет более полно выявить их и оценить.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ: (REFERENCES)

1. Герман Д.Г., Скоромец А.А., 1981; Макаров А.Ю. и соавт. , 1991; Montgoroery et al., 1992 и Др..
2. Кузнецов В.Ф., 1992
3. . Гуца А.О., 2007, Никитин С.С., 2006, Nakanishi. К., 2006, Kim D. H., 2007 Chen R., 2008.