

растом. Далее, рассмотрим патогенез ЭАГ: «растормаживание» сосудодвигательного центра ведет к спазму сосудов, что вызывает повышение АД само по себе и через повышение чувствительности к катехоламинам. Спазм сосудов ведет к гипоксии тканей, что с одной стороны повышает секрецию АКТГ и увеличивает выброс глюкокортикоидов, а с другой активирует РААС, что тоже повышает АД. Также при ЭАГ растет прямое стимулирующее влияние симпатического нерва, что тоже увеличивает АД. Мелатонин снимает напряжение в вегетативных центрах и коре головного мозга, расширяет сосуды, оказывает кардиопротекторное действие, понижает выброс стрессовых гормонов, тормозит РААС. Иными словами, действует на все звенья патогенеза сразу.

Выводы: 1. Эссенциальная артериальная гипертензия, в большинстве случаев представляет собой процесс дезадаптации по отношению к циркадианному ритму, являющийся эндогенным десинхронозом, возникающим либо при нарушении нормального ритма функционирования периферических органов, либо при нарушении ритмогенной функции центральных структур фотопериодизма. При появлении десинхроноза у больных с симптоматической гипертензией можно утверждать о комбинированной гипертензии.

2. Рассматривается возможность использования мелатонина в комплексе мер, направленных на восстановление циркадианной ритмики, как метода лечения эссенциальной артериальной гипертензии, обусловленной десинхронозом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бурдин В.Н., Мотов И.В., Гребенникова В.В., Новицкий И.А. /Десинхроноз в нозологии эссенциальной гипертензии./ Научно-технический журнал РАЕ «Современные проблемы науки и образования», г. Москва 2008, № 6 с. 125-129.

ЗАВИСИМОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА ОТ СТЕПЕНИ ПРОТРУЗИИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

Олейник А.А., Олейник Е.А.

*Белгородский государственный университет,
медицинский факультет
Белгород, Россия*

Применение в комплексе обследования больных с поясничным остеохондрозом метода МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника дает возможность выявления даже незначительных, начальных изменений в межпозвонковых дисках. Это позволяет тщательнее изучить

все возникающие поражения межпозвонковых дисков и более детально сопоставить их с клиническими проявлениями данного заболевания позвоночника.

При изучении 1848 магнитно-резонансных томограмм пояснично-крестцового отдела позвоночника выявлено, что поражение только одного межпозвонкового диска имело место у 488 пациентов (26,4%). Патология двух межпозвонковых дисков отмечена у 567 больных (30,7%), а трех - у 610 человек (33,0%). Изменения четырех межпозвонковых дисков обнаружено у 146 больных (7,9%), а пяти - всего у 37 пациентов (2,0%). Следовательно, при поясничном остеохондрозе моносегментарное поражение межпозвонковых дисков имеет место примерно у четверти больных (488 человек, 26,4%). В большинстве же случаев (1360 пациентов, 73,6%) изменения в очаге остеохондроза носят полисегментарный характер.

Анализ клинической картины у 488 больных с поражением только одного межпозвонкового диска позволил установить существование возможной зависимости тех или иных клинических проявлений при поясничном остеохондрозе от степени протрузии межпозвонковых дисков. Больные с изменениями одного межпозвонкового диска были разделены на 2 группы. Первая группа - 211 человек (43,2%) с наличием только рефлекторных неврологических синдромов, когда измененный межпозвонковый диск вызывает лишь ирритативное воздействие. Вторая группа - 277 пациентов (56,8%) с клинической картиной компрессионного корешкового синдрома. При этом возникновение гипестезии в зоне иннервации компремированного корешка спинномозгового нерва рассматривалось как начальное проявление компрессионного синдрома.

Оказалось, что протрузия межпозвонкового диска у всех больных первой группы не превышала 4 мм. У пациентов второй группы протрузия диска в 256 случаях (92,4%) составила более 4 мм. У 21 человека (7,6%) величина протрузии межпозвонкового диска была равной 4 мм, однако у них был выявлен стеноз позвоночного канала либо межпозвонковых отверстий.

Принимая во внимание полученные данные о том, что протрузия межпозвонкового диска до 4 мм вызывает ирритацию корешка спинномозгового нерва, а выпячивание более 4 мм его компрессию и учитывая возможность различных сочетаний воздействия измененных межпозвонковых дисков в очаге остеохондроза на содержимое позвоночного канала, были выявлены клинико-лучевые критерии различий трех видов очага остеохондроза:

- 1) ирритативного,
- 2) компрессионного,
- 3) компрессионно-ирритативного.