

О.И. Смирнова

врач-невролог, кандидат медицинских наук,
Центр восстановительной медицины и реабилитации
«Краснодарская бальнеолечебница»
г. Краснодар, РФ
E-mail: soi023@mail.ru

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДОРСОПАТИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Дорсопатиями позвоночника принято считать хронический дегенеративно-дистрофический процесс, при котором происходит прогрессирующее изменение различных структур позвоночного столба – межпозвонкового диска, связок, паравертебральных мышц, межпозвонковых суставов и т.д. [2,с.7; 6, с.57].

Развитие дорсопатий шейного отдела позвоночника исследователи связывают с его физиологическими особенностями - значительной подвижностью шеи, большой физической нагрузкой на мышечный аппарат, выраженным представительством межпозвонковых хрящевых соединений, прохождением позвоночной артерии [4,с.19-24].

Вовлечение в патологический процесс спинномозговых корешков, спинного мозга, позвоночной артерии приводит к возникновению очаговой неврологической симптоматики [3,с.75; 5,с.31].

Клинические синдромы дорсопатии шейного отдела позвоночника, представляют значительную проблему практического здравоохранения, что обусловлено их распространенностью, формированием стойкой утраты трудоспособности пациентов, необходимостью применения комплекса лечебно-реабилитационного мероприятий [6,с.6-10; 10,с.80].

Одним из неспецифических симптомокомплексов, развивающихся при дорсопатиях шейного отдела позвоночника, является синдром позвоночной артерии, возникающий при сдавливании позвоночных артерий или раздражении расположенного вокруг них симпатического нервного сплетения [3,с.109-147; 9,с.419].

Целью настоящего исследования явилось определение влияния комплексной вертебральной терапии на клиническое течение дорсопатий шейного отдела позвоночника с синдромом позвоночной артерии.

Задача данной работы заключалась в изучении динамики неврологической симптоматики и мозгового кровообращения в вертебробазиллярном бассейне под воздействием методики вытяжения (тракции) шейного отдела позвоночника.

Под нашим наблюдением находились 2 группы пациентов (клиническая и контрольная) с диагнозом: дорсопатия шейного отдела позвоночника, синдром позвоночной артерии, ангиодистоническая стадия.

Клиническую группу составили 20 человек (12 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 27 до 53 лет.

Пациенты предъявляли жалобы на постоянные сильные боли жгучего или пульсирующего характера, локализующиеся в затылочной области, с иррадиацией в теменную область, усиливающиеся после длительного пребывания в неудобном положении, головокружение, шум в ушах, приступы тошноты и рвоты, возникающие при определенном положении головы, ощущение «тумана перед глазами».

При клиническом неврологическом обследовании у пациентов выявлялись: ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника, напряжение затылочных мышц, мышц области шеи и надплечий, болезненность при пальпации в субокципитальной области между поперечными отростками атланта, паравертебральных точек (ПВТ) шейного отдела позвоночника (ШОП), гипестезия поверхностной чувствительности в зоне иннервации С1 – С5 корешков спинного мозга, неустойчивость в позе Ромберга, без четкой латерализации, тремор век и пальцев рук.

Характерные жалобы и наличие клинической симптоматики и позволили установить диагноз: ангиодистоническая стадия синдрома позвоночной артерии на фоне дорсопатии шейного отдела позвоночника.

Клинический диагноз дорсопатии шейного отдела позвоночника, синдром позвоночной артерии подтверждался данными рентгенографии шейного отдела позвоночного столба в 2-х проекциях или данными МРТ шейного отдела позвоночника [1,с.57-71; 8,с.553].

Причинами сдавливания позвоночной артерии у пациентов исследуемой группы являлись: остеофиты унковертебрального сочленения, подвывих верхнего суставного отростка нижележащего позвонка, смещение диска в заднебоковом и боковом направлениях, выпячивание грыжи диска внутрь межпозвоночного канала.

Состояние церебрального кровотока оценивалось по результатам цереброваскулярного картирования (РЭГ).

