

ФАКТОР РИСКА ХРОНИЧЕСКОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ СИНДРОМ БЕСПОКОЙНЫХ НОГ

Исмати Заррина Обидовна

Соискатель кафедры неврологии

Самаркандский государственный медицинский университет

Джурабекова Азиза Тахировна

Д.м.н., профессор, заведующий кафедры неврологии

Самаркандский государственный медицинский университет

<https://doi.org/10.5281/zenodo.12771485>

Аннотация: Изучена взаимосвязь фактора изменений сосудистой функции, нарушения вегетативной системы при синдроме беспокойных ног и хронизацией мозгового кровообращения, патомеханизм лежащий в основе этих отношений, остаётся неясным и дискутабельным. Методом клинико-неврологических симптомов, инструментальных и использованием опросников (шкал), показали, что синдром беспокойных ног влияет на механизм регулирования изменений в крупных и мелких сосудах, как периферического, так и центрального характера, которые лежат в основе ишемических событий и влияют на их тяжесть. При этом, изменение в структуре эндотелия играет центральную роль в возникновение и прогрессирование цереброваскулярных заболеваний, и в последние годы, многие ученые рассматривают эндотелий как отдельный орган с учетом его объема и выполняемой функции.

Ключевые слова: синдром беспокойных ног, хроническое нарушение мозгового кровообращения, артериальная гипертензия.

Цель исследования: изучить клинико-нейрофизиологические характеристики пациентов с синдромом беспокойных ног и определить влияние синдрома на процесс хронизации нарушения мозгового кровообращения.

Материал и методы исследования. Самым сложным оказалось скрининг и отбор пациентов, в связи с этим проводилось рутинный опрос обращенных пациентов в неврологическое отделение, отделение рентген-радиологии (на диагностику Ультразвукового дуплексного сканирования сосудов ног), отделение сосудистой хирургии. Основанием для включения в основную группу была жалоба на двигательное ночное беспокойство в ногах. Исключением или критерием не включения служили признаки соматонедостаточности, такие как тяжелая анемия, хроническая почечная недостаточность, беременность, нелеченое и неконтролируемое высокое кровяное давление, пациенты с плохим гликемическим контролем, курящие, с атеросклеротическими бляшками на сонных артериях, пациенты с патологией перipherическими неврологическими расстройствами и психическими отклонениями. Обследованные участники разделены и классифицированы по полу (мужчин оказалось в два раза больше), и возрасту (средний возраст составил 37,5 лет), основная группа: 43 пациента. Помимо этого, отобраны добровольцы без жалоб на СБН, которые вошли в группу сравнения (30) идентичные по возрасту и полу. Для всех участников рекомендован для оценки результатов стандартный и модифицированный протокол диагностики, где на первый план выходит неврологический осмотр, далее

необходимые лабораторные анализы биохимии крови (коагулограмма), нейрофизиологические исследования (электромиография мышц нижних конечностей), ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей (Дуплексное УЗИ выполнялось с помощью дуплексного ультразвукового аппарата Philips с диапазоном частот 5–13 МГц для артерий нижних конечностей). нескольким пациентам проводилось МРТ нижних конечностей и в 100% случаях МРТ головного мозга.

