

УДК: 616.134.9—005:616.721.1:617.53—616—08

Лікування дисциркуляторних явищ у вертебробазиллярному басейні в початкові періоди остеохондрозу шийного відділу хребта

Нечипорук О.О.

Клініка невідкладної нейрохірургії Київської лікарні швидкої медичної допомоги,
м.Київ, Україна

Ключові слова: хребець, хребцеворуховий сегмент, остеохондроз, хребцева артерія, міжхребцевий диск.

Вступ. Порушення кровообігу в хребцевих і основній артеріях часто є проявом шийного остеохондрозу в початкові періоди хвороби (близько 88%) [5]. Захворювання призводить до втрати працездатності, у випадках нелікування — до розвитку хронічної дисциркуляторної енцефалопатії, шийної мієлопатії або ішемічного інсульту і значної інвалідизації хворих. Виявлено взаємозв'язок ступеня церебрального неврологічного дефіциту і судинних уражень в різні клініко-морфологічні періоди шийного остеохондрозу [6]. В початкові періоди хвороби порушення вертебробазиллярного кровотоку є наслідком симпатіоритативних (рефлекторних) або компресійно-іритативних (компресійно-рефлекторних) процесів у хребцевих артеріях. У перший період початкова дистрофія міжхребцевого диска проявляється зниженням амортизаційної здатності пульпозного ядра, що зумовлює незначне порушення анатомічної цілісності фіброзного кільця, подразнення рецепторів по його периферії і як наслідок іритацию подразнення на периваскулярні симпатичні сплетення хребцевих артерій — розвивається дисциркуляція. Другий період хвороби є наслідком проградієнтності гістохімічних і патоморфологічних процесів першого періоду. Втрата фіксаційних властивостей фіброзного кільця призводить до нестабільності хребцеворухового сегмента [7], внаслідок чого відбувається динамічне звуження хребцевого каналу, подразнення і стиснення хребцевих артерій.

Лікування неврологічного синдрому шийного остеохондрозу дуже складне. Найбільш проблемним залишається лікування в другий період хвороби. Актуальною є розробка методики стабілізації хребцеворухового сегмента шляхом прискорення фіброзу міжхребцевого диска. В науковій літературі описано різні маніпуляції на пульпозному ядрі [4,8], але вони, з багатьох причин, широко

не застосовуються. В Новокузнецькій нейрохірургічній клініці за період з 1980 по 1987 р. впроваджено лікування з використанням фенестрації міжхребцевих дисків [5]. М.К.Бротман і В.І.Цимбалюк [1] запропонували комплексне лікування остеохондрозу хребта, спрямоване на санацію процесу не тільки в хребцеворуховому сегменті, а й у вогнищах патологічної імпульсації з периферії. Комплексна патогенетична терапія забезпечує своєчасну ремісію, повноцінний саногенез і запобігає виникненню хвороби. Запропоноване нами лікування є результатом пошуку найбільш фізіологічних, ефективних і дешевих методів.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 76 хворих з ознаками вертебробазиллярної недостатності, викликані остеохондрозом шийного відділу хребта в початкові (перший і другий) періоди хвороби. Хворі були молодого та середнього віку (25—59 років). Усі пацієнти звернулись до нейрохірургічної клініки самостійно або доставлені каретою «швидкої медичної допомоги». Захворіли понад рік тому, лікування в неврологічних стаціонарах було безрезультатним. Обстеження хворих при госпіталізації включало: неврологічний та хірургічний огляд, рентгеноспондилографію з функціональними пробами, транскраніальну ультразвукову доплерографію (ТКУЗДГ) з функціональними пробами, аксіальну комп'ютерну томографію (АКТ), магнітно-резонансну томографію (МРТ), за показаннями — вертебральну ангиографію.

Порушення вертебробазиллярного кровотоку в перший період остеохондрозу завжди розвивається на фоні місцевобольових синдромів і пов'язане з рухами в шийному відділі хребта. Клінічний перебіг хвороби частіше легкий, симптоматика короткотривала, суб'єктивна (паракузія, краніалгія, фотопсія). Ускладнений перебіг може бути зумовлений значною кількістю уражених хребце-

ворухових сегментів, соматичним преморбідом тощо; симптоматика при цьому тривала. Можливі дієнцефальні розлади з симпатoadреналовими або змішаними пароксизмами, легкий ступінь атаксії, що виявляється при виконанні координаторних проб з нахилами голови.

