

Вертебробазилярная Недостаточность У Женщин Климактерического Периода

Абдукадирова Д. Т., Мухторов Р. Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

Кафедра Неврологии

ABSTRACT

Статья посвящена проблеме вертебробазилярной недостаточности на фоне остеопороза у женщин климактерического периода. Обследовано 40 женщин и проведено комплексное лечение с включением препарата Бетасерк на фоне гормонального препарата Фемостан.

The article is devoted to solving the problem of vertebrobasilar insufficiency in menopausal women who are suffering from osteoporosis. 40 women were examined and complex treatment was carried out including the drug Betaserc along with the hormonal drug Femostan

ARTICLE INFO

Received: 1st September 2023

Revised: 1st October 2023

Accepted: 4th November 2023

KEYWORDS:

Введение.

Остеопороз встречается как у мужчин, так и у женщин. Некоторые виды остеопорозных переломов угрожают каждой третьей женщине и каждому шестому мужчине. Сегодня это заболевание становится уже настолько распространенным, что о нем говорят как о тихой эпидемии.

Причиной остеопороза у женщин является недостаток половых гормонов, который возникает в менопаузу (после прекращения менструаций) или по другим причинам (хирургическим).

Недостаток половых гормонов вызывает потерю костной массы. Утрата губчатой части костной ткани по сравнению с компактной приводит к появлению переломов и деформации тел позвонков и дистального отдела лучевой кости. Снижение высоты позвонков и увеличение переднезадней кривизны в месте перелома приводят к увеличению искривления позвоночника. Это может также привести к болям в спине. Боль может носить эпизодический характер, и связана либо с поднятием тяжестей, либо с неловким движением. Часто пациенты предъявляют жалобы на утомляемость и ноющие боли в спине после вынужденного пребывания в одном положении или ходьбы. Чувство тяжести между лопатками, необходимость многократного отдыха в течение дня, в положении лежа, реже встречаются жалобы на боли в суставах, нарушения походки, хромоту.

Потерю костной массы можно предотвратить за счет гормонального лечения и приема кальция. Кальций содержится в молочных продуктах, рыбе, фасоли, зелени. Имеется много различных препаратов, содержащих кальций. Но всасывание и переработка кальция в организме не возможна без витамина Д. Однако чрезмерное употребление витамина Д может быть вредным для организма. Кроме того, таблетки кальция противопоказаны больным с мочекаменной болезнью.

Среди разнообразных осложнений остеохондроза у женщин в климактерическом периоде остеохондроз шейного отдела выделяется из общего ряда тем, что не просто причиняет пациенту боль или дискомфорт, а ведёт к нарушению кровоснабжения мозга. А это уже гораздо серьезнее. Достаточно сказать, что с дисциркуляцией вертебро-базилярной системы связано около 30%

инсультов и до 70% переходящих нарушений мозгового кровообращения. Правда, такие грозные заболевания возникают далеко не сразу, но и без них вертебро-базилярная недостаточность доставляет человеку массу проблем.

Особенностью шейного отдела позвоночника является его близость со спинным мозгом и позвоночными артериями. Поэтому специфическими проявлениями шейного остеохондроза могут быть корешковый болевой синдром, шейная миелопатия, синдром вертебробазилярной недостаточности, шейный прострел. Синдром вертебробазилярной недостаточности — является проявлением нарушения кровообращения в позвоночных артериях. Причина может быть в закупорке сосуда тромбом, внешнем сдавлении артерии грыжей, опухолью или костным наростом. Но самая частая причина вертебробазилярной недостаточности — спазм сосуда, вследствие болевого раздражения артерии пораженным шейным межпозвоночным диском. Симптомы вертебробазилярной недостаточности проистекают из нарушения функции отделов головного мозга, кровоснабжаемых позвоночными и базилярной артерией. Головокружение возникает в результате недостаточного кровоснабжения вестибулярного аппарата. У большинства пациентов с вертебробазилярной недостаточностью появляются жалобы на головокружение. В тяжелых случаях головокружение может сопровождаться тошнотой и рвотой. В более лёгких - головокружение носит эпизодический характер и быстро проходит. Возникает оно, как правило, после длительного, неправильного положения шеи. Например, после работы с бумагами, когда голова долгое время наклонена вперёд, или после сна, когда из-за неудобной подушки шея изогнута дугой, и такое её положение тоже сохраняется длительное время.

