

вышение мышечного тонуса в руке на той же стороне. В диагностических сложных случаях используются также аудитивные и визуальные тесты, маневр Фроменты (Froment's maneuver).

Цель

Оценить влияние когнитивных нагрузок на мышечный тонус пациентов с ранней стадией болезни Паркинсона.

Материал и методы исследования

Основная группа (ОГ): 20 пациентов с БП (средний возраст 48,8 [39,3; 62,8] года; длительность заболевания 8,1 [3,9; 16,2] месяцев. Группа контроля (ГК): 20 человек без неврологических заболеваний, сопоставимых по возрасту с ОГ. Осмотр лиц ОГ и ГК проводился двумя заслепленными исследователями в покое в положении сидя (исходное состояние). Мышечный тонус оценивали при пассивных движениях в лучезапястных суставах, согласно унифицированной шкалы оценки болезни Паркинсона международного общества расстройства движений (MDSUPDRS), где вместо рекомендуемых провоцирующих приемов использовалась когнитивная нагрузка: последовательное вычитание от числа 100 числа 7 несколько раз и называние паспортных данных.

Результаты исследования и их обсуждение

Только у лиц с БП при выполнении когнитивных тестов выявлялось статистически значимое повышение мышечного тонуса по пластическому типу при выполнении обоих когнитивных тестов по сравнению с исходным уровнем ($p < 0,001$).

Выводы

Когнитивная нагрузка повышает ригидность у лиц с болезнью Паркинсона. Это может быть связано с ухудшением компенсаторных влияний кортико-базальных ганглиев таламо-кортикальной петли (когнитивного компонента моторного контроля). Данный прием может использоваться для ранней диагностики БП.

УДК 616.71-018.3-002-02

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА

Борисенко А. В., Юрова В. А.

Научный руководитель: ассистент В. С. Смирнов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема остеохондроза позвоночника является наиболее актуальной в современной медицине. Многочисленные данные как отечественной, так и зарубежной литературы свидетельствуют о постоянном увеличении числа больных с неврологическими проявлениями данного заболевания. В свою очередь выделяют ряд факторов, которые определяют высокую медико-социальную значимость остеохондроза шейного отдела позвоночника: крупные экономические потери в связи с временной нетрудоспособностью больных (65 % пациентов — лица в возрасте от 30 до 49 лет и 15 % — до 30 лет). Высокий процент от вертебральных и экстравертебральных осложнений, низкие показатели качества жизни этих больных, склонность к распространению заболевания у подростков и детей [1, 2].

Цель

Проанализировать доступную литературу по причинам развития остеохондроза шейного отдела позвоночника.

Материал и методы исследования

В ходе исследования были изучены и проанализированы материалы статей на тему шейный остеохондроз.

Результаты исследования и их обсуждение

Шейный остеохондроз — дегенеративный дистрофический процесс в межпозвонковых дисках, с вовлечением тел смежных позвонков, межпозвоночных суставов и связочного аппарата позвоночника. На сегодняшний день этиология заболевания неизвестна.

Выделяют следующие теории причины данного заболевания: врожденные (врожденные патологии соединительной ткани, аномалии развития позвоночника, слабость и снижение мышечного тонуса); наследственные предрасположенности; гормональные нарушения, вызывающие дегенерацию позвоночника. Преимущественно страдают женщины, т. к. подвержены гормональным перестройкам (беременность, климакс); механические причины: избыточная физическая нагрузка, подъемы грузов, различные травмы позвоночника; функциональные причины: гиподинамия, неправильная осанка, нарушение гигиены поз и движений, статические нагрузки; инфекционные поражения позвоночника, нарушенный лимфоотток и питание отдельных отделов позвоночника; сосудистые нарушения, сопровождающиеся нарушениями кровообращения и дистрофическими изменениями в позвонках с возрастом [1, 2].

К факторам риска относят: нарушение питания, гиподинамия, избыточный вес, курение, избыточная физическая нагрузка, плоскостопие, нарушения осанки.

Основными проявлениями шейного остеохондроза являются головной болью (цервикокраниалгия), усиливающаяся при наклонах головы, сопровождающейся головокружением и шумом в ушах. Возникновение данного симптома связано со сдавлением позвоночной артерии, так и воздействием костных структур на симпатическое сплетение позвоночной артерии с рефлекторным спазмом сосуда. Боль в шее (цервикобрахиалгия), иррадирующая в лопатку, руку, грудную клетку. При этом отсутствуют изменения на ЭКГ неэффективностью коронаролитиков. Нарушение чувствительности в зоне определенного дерматомы, гипотония и гипотрофия тех мышц, в иннервации которых участвует пораженный корешок, гипо- и арефлексия. Клинические проявления пареза в руке. Для цервикалгии характерна боль в шеи, чувство дискомфорта, «хруст» при поворотах головы [3].

Выводы

Исходя из вышесказанного, остеохондроз шейного отдела позвоночника является медико-социально значимым заболеванием, поражающим преимущественно лиц трудоспособного возраста. В связи с широкой распространенностью факторов риска среди населения (прогрессирующее снижение двигательной активности, нарушение осанки, избыточный вес, курение и др.) заболевание имеет тенденцию к возникновению в более раннем возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Епифанов, В. А. Остеохондроз позвоночника: диагностика, лечение, профилактика / В. А. Епифанов // МЕДпресс-информ. — 2004. — С. 12–15.
2. Антонов, И. П. Шейный остеохондроз: клиника, лечение и профилактика / И. П. Антонов // Здоровоохранение. — 1996. — № 4. — С. 7–9.
3. Жарков, П. Л. Остеохондроз и другие дистрофические изменения позвоночника у взрослых и детей / П. Л. Жарков. — М.: Медицина, 1994. — С. 21–25.