

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ

Проф. О. Г. МОРОЗОВА, д-р мед. наук А. А. ЯРОШЕВСКИЙ,
доц. В. И. ЗДЫБСКИЙ, А. В. ЛОГВИНЕНКО

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Представлены результаты использования комплексного немедикаментозного лечения для коррекции вестибулярных нарушений у пациентов с вертеброгенным синдромом позвоночной артерии. Данные исследования свидетельствуют о том, что применение мануальной и рефлексотерапии, лечебной физкультуры патогенетически обосновано при синдроме позвоночной артерии, способствует регрессу вестибулярных нарушений, улучшает качество жизни пациентов и имеет преимущества перед традиционным медикаментозным лечением.

Ключевые слова: синдром позвоночной артерии, вестибулярные нарушения, мануальная терапия, рефлексотерапия.

В последние десятилетия в мире отчетливо видна тенденция к росту распространенности сосудистой патологии головного мозга. Согласно данным статистики, на каждые 100 млн жителей планеты приходится около 520 тыс. цереброваскулярных заболеваний в год [1].

Ведущей в структуре внутричерепных сосудистых заболеваний является патология вертебрально-базилярной системы. Причиной каждого третьего инсульта и около 70% транзиторных ишемических атак (ТИА), по данным эпидемиологических исследований, становится вертебрально-базилярная недостаточность (ВБН) [2, 3]. Согласно определению экспертов ВОЗ (1970), ВБН представляет собой обратимое нарушение функций мозга, вызванное уменьшением кровоснабжения области, питаемой основной и позвоночными артериями. Главными причинами ее возникновения являются поражения экстра- и интракраниальных сосудов вертебрально-базилярного бассейна, связанные с атеросклерозом, гипертонической болезнью, сахарным диабетом. Вместе с тем анатомические особенности позвоночной артерии позволяют выделить и спондилогенный фактор развития ВБН. Прохождение позвоночной артерии и окружающего ее симпатического сплетения в канале поперечных отделов шейных позвонков создает условия для компрессии самой артерии и ирритации ее симпатического сплетения, особенно при движении головой [4, 5], приводя к развитию комплекса церебральных, сосудистых, вегетативных симптомов, получившего название «синдром позвоночной артерии» [5]. В последние годы была установлена связь дисгемий в вертебрально-базилярной системе с миофасциальным болевым синдромом шейно-плечевой локализации [2, 3] и с биомеханическими нарушениями шейного отдела позвоночника [3, 6]. Именно эти факторы

обуславливают широкую распространенность синдрома позвоночной артерии: с одной стороны, при дегенеративно-дистрофических поражениях шейного отдела позвоночника (остеохондроз, деформирующий спондилез, спондилоартроз, первичный деформирующий остеоартроз позвоночника, оссифицирующий лигаментоз позвоночника), а с другой — при миофасциальных болевых синдромах, возникающих вследствие биомеханических нарушений на шейном уровне [3, 6]. Такой механизм формирования синдрома позвоночной артерии наиболее актуален у лиц молодого возраста, что связано с особенностями образа жизни современных людей — гиподинамией, длительными статическими нагрузками и неправильным длительным позиционированием, которые испытывает шейный отдел позвоночника во время работы за компьютером, чтения, вождения автомобиля и при других видах деятельности, приводящих к напряжению мышц шеи и плечевого пояса [7–10].

Наиболее частыми клиническими проявлениями синдрома позвоночной артерии являются: головная боль, вестибулярные расстройства, нарушения слуха (шум, звон в ушах), зрительные, вегетативные, эмоциональные и когнитивные нарушения.

Вестибулярные нарушения, сопровождающие течение синдрома позвоночной артерии, повышают риск падений и травматизации, способствуют развитию тревожно-депрессивных расстройств, существенно ограничивают профессиональную и социальную активность пациентов, значительно снижают качество их жизни, именно поэтому их коррекция является актуальной проблемой современной медицины. Традиционно в лечении вестибулярных нарушений при синдроме позвоночной артерии используют медикаментозную терапию, включающую применение сосудистых

и ноотропных препаратов и направленную на улучшение кровоснабжения и обменных процессов в вестибулярных структурах мозга. По нашему мнению, исключительно фармакологический подход к лечению расстройств, сопровождающих течение синдрома позвоночной артерии вертеброгенного генеза, не вполне патогенетически оправдан, так как он не позволяет воздействовать на патологический биомеханический паттерн, не устраняет раздражение симпатического сплетения и непосредственную компрессию позвоночной артерии — основные механизмы патогенеза. Вот почему так важно определить эффективность применения немедикаментозных методов лечения (мануальной терапии, остеопатии и рефлексотерапии), охватывающих все основные звенья патогенеза вертеброгенного синдрома позвоночной артерии.

