

Комплексный подход к лечению кардиологических и неврологических заболеваний, ассоциированных с патологией позвоночника

29-30 сентября 2014 года в г. Одессе проходила IV научно-практическая конференция «Кардионеврология: настоящее и будущее», объединившая ведущих специалистов Украины и их зарубежных коллег для обсуждения аспектов диагностики и лечения заболеваний кардиологического и неврологического профиля. Одно из наиболее интересных с научной точки зрения секционных заседаний в рамках проведенного мероприятия было посвящено вопросам вертеброгенной кардионеврологии.



Заведующий кафедрой нервных болезней Запорожского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Александр Анатольевич Козелкин затронул проблемные вопросы вертеброневрологии. Докладчик отметил, что каждый человек в течение жизни как минимум один раз испытывает боль в спине, а около половины трудоспособного населения Земли страдает от болей вертеброгенного происхождения. По словам профессора А.А. Козелкина, боль в нижней части спины ежегодно, например в США является причиной потерь 100 млн рабочих дней и затрат на различные виды выплат в размере 15 млрд долларов (R. Maciewicz, J. Martin, 1993). В Украине количество людей, страдающих заболеваниями периферической нервной и костно-мышечной систем, превысило 5 млн человек.

Основными источниками болей в спине являются капсула суставов, связки и фасции, мышцы, нервные корешки, межпозвоночные диски, позвонки, твердая мозговая оболочка, спинномозговые узлы и периневральная соединительная ткань. Чаще всего боли в спине возникают на фоне миофасциального синдрома, дегенеративных изменений позвоночника, функциональных нарушений межпозвоночного сустава, стеноза позвоночного канала, нестабильности позвоночно-двигательного сегмента (ПДС), остеопороза, психогенных нарушений. При этом в формировании болевых ощущений в большинстве случаев принимают участие как ноцицептивные, так и нейропатические компоненты.

Далее выступающий перешел к рассмотрению вопросов, связанных с обследованием пациентов с болями в спине, отметив, что в настоящее время в диагностике вертеброгенных болевых синдромов широко используются мануальное мышечное тестирование, а также целый ряд инструментальных методик: рентгенография позвоночника, контрастная миелография, компьютерная и магнитно-резонансная томография, ангиография, ультразвуковая доплерография.

Профессор А.А. Козелкин подчеркнул, что лечение пациентов с болями в спине должно проводиться поэтапно с учетом клинко-вертеброневрологических критериев (стадии и типа течения патологического процесса, выраженности болевого синдрома и нарушений вертебродинамики, наличия соматических заболеваний и др.) и степени дегенеративно-дистрофического процесса в позвоночнике. При наличии двигательных расстройств на фоне резко выраженных болей и значительного ограничения объема движений в позвоночнике лечение должно осуществляться в условиях стационара и включать назначение анальгетиков, ограничение двигательного режима и устранение нагрузок на опорно-двигательный аппарат. В свою очередь, при болевом синдроме и нарушениях вертебродинамики умеренной степени выраженности лечение проводится в условиях специализированных отделений преимущественно немедикаментозными методами воздействия, такими как мануальная терапия, тракции, массаж, физио- и бальнеолечение.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения рациональный подход к купированию болевого синдрома различной степени выраженности предусматривает использование нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), которые при необходимости могут комбинироваться с опиоидными анальгетиками и адьювантными препаратами. Среди многообразия доступных в настоящее время на фармацевтическом рынке НПВП высоким уровнем эффективности, благоприятным профилем безопасности и хорошей переносимостью отличается препарат Ксефокам (лорноксикам производства компании «Такеда») – неселективный ингибитор циклооксигеназы, характеризующийся высоким уровнем биодоступности (97-100%), отсутствием риска кумуляции и не требующий коррекции дозы у пациентов из группы повышенного риска (пожилых больных, лиц с нарушенной функцией печени и почек). В комплексной терапии боли в нижней части спины, для улучшения процессов ремиелинизации целесообразно использовать препарат Келтикан (динатриевая соль цитидина-5-монофосфата + уридин).