Пациентам исследуемой группы был назначен лечебно-реабилитационный комплекс, включающий следующие методики:

1. Магнито-лазерная терапия по биологически активным точкам (БАТ) головы и воротниковой зоны, на курс 10 сеансов.
2. СМТ на точки выхода позвоночной артерии (I, IV pp, 75%, по 2 мин.), на курс 10 процедур.
3. Массаж головы и воротниковой зоны (отводящий), на курс 10 сеансов.
4. Тракция шейного отдела позвоночника (для женщин 0,5 – 2,0 кг, для мужчин 0,5 – 2,5 кг), на курс 10 сеансов, с последующим применением воротника Шанца в течение 2-х часов.

В контрольной группе, рандомизированной по полу и возрасту, находились 10 пациентов с синдромом позвоночной артерии (5 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 25 до 50 лет. Пациентам контрольной группы назначался тот же комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, за исключением методики вытяжения (тракции) шейного отдела позвоночника.

Динамика жалоб и неврологической симптоматики у пациентов клинической группы представлена в таблице 1.

Таблица 1.

№ п/п	Клинические симптомы	До лечения	После лечения
1.	Пульсирующие головные боли в затылочной области	15 75%	2 10%
2.	Жгучие головные боли в затылочной области	5 25%	2 10%
3.	Головокружение	20 100%	3 15%
4.	Шум в ушах	19 95%	3 15%
5.	Ощущение «тумана» перед глазами	18 90%	4 20%
6.	Приступы тошноты и рвоты	11 55%	1 5%
7.	Ограничение подвижности в шее	20 100%	7 35%
8.	Дефанс затылочных мышц	18 90%	3 15%
9.	Болезненность при пальпации в субокципитальной области	12 60%	2 10%
10.	Болезненность ПВТ ШОП	8 40%	3 15%
11.	Гипестезия в зоне иннервации С1 – С5	20 100%	3 15%
12.	Неустойчивость в позе Ромберга	18 90%	2 10%

В результате проведенной комплексной терапии у пациентов исследуемой группы с синдромом позвоночной артерии значительно (65,0%) уменьшились пульсирующие головные боли, болевые ощущения в области шеи (40%). У 75% пациентов регрессировало напряжение затылочных мышц. Значительно увеличился объем активных движений в шейном отделе позвоночника – у 65% больных. Регрессию головокружения отмечали 85% больных, шума в ушах – 80%, расстройства зрения – 40% пациентов. У 85% больных наблюдалось восстановление поверхностной чувствительности в зоне иннервации шейных корешков. Явления атаксии уменьшились у 80% пациентов.

Динамика церебральной гемодинамики в вертебробазилярном бассейне (О-М отведение) у пациентов клинической группы отражена в таблице 2.

Таблица 2.

№ п/п	Показатели цереброваскулярного картирования (О-М отведение)	До лечения (диапазон значений)	После лечения (диапазон значений)
1.	Реографический индекс (Ом)	0,009 – 0,05	0,06 – 0,13
2.	Показатель ПСС(%)	110 – 230%	70 – 108%
3.	Дикротический индекс(%)	95 – 103%	87 – 95%
4.	Диастолический индекс(%)	80 – 90%	77 – 85%
5.	Индекс венозного оттока(%)	49 – 85%	37 – 40%

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что у пациентов клинической группы после окончания лечебно-реабилитационного комплекса отмечалось улучшение пульсового кровенаполнения до нормальных значений, снижение периферического сосудистого сопротивления, а также уменьшение тонуса

артериол, посткапилляров и венул, что подтверждается динамикой значений дикротического и диастолического индексов. Снижение показателей индекса венозного оттока характеризует улучшение венозного кровотока.

Динамика жалоб и неврологической симптоматики у пациентов контрольной группы представлена в таблице 3.

Таблица 3.

№ п/п	Клинические симптомы	До лечения	После лечения
1.	Пульсирующие головные боли в затылочной области	7 70%	4 40%
2.	Жгучие головные боли в затылочной области	3 30%	2 10%
3.	Головокружение	9 90%	6 60%
4.	Шум в ушах	8 80%	6 60%
5.	Ощущение «тумана» перед глазами	7 70%	4 40%
6.	Приступы тошноты и рвоты	6 60%	5 50%
7.	Ограничение подвижности в шее	10 100%	4 40%
8.	Дефанс затылочных мышц	10 100%	4 40%
9.	Болезненность при пальпации в субокципитальной области	6 60%	2 20%
10.	Болезненность ПВТ ШОП	5 50%	1 10%
11.	Гипестезия в зоне иннервации С1 – С5	10 100%	4 40%
12.	Неустойчивость в позе Ромберга	9 90%	7 70%

В контрольной группе пациентов также отмечалась положительная динамика субъективной и клинической неврологической симптоматики. Так, у больных наблюдался значительный регресс корешкового и мышечно-тонического синдромов (увеличение подвижности шейного отдела позвоночника – 50%, уменьшение напряжения затылочных мышц – 60%, снижение интенсивности болевого синдрома – 40%, восстановление поверхностной чувствительности – 60%).

