

**ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИКОСТНЫХ БЛОКАД В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СПОНДИЛОГЕННОЙ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Позднякова Н.В.

Российский университет дружбы народов, Кафедра нервных болезней и нейрохирургии, г. Москва.

Профилактика и лечение сосудистых заболеваний головного мозга является актуальным вопросом в неврологии. Известно отягочающее влияние шейного остеохондроза на формирование и развитие цереброваскулярных заболеваний. При этом остеогенный фактор никем не учитывается. Согласно остеогенной концепции нейроортопедических заболеваний раздражение внутрикостных рецепторов повышенным внутрикостным давлением приводит к облегчению афферентных и моторных реакций, снижению коркового контроля над сегментарными моторными процессами, что приводит к формированию болевого, мышечно-тонического и ангиоспастического синдромов. Тканью-мишенью на данном сегментарном уровне является крупная позвоночная артерия, ирритация которой приводит к развитию невроаскулярных расстройств, при клинических проявлениях шейного остеохондроза.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение эффективности внутрикостных блокад в комплексном лечении СВБН.

**Материалы и методы:** Под нашим наблюдением находилось 104 больных (36 мужчин, 68 женщин) в возрасте от 27 до 64 лет, с диагнозом: Спондилогенная вертебрально-базиллярная недостаточность. Длительность заболевания составляла от 1 до 12 лет. У всех пациентов выявлялись различные рефлекторные вертебральные и цервикомембранные синдромы шейного остеохондроза, а также дистонический синдром позвоночной артерии в стадии затянувшегося обострения и неэффективным предшествующим консервативным лечением. До и после курса лечения всем больным исследовался неврологический статус, проводилась количественная и качественная оценка болевого синдрома с применением визуальной аналоговой шкалы, русифицированного Мак-Гилловского болевого опросника, схемы тела, дуплексное сканирование БЦА. Диагноз подтверждался рентгенографией и магнитно-резонансной томографией шейного отдела позвоночника. Все пациенты получали курс внутрикостных лечебных блокад с лидокаином и дексаметазоном, которые проводились через день в остистые отростки 2-го, 5-го шейных позвонков, в ости и клювовидные отростки лопаток, головки плечевых костей, шиловидные отростки лучевых костей.

**Результаты:** После лечения внутрикостными блокадами в неврологическом статусе выявлялось снижение сухожильных рефлексов с рук у 10,0% больных, до лечения - у 20,0% больных. Гипотрофия и гипотония мышц плечевого пояса и рук до лечения ВКБ наблюдалась у 10,0% пациентов, после лечения - у 10,0% больных. Снижение силы в мышцах плечевого пояса и рук до лечения ВКБ наблюдалась у 8,6% пациентов, после лечения - у 4,2% больных. Чувствительные нарушения до лечения ВКБ у пациентов 1 группы наблюдались в 28,6% случаев, после курса лечения - в 14,3%. Позиционный горизонтальный нистагм до лечения ВКБ наблюдался у 27,2% пациентов, после лечения - у 12,9% больных. Неустойчивость в позе Ромберга до лечения ВКБ была выявлена у 80,0% больных, после лечения ВКБ - у 28,6% пациентов. Вегетативные нарушения до лечения ВКБ выявлялись у 74,3% пациентов, после лечения ВКБ- 35,7% больных. После курса лечения было отмечено существенное снижение болевого синдрома по комбинированной ВАШ, РМБО, уменьшение площади распространения боли по схеме тела (Таблица 1). Динамика болевого синдрома представлена в таблице 1.

Показатели	(n=104)	(n=104)
	До лечения ВКБ	После лечения ВКБ
ВАШ, балл	6,1±0,2	2,6±0,4*
РИБ	22,3±2,9	8,5±0,7*
ЧВД	10,8±1,0	3,9±0,1*
РИБс	11,3±1,4	4,0±0,2*
ЧВДс	6,0±0,7	1,2±0,1*
РИБа	8,3±0,6	3,3±0,2*
ЧВДа	3,8±0,3	1,7±0,07*
РИБэ	2,7±0,2	1,2±0,1*
Площадь локализации боли, %	2,9±0,04	0,9± 0,01*

Примечание: \* $p < 0,05$  в сравнении показателей одной группы до и после лечения; После курса лечения диаметр ПА достоверно не изменился, но при этом отмечалось увеличение объемной и максимальной линейной скорости кровотока, достоверное снижение значения пульсативного индекса свидетельствовало об уменьшении периферического сосудистого сопротивления (Таблица 2).

Таблица 2

Примечание: \* $p < 0,05$  в сравнении показателей одной группы до и после лечения;

D – правая позвоночная артерия;

S – левая позвоночная артерия;

Показатели			
		КПШО (n=104) до лечения	КПШО (n=104) после лечения
Диаметр ПА (мм)	D	3,7±0,4	3,7±0,4
	S	3,4±0,2	3,4±0,2
Объемная скорость кровотока (мл/мин)	D	76,6±7,7	94,9±10,9*
	S	75,2±7,4	95,2±10,8*
Максимальная линейная скорость кровотока (см/с)	D	36,8±2,3	43,6±3,8*
	S	38,3±5,4	49,2±4,5*
Пульсативный индекс	D	2,1±0,2	1,3±0,1*
	S	1,8±0,2	1,2±0,1*

**Заключение:** Проведенное исследование показало, что внутрикостные блокады являются высоко эффективным способом лечения, а поэтому патогенетическим у пациентов с спондилогенной вертебрально-базилярной недостаточностью.