При наличии двигательных расстройств, слабовыраженном болевом синдроме и незначительном ограничении вертебродинамики лечение осуществляется в условиях профилактория, санатория или водогрязелечебницы при помощи электростимуляции, массажа, мануальной терапии, лечебной физкультуры, физио- и бальнеопроцедур, а также с использованием медикаментозной терапии. Если у пациента диагностируется дискогенная компрессионная радикулопатия (ДКРП) или дискогенная компрессионно-ишемическая радикулопатия (ДКИРП), проводятся комплексные лечебно-реабилитационные мероприятия с использованием фармакологических средств, физио- и бальнеолечения, тракционной терапии, кинезо- и рефлексотерапии, электростимуляции. При низкой эффективности или безуспешности 2-3 терапевтических курсов больным рекомендуется оперативное лечение. Показаниями для более раннего проведения хирургической коррекции при ДКРП и ДКИРП являются выраженный некупируемый болевой синдром, выраженный прогрессирующий атрофический процесс, нарастающие паретические расстройства, переходящая миелорадикулопатия. При этом дискогенная компрессионная миелопатия служит абсолютным показанием для оперативного вмешательства.

Завершая свое выступление, профессор А.А. Козелкин указал на то, что лечение больных с вертеброгенным болевым синдромом должно быть комплексным и патогенетически обоснованным с дифференцированным применением медикаментозных и немедикаментозных средств в зависимости от степени выраженности боли, нарушений вертебродинамики и стадии дегенеративно-дистрофического процесса.



Заведующая кафедрой неврологии № 2 Харьковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Елена Леонидовна Товажнянская уделила внимание роли спондилогенного фактора в формировании цереброваскулярных и цереброкардиальных нарушений у больных молодого возраста. Прежде всего докладчик отметила, что на сегодняшний день поражения шейного отдела позвоночника являются крайне актуальной проблемой не только для Украины, но и для других стран мира. Высокая распространенность этих состояний главным образом обусловлена анатомическими особенностями шейного отдела позвоночника: слабостью мышечного корсета в области шеи, небольшими размерами и низкой механической прочностью позвонков шейного отдела при высокой нагрузке на межпозвоночный диск, расположением позвоночных артерий (ПА) в канале поперечных отростков шейных позвонков, относительной узостью межпозвоноковых отверстий и максимальной подвижностью данного отдела позвоночника. При этом в основе патогенеза спондилогенных шейных синдромов лежит негативное влияние патологически измененных шейных позвонков, напряженных мышц и нарушенной биомеханики шейного отдела позвоночника на топографически связанные с ними корешковый аппарат, сосуды и сегментарные структуры вегетативной нервной системы. В результате действия этих факторов патологический процесс в шейном отделе позвоночного столба может развиваться как по рефлекторному, так и по компрессионному типу.

Клиническая картина спондилогенных нарушений отличается значительным полиморфизмом симптоматики. К основным проявлениям патологии шейного отдела позвоночника относятся хронический болевой синдром, мышечно-дистонические нарушения, корешковый синдром, расстройства кровообращения в системе ПА с формированием синдрома ПА и вертебровисцеральных синдромов. Одним из них, в частности, является вертебробазилярная недостаточность (ВБН) – обратимое нарушение функций мозга, вызванное уменьшением кровоснабжения области, питаемой позвоночными и основной артериями. При спондилогенных нарушениях вовлеченность в процесс ПА встречается в 35-43% случаев, а удельный вес ВБН среди всех нарушений

мозгового кровообращения составляет около 25-30%. Кроме того, в 60-70% случаев ВБН связана с поражением экстракраниальных отделов ПА.