Цель проведенного исследования — изучить эффективность комплексного немедикаментозного лечения, включающего мануальную и рефлексотерапию, лечебную физкультуру, в коррекции вестибулярных расстройств у пациентов с вертеброгенным синдромом позвоночной артерии.

Под нашим наблюдением находились 43 пациента (23 женщины и 20 мужчин) в возрасте от 18 до 44 лет с синдромом позвоночной артерии. Средний возраст пациентов составил $37 \pm 3,4$ года. Длительность заболевания у всех больных превышала 6 мес. Характер трудовой деятельности лиц, принимающих участие в исследовании, был связан с длительными статическими нагрузками на шейный отдел позвоночника (офисные работники, программисты, преподаватели, водители, стоматологи, швеи). Перед участием в исследовании все они подписали информированное согласие.

Критериями исключения из исследования были: аномалии развития позвоночных артерий и краниовертебральной зоны, церебральный атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, перенесенные мозговые инсульты или инфаркт миокарда в анамнезе, тяжелые нарушения сердечного ритма, гипертоническая болезнь, системные заболевания соединительной ткани, коагулопатии, сахарный диабет. С целью исключения периферического вестибулярного головокружения все больные прошли отоневрологическое обследование у врача-отоларинголога.

Всем пациентам перед началом исследования был проведен комплекс диагностических мероприятий, включающий клинично-неврологическое обследование, визуальную диагностику для оценки нарушений статики и динамики опорно-двигательного аппарата, мануальную диагностику по классической методике К. Lewit (1998), функциональную рентгенографию шейного отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях, ультразвуковое доплеровское исследование сосудов шеи и головного мозга с проведением функциональных проб, магниторезонансную томографию головного мозга. Оценку ВБН проводили с использованием шкалы J. Hofferberth et al. (1990), вестибулярные

нарушения определяли при помощи Европейской шкалы оценки головокружения EEV (The European Evaluation of Vertigo) по Megningbet et Sauvage et al. (2001), для количественной оценки влияния головокружения на повседневную жизнь использовали опросник DHI (Dizziness Handicap Inventory). Тестирование осуществляли в два этапа — до начала лечения и спустя три недели после него.

Все пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, полу, выявленным неврологическим и биолокомоторным нарушениям, но различающиеся по выбранной терапевтической тактике. Первая группа, в которую вошли 22 пациента (12 женщин и 10 мужчин), получала комплекс медикаментозной (ноотропная, вазотропная, при необходимости вестибулолитическая) и немедикаментозной терапии, которая включала в себя мануальную терапию, направленную на коррекцию постурального мышечного дисбаланса, формирование оптимального статического и динамического стереотипа, а также ликвидацию мышечно-дистонических и миофасциальных нарушений, и рефлексотерапию (вакуумрефлексотерапия, акупрессура, иглорефлексотерапия по седативной методике с использованием корпоральных, аурикулярных точек и инъекций сухой иглой в активные триггерные точки). Мануальная терапия выполнялась с использованием мышечно-энергетических техник и постизометрической релаксации для устранения мышечно-дистонических и миофасциальных нарушений, а также мобилизационно-манипуляционных воздействий, направленных на устранение функциональных блоков позвоночно-двигательных сегментов. Сеансы мануального лечения проводились через день (всего пять сеансов на курс лечения), рефлексотерапии — ежедневно (10 сеансов на курс лечения). Все пациенты ежедневно выполняли индивидуально подобранные комплексы лечебной физкультуры, направленные на закрепление положительного эффекта, достигнутого в ходе мануального лечения.

Второй группе (сравнения), включающей 21 пациента (11 женщин и 10 мужчин), была назначена только аналогичная медикаментозная терапия (пентоксифилин — 400 мг/сут, пирацетам — 1200 мг/сут в течение трех недель, при необходимости бетагистин — 48 мг/сут).