Тем не менее, у пациентов контрольной группы сохранялись жалобы на пульсирующие головные боли (40%), головокружение и шум в ушах (60%), ощущение «тумана» перед глазами (40%), приступы тошноты и рвоты (50%), явления атаксии (70%), что свидетельствует о наличии клинической симптоматики, обусловленной сосудистым компонентом.

При проведении цереброваскулярного картирования у этих пациентов в вертебробазилярном бассейне отмечалось повышение периферического сосудистого сопротивления, тонуса артерий, артериол и, посткапилляров, а также затруднение венозного оттока.

Значительной положительной динамики тонуса сосудов среднего и мелкого калибров в процессе лечения не наблюдалось. В результате проведенной терапии отмечалось только некоторое улучшение венозного оттока.

Анализ результатов проведенного исследования позволяет считать, что применение предложенного лечебно-реабилитационного комплекса у пациентов с ангиодистонической стадией синдрома позвоночной артерии при дорсопатии шейного отдела позвоночника, включающего магнито-лазерную терапию, массаж головы и воротниковой зоны, СМТ на точки входа позвоночной артерии, улучшает самочувствие пациентов, способствует уменьшению клинических проявлений корешкового и мышечно-тонического синдромов.

Несмотря на положительную клиническую динамику, у пациентов сохраняются неврологические симптомы, обусловленные сосудистым компонентом.

При включении в терапевтический комплекс методики вытяжения (тракции) шейного отдела позвоночника отмечается значительный регресс как клинической неврологической, так и сосудистой симптоматики, что подтверждается положительной динамикой мозгового кровообращения в вертебробазилярном бассейне по данным цереброваскулярного картирования.

Таким образом, для эффективной терапии пациентов с ангиодистонической стадией синдрома позвоночной артерии, в лечебно-реабилитационный комплекс желательно включение методики вытяжения (тракции) шейного отдела позвоночника.

Список использованной литературы:

1. Ананьева Н.И., Трофимова Т.Н. КТ- и МРТ-диагностика острых ишемических инсультов. - СПб.: СПбМАПО, 2006. - 136 с.

2. Грачев Ю.В., Шмырев В.И. Вертебральная поясничная боль: полифакторное происхождение, симптоматология, принципы лечения. //Лечащий врач. Медицинский научно-практический журнал. – М., 2008 – № 5 – С. 6-10.

3. Жулев Н.М., Кандыба Д.В., Жулев С.Н. Синдром позвоночной артерии: Руководство для врачей. СПб., 2001. - 224 с.

4. Жулев Н.М., Кандыба Д.В., Яковлев Н.А. Шейный остеохондроз. Синдром позвоночной артерии. Вертебрально-базиллярная недостаточность. — СПб., 2002.-575 с.

5. Калашников В.И. Синдром позвоночной артерии // Therapia. — 2007.— № 10.— С. 31-33.

6.Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология): руководство для врачей. / Я.Ю.Попелянский. — 5-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 672 с.

7. Пышкина Л.И., Федин А.И., Бесаев Р.К. Церебральный кровоток при синдроме позвоночной артерии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2000.— № 5.— С. 45-49.

8. Сафронова О.А., Ненарочнов С.В., Морозов В.В. Возможности ультразвуковой диагностики при синдроме позвоночной артерии // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 10–3. – С. 553-557

9. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы / Под. ред. В.Н. Штока, О.С. Левина. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006.— С. 416-421.

10. Шаров М.Н. Эффективность комбинации таблетированных и гелевых форм ибупрофена при лечении остеохондроза. //Лечащий врач. Медицинский научно-практический журнал. – М., 2008 – № 8 – С. 80-82.

© О.И.Смирнова, 2015