З інструментальних методів діагностики початкових періодів шийного остеохондрозу найбільш інформативним залишається рентгеноспондилографія з функціональними пробами. За даними Ю.А.Ісаєва, за допомогою цього методу ознаки остеохондрозу можуть виявлятися у дітей 12—15 років. ТКУЗДГ реєструє патологічні зміни при функціональних пробах, що виражаються частіше асиметрією кровотоку по хребцевих артеріях із зниженням його до 40%, на інтракраніальному рівні кровотік достатній. Ускладнений перебіг остеохондрозу характеризується змінами кровотоку, які частіше спостерігаються при симпатіоритативних явищах другого періоду хвороби за відсутності візуалізації ортопедичних розладів на рентгеноспондилограмах.

У разі ускладненого перебігу захворювання рекомендується стаціонарне лікування, при легкому перебігу — амбулаторне. Методика забезпечує усунення клінічної симптоматики в перші ж дні лікування. Для ліквідації симпатіоритативних дисциркуляторних розладів традиційне медикаментозне і фізіотерапевтичне лікування доповнювалось повторними знеболювальними блокадами передніх паравертебральних просторів і блокадами периваскулярних симпатичних сплетень хребцевих артерій 2% лідокаїном. Рівень виконання маніпуляції визначався за клінічними даними і рентгенологічно. Проводилось розвантаження шийного відділу хребта за методом використання комірця Шанца протягом двох тижнів цілодобово і потім ще протягом місяця під час сну. Імобілізація застосовувалась з лікувальною метою і для профілактики подальшого розвитку синдромів шийного остеохондрозу.

У другий період хвороби судинні розлади у 95% хворих були основним проявом нестабільності хребцеворухового сегмента. Вони носили довготривалий, але непостійний характер і були пов'язані з рухами в шії, часто посилювались під час сну або в кінці робочого дня, загострювались навесні та восени. Характерними були короткі, неповні ремісії. Такий перебіг остеохондрозу шийного відділу хребта зумовлювався вираженістю компресійно-іритативних процесів на фоні постійної симпатикотонії.

Клінічно дисциркуляторні явища симпатико-

тонії проявлялись: 1) перманентними вегетативними розладами (у 48% хворих); 2) порушеннями судинної іннервації (підвищенням артеріального тиску — у 27% хворих, зниженням артеріального тиску — у 41% хворих); 3) незначними мозочковими порушеннями (у 11% хворих); 4) гіперсомнічним синдромом (у 2% хворих). Інтермітуючі зміни вертебробазиллярного кровотоку, спричинені компресійно-іритативними процесами, проявлялись: 1) синкопальними вертебральними пароксизмами («drop attacks» — у 34% хворих, вертебральним синдромом Унтерхарншайдта — у 2% хворих); 2) вегетативними кризами (у 45% хворих); 3) вираженими мозочковими порушеннями (у 3% хворих); 4) бульбарними порушеннями (ППМК — у 8% хворих, ГПМК — у 3% хворих).

За даними ТКУЗДГ, значно погіршувався кровотік по хребцевих артеріях — майже у 60% хворих, по основній — майже у 20% хворих. При виконанні функціональних проб кровотік по хребцевих артеріях може знижуватись до рівня критичного стенозу і більше або ж може зникати в одній із артерій: виявляється дефіцит кровотоку по основній артерії (до 70%) з явищами збіднення каротидних басейнів.

Завданням нашого дослідження було досягнення найкращого результату лікування при дисциркуляторних ознаках нестабільності хребцеворухового сегмента. Запропонована нами методика забезпечує ліквідацію подразнення симпатичних сплетень хребцевих артерій, прискорення фіброзу диска, а отже стабілізацію. Методика є комплексною, вона включає медикаментозне лікування, фізіотерапію і передбачає госпіталізацію на 4—7 днів. За результатами функціональних методів рентгеноспондилографії і ТКУЗДГ визначали, яка із хребцевих артерій є домінуючою в клініці дисциркуляції. Також для цього можна використовувати лікувально-діагностичні блокади периваскулярних симпатичних сплетень 2% лідокаїном з наступним спостереженням у динаміці або ТКУЗДГ-контролем. Потім у рентгеноопераційній після премедикації проводили периваскулярну блокаду хребцевої артерії на рівні і вище місця патології хребцеворухового сегмента. Ця процедура є обов'язковою для профілактики ангіоспазму, що може виникнути внаслідок маніпуляції. Під рентгенконтролем проводили пункцію нестабільних дисків за методом дерецепції, запропонованим А.І.Осна (1966) для лікування симпатіоритативних процесів. Ми застосовували дерецепцію диска як маніпуляцію з метою стабілізації. Для розпізнання вогнища симпатикотонії

проводили діагностичну пункцію диска [3] і вводили по 0,1—0,2 мл охолодженого до температури +5°C 10% лідокаїну. В диск вводили близько 0,8 мл суміші 10% лідокаїну і 96% етилового спирту у співвідношенні 1 : 3. При нестабільності, що перевищувала 3 мм, дерцепцію завершували введенням ще однієї голки в місце пункції диска. Після маніпуляції обов'язково застосовували комірці Шанца протягом місяця цілодобово, потім протягом місяця під час сну.