Основными жалобами всех обследованных были головокружение системного и несистемного характера, которое усиливалось при запрокидывании головы назад и поворотах в стороны, шум в ушах, неустойчивость при ходьбе, головные боли в затылочной области, боль и ощущение скованности в шейном отделе позвоночника, усиливающиеся после ночного сна и статических нагрузок (чтение, работа за компьютером и т. д.).

При неврологическом осмотре у пациентов обеих групп были обнаружены: нистагм — 43 (100%) больных, положительный симптом де Клейна — 27 (63%), являющийся признаком снижения

компенсаторных возможностей в вертебрально-базиллярном бассейне; легкие нарушения функции глазодвигательных нервов в виде недоведения глазных яблок в стороны, слабости конвергенции — 10 (23%); асимметрия нижней лицевой мускулатуры — 15 (35%), асимметрия сухожильных рефлексов — 18 (42%), патологические стопные знаки — 7 (16%) и кистевые феномены — 2 (5%), легкая статическая и динамическая атаксия — 24 (56%).

Визуальная диагностика выявила у всех обследованных изменения биомеханики позвоночника: сколиотические деформации шейного, грудного и грудно-поясничного отделов позвоночника — у 26 (60%), 27 (63%) и 10 (23%) пациентов соответственно; асимметрию плечевого пояса — у 43 (100%), шейный гиперлордоз — у 8 (19%), кифотическую деформацию грудного отдела — у 10 (23%), асимметрию длины нижних конечностей с формированием кососмещенного или кососкрученного таза — у 28 (65%).

При мануальном тестировании у пациентов обеих групп найдены активные триггерные точки в трапециевидной, грудино-ключично-сосцевидной, нижних косых, больших, малых прямых мышцах головы, а также в мышце, поднимающей лопатку. Функциональные блоки наиболее часто выявлялись в сегментах С0–С1, С1–С2, С5–С6, при этом в среднешейных сегментах С3–С4 и С4–С5 часто обнаруживалась нестабильность.

Наиболее часто встречающимися нарушениями при проведении функциональной рентгенографии шейного отдела позвоночника в обеих группах были: деформация контуров позвонков, спондилоартроз унковертебральных сочленений, экзостозы суставных отростков, подвывихи по Ковачу, нестабильность.

Средние показатели по шкале J. Hoffenberth et al. до начала лечения в первой группе составили $12 \pm 2,1$ балла, во второй — $11 \pm 2,3$ балла ($p < 0,01$), общей оценки по шкале EEV — $15 \pm 3,6$ балла и $14 \pm 3,8$ балла ($p < 0,01$) соответственно, по шкале ДН1 — $50 \pm 5,3$ балла и $48 \pm 5,2$ балла ($p < 0,01$).

Все больные хорошо переносили назначенную терапию, осложнений и побочных эффектов у них не наблюдалось.

В результате проведенного лечения пациенты обеих групп отметили положительную динамику в виде значительного уменьшения выраженности и частоты возникновения приступов головокружения, шума в ушах, регресса атактических нарушений, уменьшение выраженности и частоты возникновения цефалгии. При этом у обследованных первой группы после оптимизации статической и динамической составляющих двигательного стереотипа и симметризации мышечного корсета наблюдалось значительное уменьшение или полное исчезновение болей, уменьшение количества активных и латентных триггерных точек и мышечного напряжения в шейно-плечевой области.

По данным клинико-неврологического обследования, в обеих группах отмечалось уменьшение

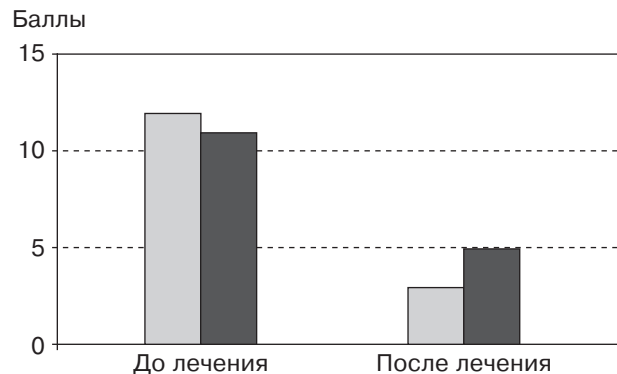


Рис. 1. Динамика оценки вертебро-базиллярной недостаточности по шкале J. Hoffenberth et al. (1990): ■ — первая группа; ■ — вторая группа. То же на рис. 2, 3

выраженности вестибуло-атактического синдрома, нормализация функций черепных нервов, исчезновение патологических стопных знаков и патологических кистевых феноменов. Средняя оценка по шкале J. Hoffenberth et al. спустя три недели после начала лечения составила в первой группе — $3 \pm 1,2$ балла, во второй — $5 \pm 1,6$ балла ($p < 0,01$) (рис. 1).