Нарушение слуха возникает из-за недостаточного питания слухового анализатора. Проявляется обычно в виде шума в ушах. Шум может иметь различный тембр: от высоких (писк, свист), до низких тонов (шум прибоя, жужжание). Шум может возникать после длительного неправильного положения головы и шеи, но часто присутствует постоянно

Ещё к частым симптомам вертебро-базилярной недостаточности относится нарушение зрения. Затылочные доли больших полушарий являются корковым центром зрительного анализатора. В этом отделе мозга происходит конечная обработка нервных импульсов, формирующихся в сетчатке глаз. Поэтому некоторые пациенты, страдающие вертебро-базилярной недостаточностью, отмечают различные нарушения зрения. Самым распространенным из таких нарушений считают туман в глазах. Из общих симптомов для вертебро-базилярной недостаточности характерны: головная боль (обычно в области затылка); общая слабость, быстрая утомляемость. Пациенты всё время ощущают упадок сил и уже к середине дня чувствуют себя уставшими и вымотанными; вегетативная и эмоциональная лабильность. Вегетативная лабильность проявляется как мгновенная потливость, пациенты называют её приливами. Ощущение жара в голове, лице или руках. Частое сердцебиение ("Сердце колотится"). Эмоциональная лабильность проявляется в частой смене настроения по незначительным поводам или вообще без них, повышенной раздражительности, гневливости или, наоборот, слезливости (плач без достаточных причин). Нарушение памяти, рассеянность и другие симптомы слабости мозговой деятельности. Выражаются в нарушении внимания, неспособности к концентрации, невозможности запомнить материал.

Как видим, симптомов очень много, и все они довольно серьёзные. Также очень высока частота этого заболевания у женщин климактерического периода. В той или иной мере вертебро-базилярная недостаточность присутствует у каждого 3-го человека, страдающего остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

Диагностика остеопороза производится при помощи рентгенографического исследования костей, денситометрии (определения плотности костной ткани), компьютерной томографии, ультразвукового исследования и некоторых лабораторных исследований.

Лечение остеопороза заключается в назначении гормональных препаратов (заместительная терапия женскими половыми гормонами (ЗГТ), кальцитонин, паратгормон, андрогены), бифосфонатов, препаратов витамина Д, солей фтора и кальция.

Не смотря на современные достижения медицины на сегодняшний день проблема ВБН у женщин в климактерический период остается актуальной.

Цель исследования: оценить эффективность комбинации препарата бетасерк на фоне препарата Фемастон у женщин климактерического периода страдающий ВБН на фоне шейного остеохондроза.

Было обследовано 40 женщин с шейным остеохондрозом отягощенный ВБН на фоне климактерического синдрома..

При неврологическом обследовании учитывались особенности головокружения, его характер, частота приступов, связь с изменением положения головы и тела, влияние на работоспособность и качество жизни. Уточнялась эффективность принимавшихся ранее препаратов. Больные были обследованы отоневрологом, исследовались АСВП, проводилось дуплексное сканирование магистральных артерий головы. Для оценки состояния вегетативной нервной системы использовался модифицированный нами вопросник который позволяет не только выявить больных с синдромом вегетативной дистонии (СВД), но и по сумме баллов оценить его выраженность.

В анамнезе у 5 женщин отмечались транзиторные ишемические атаки (у 4 в вертебрально-базилярном бассейне) и у остальных 35 диагностированы начальные проявления недостаточности кровообращения мозга.

У 21 (52,5%) больного из 40 приступы головокружения носили несистемный характер, у остальных отмечалось чередование несистемного и системного головокружения. У 28 (70,0%) больных частота приступов нарастала постепенно, у остальных они были частыми (не реже одного в неделю) с момента появления. У 31 (77,5%) женщины длительность приступов головокружения составляла от нескольких минут до нескольких часов, у 6 (15,0%) женщин они были очень кратковременными и длились секунды, а у 3 (7,5%) головокружение носило затяжной характер и могло продолжаться сутками. У 39 (97,5%) больных приступы были связаны с переменой положения головы или туловища. У большинства лиц изучаемой группы головокружение носило хронический характер беспокоило на протяжении 5-10 лет.