Ліквідація симпатіоритативних і компресійно-іритативних явищ другого періоду шийного остеохондрозу досягається блокадою периваскулярних симпатичних сплетень, алкоголізацією нервових закінчень фіброзного кільця. Через один—два місяці настає фіброз диска внаслідок часткової ліофілізації пульпозного ядра, подразнення і асептичного запалення диска, порушення анатомічної цілісності фіброзного кільця.

Результати. В наших спостереженнях досліджувана патологія склала 24% всіх випадків транзиторних порушень мозкового кровообігу. Синдром хребцевої артерії, спричинений шийним остеохондрозом, в перший період хвороби був виявлений у 3% пацієнтів, у другий період — у 97%. Катамнез протягом шести років свідчить, що запропонована нами методика забезпечує стійкий, тривалий ефект, починаючи з першого дня хірургічного лікування. В двох випадках вона була використана в третій період шийного остеохондрозу при протрузії диска до 5 мм з проявами нестабільності і при помірно вираженому дисковаскулярному конфлікті. Вдалося досягти ремісії клінічних проявів вертебробазиллярної недостатності, поліпшення кровотоку на 10—15%. Контрольна МРТ виявила зменшення протрузії диска на 1—2 мм. Катамнез тривав 9 місяців.

До переваг запропонованої методики лікування слід віднести й хірургічне щадіння, профілактичну спрямованість, простоту маніпуляцій і можливість застосування як в нейрохірургічних, так і в неврологічних стаціонарах, а також дешевизну і доступність.

Список літератури

1. Бротман М.К., Цымбалюк В.И. Внебольничное лечение остеохондроза позвоночника. — К., 1993. — С.36.
2. Исаев Ю.А. Нетрадиционные методы лечения остеохондроза позвоночника. — К., 1996. — С.3.
3. Луцик А.А., Карпенко В.С., Елифанцев А.Г., Пеганова М.А. Комплексное нейрохирургическое лечение очага остеохондроза позвоночника// Материалы II съезда нейрохирургов России (Нижегород, 1998г.): Тез.докл.—СПб., 1998.—С.256.
4. Марголин Г.А., Барсенов В.А. Остеохондроз позвоночника. Ч.2. — Новокузнецк, 1973. — С.73—79.
5. Чижикова Т.В. Фенестрация межпозвонковых дисков при лечении шейного остеохондроза// Нейрохирургия. — 1990. — С.49.
6. Осна А.И. Шейный остеохондроз// Материалы науч. конф.: Тез.докл. — Новокузнецк, 1984.—С.11—21.
7. Kramer I. Intervertebral Disc Diseases. — Stuttgart: George Thieme Verlag, 1981.—P.221.
8. Smith L. Amer med. Ass. — 1964. — V.187, N2. — P.137.

Лечение дисциркуляторных явлений в вертебробазиллярном бассейне в начальные периоды остеохондроза шейного отдела позвоночника

Нечипорук О.О.

Проанализированы результаты лечения 76 больных с нарушением мозгового кровообращения в вертебробазиллярном бассейне, обусловленным остеохондрозом шейного отдела позвоночника в начальные периоды заболевания. Предложено комплексное дифференцированное лечение, которое состоит из медикаментозной терапии, физиотерапевтических методов, внешней иммобилизации, дополнительных блокадами периваскулярных симпатических сплетений вертебральных артерий, дерцепцией межпозвонковых дисков. Положительные результаты получены у всех больных: у 80% — хорошие, у 20% — удовлетворительные. Разработанная нами комплексная методика рекомендуется для эффективного лечения дисциркуляторных явлений и профилактики острого нарушения мозгового кровообращения в вертебробазиллярном бассейне.

Treatment infringements of brain blood circulation in vertebrobasilar region in initial periods osteochondrous in neck department of a backbone

Нечипорук О.О.

The results of treatment 76 patients with infringements of brain blood circulation in vertebrobasilar region caused osteochondrous in neck department of a backbone in initial periods are analysed. The complex and differential treatment consisted of medicinal therapy, external immobilization, which were supplemented by blockade of perivascular sympathetic textures of vertebral arteries, dereception of intervertebral disks. The positive results are received from all of the patients: excellent 80%, satisfactory 20%. It is recommended as effective technique of treatment and prevent sharp intrinsement of brain blood circulation in vertebrobasillar region.