Общая оценка по шкале EEV также продемонстрировала более выраженную положительную динамику у пациентов первой группы по сравнению со второй — $4 \pm 1,01$ балла и $5 \pm 1,2$ балла ($p < 0,01$) соответственно (рис. 2).

Количественная оценка качества жизни у пациентов с головокружением по результатам опросника ДН1 свидетельствует о заметном улучшении у больных, получавших немедикаментозное лечение. Так, в первой группе спустя три недели после начала лечения она составила $4 \pm 2,1$ балла, тогда как во второй — $8 \pm 2,3$ балла ($p < 0,01$) (рис. 3).

Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют о большей эффективности комплексного медикаментозного и немедикаментозного лечения, включающего мануальную и рефлексотерапию, биомеханическую коррекцию, лечебную физкультуру по сравнению с традиционной медикаментозной (вазоактивной, ноотропной, вестибулолитической) терапией при вертеброгенном синдроме позвоночной артерии. По нашему мнению, применение немедикаментозных подходов к лечению вестибулярных нарушений патогенетически обосновано и необходимо. Так, мануальная терапия способствует ликвидации мышечно-тонических нарушений, функциональных блоков позвоночно-двигательных сегментов; нормализует функциональные соотношения костных, связочных и мышечных структур опорно-двигательного аппарата и устраняет биомеханические нарушения в нем; симметризирует мышечный корсет, создавая условия для формирования оптимальной статики и динамики опорно-двигательного аппарата в целом и его областей, что позволяет убрать механическую компрессию позвоночной артерии и раздражение ее симпатического сплетения.

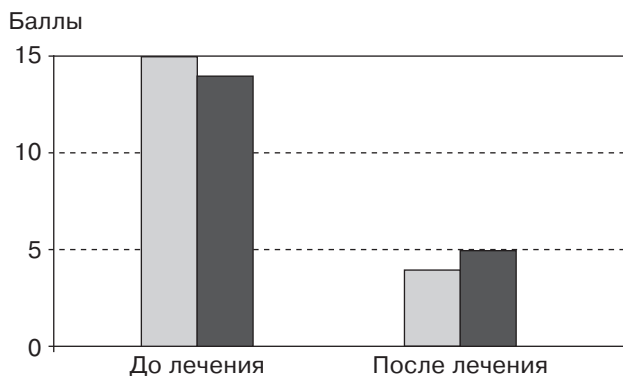


Рис. 2. Динамика показателей по шкале EEV у пациентов первой и второй групп

Индивидуально подобранный комплекс лечебной физкультуры дает возможность пациенту закрепить новый биомеханический паттерн и сохранить, таким образом, положительные эффекты мануальной терапии. С помощью рефлексотерапевтических методов воздействия достигаются обезболивающий, седативный, вегетостабилизирующий

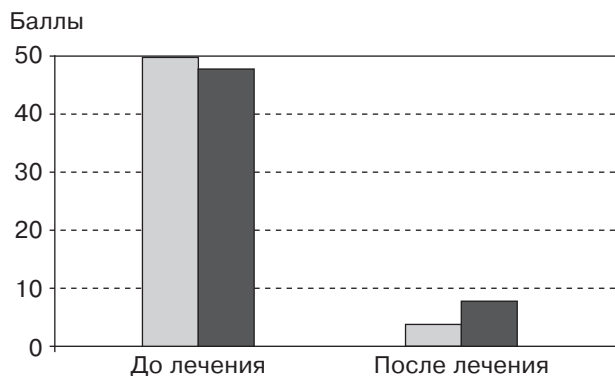


Рис. 3. Динамика оценки качества жизни пациентов по шкале DHI

и миорелаксирующий эффекты. Результатом такого комплексного и патогенетически обоснованного подхода к лечению больных с вертеброгенным синдромом позвоночной артерии является улучшение гемодинамики в вертебрально-базилярном бассейне, уменьшение проявлений ВБН и улучшение качества жизни пациентов.