Снижение работоспособности в связи с головокружением отмечали 35 (87,5%) больных, ограничение возможности заниматься домашними делами — все пациентки. Временная нетрудоспособность, связанная с головокружением, отмечалась у 15 (37,5%) больных, причем у 7 — повторно. Практически все больные жаловались на снижение качества жизни. Хотя 29 (72,5%) больных в связи с головокружением обращались в лечебные учреждения и принимали различные препараты, лечение чаще было нерегулярным или кратковременным. Только 11 (37,9%) из этих 29 больных отмечали положительный эффект от проведенного лечения.

У половины наших пациенток отмечалась наследственная отягощенность в отношении болезней системы кровообращения (артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца или цереброваскулярные заболевания у родителей), а у 5 (12,5%) — синдром Меньера. Легкую травму головы в прошлом перенесли 14 (35,0%) больных с головокружением, причем у 5 она была повторной. Однако связь появления головокружения с травмой отмечали лишь 3 из этих 14 больных. У 26 (65,0%) больных была, вероятнее всего, конституционно обусловленная вестибулопатия: с детства отмечались повышенная чувствительность к вестибулярным нагрузкам и непереносимость качелей, каруселей, головокружение и тошнота при пользовании легковым транспортом и др. Заболевания ушей в анамнезе (без обострения в настоящее время) выявлены у 11 (27,5%) женщин, снижение слуха — у 17 (42,5%), причем у 9 — двустороннее, шум в ушах — у 23 (57,5%), шум в голове — у половины больных. Боли в области шеи отмечали 36 (90,0%) больных, явления плечелопаточного периартрита выявлены у 21 (52,5%).

У 5 (12,5%) пациенток при неврологическом осмотре отмечался горизонтальный нистагм, у 34 (85,0%) — болезненность при пальпации паравертебральных точек или остистых отростков шейного отдела позвоночника. У 32 (80,0%) больных была неустойчивость при ходьбе.

Артериальная гипертония (артериальное давление 140/90 мм рт.ст. и выше) диагностирована у 31 (78%) больной. У 14 из них в анамнезе отмечались гипертонические кризы, сопровождавшиеся во многих случаях головокружением.

У большинства обследованных больных с клиническими начальными и обратимыми формами цереброваскулярной патологии наряду с головокружением отмечались и другие «церебральные» жалобы: головная боль у 36 (90,0%), шум в голове у 50%, нарушение памяти у 36 (90,0%), быстрая утомляемость у 38 (95,0%) пациентов.

У всех женщин выявлен выраженный СВД. Сумма баллов по данным специального вопросника составила $57,0 \pm 15,1$ (при норме до 15). СВД средней тяжести (30-59 баллов) установлен у 26 (65,0%) больных, у остальных диагностирован еще более выраженный психовегетативный синдром с преобладанием сердечнососудистых и желудочнокишечных проявлений.

Данные параклинических исследований подтвердили нарушение у больных функции вестибулярного анализатора: изменения в его разных отделах были выявлены у всех 40 женщин, а при исследовании АСВП они были отмечены у 27 (67,5%). При дуплексном сканировании у 34 (85,0%) человек обнаружены отдельные гемодинамически незначимые изменения магистральных артерий головы.

После обследования 10 пациенток из 40 отказались от лечения по разным причинам, а остальным 30 больным был проведен курс комплексного лечения Бетасерком® (48 мг в день) в течение 2 мес на фоне приема препарата Фемастон.

После завершения курса такого лечения у 97%, больных отмечено уменьшение выраженности и частоты приступов головокружения, при этом у 4 (13,3%) они полностью прекратились, у 18 (60,0%) улучшение было существенным, у 7 (23,3%) — относительно небольшим и лишь у 1 больной улучшения состояния не было отмечено.