Результат исследования. На основание поставленной цели, на первом этапе исследования произведена оценка по количеству жалоб СБН, оказалось из всех пациентов основной группы с СБН, 83% испытывали дискомфорт в ногах и в ночное и дневное время, остальной процент разделен на только ночное беспокойство (11%), дневное время (6%), причем пациенты испытывающие дневное беспокойство ног были в среднем на 10 лет старше основного среднего возраста из всей группы. От начала первых признаков до дебюта СБН, по анамнезу, выявлен длительный промежуток (в среднем от 5 до 8 лет), кроме того, все пациенты указывают на прогрессирующй характер заболевания, в особенности это касается пациентов, испытывающих СБН, днем и (вечером) ночью. По официальной классификации СБН разделен на семейную и нейропатическую и идиопатическую (спорадическую) формы. Процент семейных случаев СБН, составил 47%, что соответствует данным, работ различных зарубежных авторов. Самым интересным оказался тот факт, что пациенты не обращались к врачам, непосредственно с проблемами СБН, данный признак выявлен в ходе основных жалоб (тяжость в ногах, отечность к вечеру, нарушение ходьбы; снижение памяти, не объяснимая тревога и депрессия, головокружение, утомляемость). Ощущение в ногах пациенты описывали следующими признаками: необходимостью поменять позу в ногах и срочное желание подвигать ногами; чувство «мурашек», покалывание; желание снять носки, обувь; ощущение тянувшего дискомфорта или «как будто ноги затвердели». Все эти признаки определялись в большинстве области голени (икроножных мышц), возникающие в глубине ног. Характерно, что в 33,3% пациентов СБН проявлялся с преобладанием то в одной, то во второй ноге. Облегчение пациенты чувствовали, в случаях дневного СБН используя ходьбу или произвольные движения ногами, самостоятельный массаж икроножных мышц, надавливания на мышцы, или растягивание мышц, старались поднять ноги (на стул). В вечернее время некоторые пациенты использовали ножные ванны или компрессы спиртовые. Самым сложным, решением проблемы, отмечалось ночное время, где субъективно был нарушен сон у пациентов 98,5% случаях (имеющих ночной СБН), количество пробуждений во время сна достигала мин 2, мак 4 раза, при этом пациенты выявляли некоторые факторы (по их мнению, усиливающие СБН): холод или наоборот высокую температуру (жару).

Выводы: таким образом, результат анализа исследования выявил, что общезначимым физическим способом, который приносит облегчение при СБН, является ходьба. СБН имеет в большинстве случаев, тенденцию к медленному прогрессированию, и с течением времени характер симптомов по тяжести симптомов возрастает, при этом, уровень среднего возраста пациентов с дебютом СБН статистически достоверно меньше среднего возраста пациентов с появлением дневных и ночных симптомов (ежедневное проявление). На момент осмотра со стороны

неврологического статуса определялись рассеянные мелкоочаговые признаки, такие как нарушение конвергенции, легкая слаженность носогубной складки, с одной из сторон, легкая девиация языка (в трех случаях), разница в рефлексах по сторонам и в основном разница верхних и нижних конечностей, гипо- или гиперэстезия с разницей сторон и с разницей верхних и нижних конечностей. Диагностика складывалась из показателей лабораторных, нейрофизиологических (электромиография), ультразвукового дуплексного сканирования сосудов, МРТ диагностики головного мозга и частичной визуализации ног.

References:

1. Stephen K. Van Den Eeden, Kathleen B. Albers, Julie E. Davidson, Clete A. Kushida, Amethyst D. Leimpeter, Lorene M. Nelson, Rita Popat, Caroline M. Tanner, Kristen Bibeau, Charles P. Quesenberry Risk of Cardiovascular Disease Associated with a Restless Legs Syndrome Diagnosis in a Retrospective Cohort Study from Kaiser Permanente Northern California // Sleep, 2015, № 7 (38), p. 1009–1015, <https://doi.org/10.5665/sleep.4800>
2. Hu X., De Silva T.M., Chen J., Faraci F.M. Cerebral Vascular Disease and Neurovascular Injury in Ischemic Stroke. // Circulation research, 2017. 120(3), 449–471.
3. Lamberti, N., López-Soto, P. J., Rodríguez-Borrego, M. A., Straudi, S., Basaglia, N., Zamboni, P., Manfredini, R., Manfredini, F. Restless Leg Syndrome in Peripheral Artery Disease: Prevalence among Patients with Claudication and Benefits from Low-Intensity Exercise. // Journal of clinical medicine, 2019. № 8(9), 1403. <https://doi.org/10.3390/jcm8091403>
4. Dzhurabekova Aziza Takhirovna, & Shaymatov Rakhmonberdi Uktamovich. Diagnostics and treatment of chronic cerebral circulatory disorders against the background of diabetes mellitus. // The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research, 2023. № 5(05), p. 42–48.