



НАРУШЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ БАСЕЙНЕ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Е. Н. Селянина, А. А. Герасимов

В последние годы во всех странах мира отмечена тенденция к увеличению числа лиц с сосудистыми заболеваниями головного мозга в возрасте до 45 лет [1]. Наиболее часто нарушения кровообращения у молодых наблюдаются в вертебробазилярном бассейне и чаще у женщин. Появились сообщения о том, что причиной нарушения мозгового кровообращения у молодых женщин может служить нарушение уровня эстрогенов в крови [1]. В наших наблюдениях и по данным литературы наиболее частой причиной вертебробазилярной недостаточности являются травматические повреждения шеи, остеохондроз и патология развития шейного отдела позвоночника [4]. В качестве травматологических причин, влекущих за собой смещение позвонков в шейном отделе позвоночника, могут выступать внешние физические воздействия и активное сокращение мышц окружающих ШОП при резком повороте, попытке удержать равновесие при падении и т. п. [5].

Вертебробазилярная недостаточность на фоне патологии шейного отдела позвоночника может развиваться остро как синдром позвоночной артерии или постепенно с периодами ухудшения и улучшения рефлекторная вертебробазилярная недостаточность. Механизм развития нарушений кровотока в бассейне позвоночных артерий при заболеваниях позвоночника, заключается в следующем. Во первых непосредственное воздействие измененных костно-хрящевых структур на позвоночную артерию или ее симпатическое сплетение. На позвоночную артерию, ее медиальную стенку, могут воздействовать унковертебральные разрастания, чаще при движении

шеи во фронтальной плоскости. При подвывихе и нестабильности в ШОП артерия травмируется чаще при разгибании. Она может быть прижата к капсуле сустава С1-С2 нижней косой мышцей головы, при обострении шейного остеохондроза [4]. Если при этом уменьшается просвет сосуда или травмируется его симпатическое сплетение, то возникает компрессионный синдром. Чаще же в основе заболевания лежат рефлекторные механизмы [2]. Они реализуются через вазомоторную реакцию на раздражение симпатических эфферентных волокон идущих к гладкой мускулатуре сосуда. И также через афферентное раздражение, когда рефлекторная дуга замыкается через звездчатый узел, задние и боковые рога спинного мозга [3, 4].

Основными проявлениями нарушения кровообращения в вертебробазилярном бассейне являются краниалгия, мозжечково-атактический синдром, кохлеовестибулярные нарушения, корешковые синдромы.

Данное заболевание служит причиной длительной утраты трудоспособности и в некоторых случаях может быть причиной инвалидизации.

На кафедре травматологии и ортопедии СГМИ в 1981 г. А. А. Герасимовым был предложен метод внутритканевой электростимуляции позвоночника. Мы применили этот метод для лечения для лечения рефлекторной вертебробазилярной недостаточности и синдрома позвоночной артерии.

Сущность метода заключается в подведении низкочастотного импульсного электрического тока к остистому отростку пораженного позвонка с помощью иглы-электрода. Методом реографии и полярографии костной ткани доказано что, это воздействие приводит к локальному увеличению кровообращения в пораженном позвонке, и как следствие к усилению трофических и репаративных процессов. Происходит смена патологической проприоцептивной импульсации на нормальную, что выводит нервные центры отвечающие за рефлекторную деятельность из состояния очагового торможения. При этом восстанавливаются компенсаторные и адаптационные процессы в области поражения отдельных позвонков [2]. При помощи внутритканевой электростимуляции позвоночника удастся устранить рефлекторное мышечное напряжение и снизить выраженность болевого синдрома. Подводя иглу-электрод к дужке С7-Т1 мы воздействуем на звездчатый узел, который является вегетативным центром иннервации сосудов шеи и головы и регулирует тонус позвоночных артерий.

Методом внутритканевой электростимуляции проведено лечение у 45 больных с синдромом позвоночной артерии и рефлекторной вертебробазилярной недостаточностью. Нам удалось снизить сроки временной утраты трудоспособности до 10-15 дней (при 25-40 дней в контрольной группе больных лечившихся традиционными методами). Больные выписывались к труду без всяких субъективных проявлений и почти во всех случаях с полным регрессом объективной симптоматики. Кроме того за 3 года наблюдений рецидивы наблюдались примерно в 5% случаев, в контрольной группе более чем у половины обследованных.

Литература:

1. Белопасов В. В., Каховский В. А. Клинические варианты и этиопатогенез нарушений мозгового кровообращения у женщин в репродуктивном возрасте. Неврологический вестник. 1998 г. № 8.
2. Герасимов А. А. Внутрикостная электростимуляция в лечении больных с остеохондрозом позвоночника. Методические рекомендации. Свердловск. 1990 г. 7 с.
3. Дуус П. Топический диагноз в неврологии. Анатомия. Физиология. Клиника. Москва. ИПЦ «Вазар-Ферро». 1995 г. 400 с.
4. Попелянский Я. Ю. Болезни периферической нервной системы. М. Медицина. 1989 г. 464 с.
5. Селиванов В. П., Никитин М. Н. Диагностика и лечение вывихов шейных позвонков. Москва. Медицина. 1971 г. 326 с.