Положительная динамика при применении Бетасерка и Фемастона наблюдалась и в отношении сопутствующих жалоб и синдромов. Так, улучшение наступило у 11 (73,3%) из 15 больных со снижением слуха, у 21 (91,3%) из 23 больных с шумом в голове или в ушах. Из 24 больных, отмечавших неустойчивость при ходьбе, улучшение походки отметили 22 (91,7%), причем у 9 из них пошатывание при ходьбе полностью прекратилось.

После курса лечения Бетасерком и Фемастон 93,3% больных отмечали значительное уменьшение тяжести проявлений СВД (на $24,5 \pm 13,0$ балла по данным специализированного вопросника) — в основном это относилось к таким признакам, как метеозависимость, приступы «дурноты», диссомния, парестезии кистей и стоп, гипергидроз. У 21 (95,5%) из 22 больных с климактерическим синдромом отмечено урежение и облегчение приступов, в том числе у трети пациенток существенное. После лечения Бетасерком на фоне Фемастона у 25 (83,3%) больных улучшилась работоспособность, 28 (93,3%) стало легче заниматься домашними делами, у 29 (96,7%) повысилась оценка качества жизни, в том числе у 19 — существенно.

У всех женщин с головокружением установлены значительные нарушения функции вегетативной нервной системы в виде выраженного психовегетативного синдрома, преимущественно с «функциональными» сердечнососудистыми и желудочно-кишечными расстройствами. Большинство пациенток с головокружением предъявляют также жалобы на снижение слуха, шум в ушах и голове, неустойчивость при ходьбе. Все страдающие головокружением отмечают снижение работоспособности, быструю утомляемость, изменение настроения. При отоневрологическом обследовании у пациенток даже с относительно нетяжелыми приступами определяются изменения функции разных отделов вестибулярного анализатора.

Лечение препаратом Бетасерк на фоне препарата Фемастон улучшило состояние 97% больных с головокружением при начальных и обратимых формах цереброваскулярных заболеваний, при этом в значительной степени уменьшилась выраженность сопутствующих нарушений.

Список литературы

1. Авров, М. В., А. В. Коваленко. Коррекция клинических проявлений хронической ишемии головного мозга мануальной терапией // Медицина и образование в Сибири. — 2017. — № 6. — С. 30

2. Барулин, А.Е., Курушина, О.В., Пучков, А.Е. Вертебро-базилярная недостаточность // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2014. — Т. 51. — № 3. — С. 3-8.
3. Романова, М.В., Исакова, Е.В., Котов, С.В. Комплексное лечение пациентов с постуральным фобическим головокружением // Альманах клинической медицины. — 2017. — № 28. — С. 3-8
4. Парфенов, В.А. Ишемический инсульт / В.А. Парфенов, Д.Р. Хасанова. — М.: МИА, 2016. — 288 с.
5. Филатова, Е.Г. Головокружение: диагностика и лечение // Врач. — 2015. — № 2. — С. 20-23.
6. Adrion, C, Fischer, CS, Wagner, J, Gürkov R, Mansmann, U., Strupp, M. Efficacy and safety of betahistine treatment in patients with Menieres disease: primary results of a long term, multicentre, double blind, randomised, placebo controlled, dose defining trial (BEMED trial) // BMJ — 2016 — 352.doi: 10.1136/bmj.h6816
7. Akdal, G., Baykan, B., Ertas, M. et al. Population-based study of vestibular symptoms in migraineurs //Acta Otolaryngol. — 2015. — May. — Vol. 135(5).— P.435-439.
8. Brandt, T., D.Huppert. et al. Functional dizziness: diagnostic keys and differential diagnosis // J Neurol. — 2015.
9. Cohn, B. Can bedside oculomotor (HINTS) testing differentiate central from peripheral causes of vertigo? // Ann Emerg Med. — 2014. — Vol. 64.— P. 265
10. Edlow, J.A, Newman-Toker, D.E. Using the Physical Examination to Diagnose Patients with Acute Dizziness and Vertigo // J Emerg Med. — 2016. — Apr. — Vol. 50(4). — P. 617-628