Список литературы

1. Влияние вертеброгенной компрессии позвоночной артерии на гемодинамические параметры сосудов головы и шеи / Р. Е. Калинин, И. В. Андреева, И. А. Сучков [и др.].— М.: ГЭОТАР-медиа, 2015.— 168 с.
2. Новосельцев С. В. Вертебрально-базилярная недостаточность. Возможности мануальной диагностики и терапии / С. В. Новосельцев.— СПб.: Фолиант, 2007.— 208 с.
3. Ситель А. Б. Лечение спондилогенной вертебрально-базилярной недостаточности методами мануальной терапии — активная профилактика мозгового ишемического инсульта / А. Б. Ситель, А. Ю. Нефедов // Мануальная терапия.— 2008.— №1.— С. 22–30.
4. Калашников В. И. Синдром позвоночной артерии: клинические варианты, классификация. Принципы диагностики и лечения / В. И. Калашников // Междунар. неврологический журн.— 2010.— № 1.— С. 93–99.
5. Ярошевский А. А. Эффективность комплексной терапии нарушения церебральной гемодинамики в вертебрально-базилярной системе артерий при миофасциальной дисфункции шейно-плечевой локализации / А. А. Ярошевский // Междунар. неврологический журн.— 2014.— № 1 (55).— С. 52–59.
6. Ярошевский А. А. Биомеханические аспекты миофасциальных синдромов шейно-плечевой локализации / А. А. Ярошевский // Укр. морфологічний альманах.— 2013.— Т. 11, № 3.— С. 73–76.
7. Некрасова Н. А. Изучение некоторых показателей метаболизма у пациентов молодого возраста со спондилогенной вертебрально-базилярной недостаточностью / Н. А. Некрасова // Журн. Гродненского государственного медицинского университета.— 2015.— № 10.— С. 73–75.
8. Волков С. К. Вертебрально-базилярная недостаточность: клинические и диагностические аспекты / С. К. Волков // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.— 2010.— № 2.— С. 33–39.
9. Исмагилов М. Ф. Некоторые патогенетические механизмы спондилогенной сосудистой недостаточности в вертебрально-базилярной системе / М. Ф. Исмагилов, В. П. Веселовский, Э. И. Богданов // Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева.— 1996.— № 1–2.— С. 26–31.
10. Тянь В. Н. Комплексная терапия цереброваскулярных расстройств, обусловленных вертеброгенными причинами / В. Н. Тянь, В. С. Гойденко // Мануальная терапия.— 2011.— № 4.— С. 19–25.

ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ВЕСТИБУЛЯРНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ ХРЕБТОВОЇ АРТЕРІЇ

О. Г. МОРОЗОВА, О. А. ЯРОШЕВСЬКИЙ, В. І. ЗДИБСЬКИЙ, Г. В. ЛОГВИНЕНКО

Подано результати застосування комплексного немедикаментозного лікування для корекції вестибулярних порушень у пацієнтів із вертеброгенним синдромом хребтової артерії. Дані дослідження свідчать про те, що застосування мануальної і рефлексотерапії, лікувальної фізкультури є патогенетично обґрунтованим при синдромі хребтової артерії, сприяє регресу вестибулярних

порушень, поліпшує якість життя пацієнтів та має переваги перед традиційним медикаментозним лікуванням.

Ключові слова: синдром хребтової артерії, вестибулярні порушення, мануальна терапія, рефлексотерапія.

THE USE OF COMBINATION THERAPY FOR CORRECTION OF VESTIBULAR DISORDERS IN PATIENTS WITH VERTEBRAL ARTERY SYNDROME

O. H. MOROZOVA, O. A. YAROSHEVSKYI, V. I. ZDYBSKYI, H. V. LOHVYNENKO

The work presents the results of combination non-drug treatment of vestibular disorders in patients with vertebral artery syndrome. The findings of the study indicate that application of chiropractic, reflexotherapy and physiotherapy is pathogenetically substantiated in patients with vertebral artery syndrome and promotes regression of vestibular disorders, improves the quality of life of patients and has advantages over using traditional drug treatment.

Key words: vertebral artery syndrome, vestibular disorders, chiropractic, reflexotherapy.

Поступила 16.06.2016