Затем профессор Е.Л. Товажнянская остановилась на вопросах, связанных с вертебробазилярной ишемией, подчеркнув, что к развитию этого состояния приводит сочетанное действие нескольких факторов, вызывающее декомпенсацию мозгового кровообращения. Среди причин ВБН и ряда других клинических синдромов, помимо механических факторов, определенную роль играют нейрогенные рефлекторные ангиоспастические механизмы, реализуемые через систему вегетативных нервных образований ПА. Клинически спондилогенная ВБН может выражаться в виде пароксизмальных (внезапное падение, синдром Унтерхарншайдта, вегетативно-вестибулярные расстройства) либо перманентных сосудистых нарушений, проявляющихся симптомами дисциркуляторной энцефалопатии. При пароксизмальных сосудистых расстройствах определяется гипермобильность в области краниовертебрального перехода, а при перманентных – блок ПДС.

Одним из наиболее частых вертебровисцеральных состояний при поражениях позвоночника считается вертеброкардиальный синдром (ВКС), связанный с патологическими изменениями вегетативного обеспечения сердечной деятельности, которые приводят к возникновению дисфункции миокарда. Клинически ВКС проявляется в виде психо-вегетативного синдрома с кардиалгиями, длящимися от нескольких минут до нескольких часов. Боли чаще бывают тупыми, ноющими, распирающими, провоцируются активными движениями левой руки, поворотом головы и туловища и лишь частично купируются приемом нитроглицерина. Кроме того, наблюдаются нарушения сердечного ритма, а также болезненность в зоне блокирования ПДС с иррадиацией в область сердца, возникающая при пальпации остистых отростков и паравертебральных точек. Выступающая отметила, что сегментарные влияния вегетативной нервной системы на миокард при спондилогенном ВКС сопровождаются повышением симпатической активности, увеличением частоты сердечных сокращений, относительным уменьшением парасимпатического влияния на синусовый узел сердца, умеренным снижением общей вариабельности сердечного ритма.

В диагностике спондилогенных ВБН и ВКС используются рентгенография шейного отдела позвоночника с функциональными пробами, дуплексное сканирование и ультразвуковое исследование брахиоцефальных и внутримозговых сосудов со специальными пробами, электроэнцефалография, электрокардиография, магнитно-резонансная ангиография, офтальмологическое и оториноларингологическое обследование.

Стратегия лечения спондилогенных ВБС и ВКС предусматривает разработку индивидуального алгоритма реабилитационной терапии, своевременную коррекцию основных факторов риска цереброваскулярной патологии, компенсацию или устранение факторов, провоцирующих декомпенсацию мозгового кровообращения, а также использование церебропротекторных средств. Для профилактики возникновения и прогрессирования клинических проявлений остеогенной ВБН, нормализации состояния вегетативных структур целесообразно назначать препараты с разнонаправленным действием. Одним из таких средств является Актовегин, обладающий комбинированным нейропротекторным (антиапоптотический, антиоксидантный, мембраностабилизирующий эффекты), метаболическим (стимулирует аэробный гликолиз, уменьшает выраженность внутриклеточного ацидоза, снижает энергодефицит в клетках) и сосудистым (нормализует функциональное состояние эндотелия) действием. Благодаря применению Актовегина в комплексной терапии спондилогенной ВБН удается уменьшить частоту и тяжесть симптомов заболевания, повысить устойчивости нейронов к возможным гемодинамическим сдвигам в вертебробазилярном бассейне при движениях в шейном отделе позвоночника, нормализовать работу надсегментарных и сегментарных структур вегетативной нервной системы.

Резюмируя сказанное, профессор Е.Л. Товажнянская указала на то, что спондилогенные нарушения являются ключевым звеном в формировании цереброкардиальных взаимоотношений и важным механизмом, провоцирующим ВБН и вертебрально-кардиальную дисфункцию. Лечение этих состояний должно быть комплексным и включать в себя препараты с нейропротекторным, антигипоксическим и метаболическим действием.

Подготовил **Антон Пройдак**

ACTO-PUB-012015-97

