

Спондилогенна та вертебробазиллярна недостатність — чи існує зв'язок?

За матеріалами X Міжнародної конференції для неврологів, психіатрів, психотерапевтів, лікарів суміжних спеціальностей «Нейросимпозіум» (11-13 вересня 2018 року, м. Одеса)

Восени цього року в Одесі відбулася міжнародна неврологічна конференція «Нейросимпозіум». З 11 по 13 вересня близько 700 неврологів та лікарів суміжних спеціальностей з усіх регіонів країни брали участь в інтерактивних лекціях, теоретичних і практичних майстер-класах під керівництвом видатних вчених із України, Великої Британії, Франції, Нідерландів та Литви. Серед багатьох виступів особливу увагу аудиторії викликала доповідь доктора медичних наук, професора, завідувача кафедри неврології № 2 Харківського національного медичного університету Олени Леонідівни Товажнянської.



О.Л. Товажнянська

На початку своєї лекції автор порушила питання актуальності проблеми шийних спондилогенних порушень. Ураження шийного відділу хребта дуже часто зумовлене його анатомічними особливостями: слабким м'язовим корсетом у ділянці шиї, невеликими розмірами та низькою механічною міцністю хребців шийного відділу при високому навантаженні на одиницю площини диску, наявністю відносно вузьких міжхребцевих отворів та максимальною рухомістю шийного відділу. До ланок патогенезу віднесені патологічно змінені шийні хребці, напруга м'язів, порушення біомеханіки шийного відділу хребта. Порушення цілісності та функціонального благополуччя цих структур чинить негативний вплив на корінцевий апарат, судини та сегментарні структури вегетативної нервової системи. Це може призвести до рефлекторних (дія на рецептори, які іннервують уражені відділи хребтового сегмента) та компресійних порушень із боку патологічних структур (грижа, остеофіти тощо), що впливатимуть на корінець, спинний мозок та судини, зокрема хребтову артерію (ХА).

Також професор наголосила, що спондилогенна іритация шийних симпатичних вузлів спричиняє формування вегетативних порушень, які перебігають за типом реперкусивних (від лат. *repercutere* – відбивати). Аферентація імпульсів із вогнища подразнення у периферичних сегментарних утвореннях призводить до дизрегуляції гіпоталамуса та ретикулярного комплексу, тобто формується патологічне коло за типом «відбитого синдрому». Функціональне ураження гіпоталамічної ділянки з підвищенням збудження зумовлює розвиток психовегетативного синдрому та вісцеральних порушень. Для появи вертебробазиллярної недостатності (ВБН) необхідне поєднання декількох патологічних (патогенетичних) факторів, гемодинамічна взаємодія яких спричиняє декомпенсацію мозкового кровообігу. Серед цих факторів можна виділити: екстравасальну компресію, іритацию періартеріального симпатичного сплетення, супутню соматичну патологію, гіподинамію, куріння, зловживання алкоголем, психоемоційні та невротичні розлади, фізичні навантаження, тривале вимушене нефізіологічне положення голови, різкі рухи голови, непрофесійні лікувальні маніпуляції та аномалії ХА.

ВБН — це оборотне порушення функцій мозку, викликане зменшенням кровопостачання цієї ділянки хребтовими та основною артеріями. В МКХ-10 цей патологічний стан має назву «синдром вертебробазиллярної артеріальної системи» (рубрика G45.0) у розділі «Минулі транзиторні церебральні ішемічні напади (атаки) та споріднені синдроми». Серед спонділогенних порушень залучення ХА зустрічається у 35–45% випадків. У 60–70% осіб ВБН пов'язана з ураженням екстракраніальних відділів ХА. Доповідач виділила декілька клінічних варіантів спонділогенної ВБН. Ураження ХА може проявлятися вазомоторними (функціональна форма), а також ішемічними порушеннями (органічна форма). Виділяють перманентний та пароксизмальний варіанти. Пароксизмальні судинні порушення представлені раптовим падінням (drop attacks), синдромом Утєрхашайдта, вегетативно-вестибулярними

розладами. Перманентний варіант, своєю чергою, характеризується клінічною картиною хронічної ВБН. При пароксизмальних судинних порушеннях визначається гіпермобільність у ділянці краніовертебрального переходу, а при перманентному – блок хребтово-рухового сегмента. Симптоми виникають раптово після різкого руху голови й залежать від положення голови та шийного відділу хребта. Характерні позитивні симптоми Де Клейна, поява або посилення симптомів після ротації та розгинання шийного відділу хребта, симпаталгічний головний біль шийно-погилочної локалізації з характерним гемікранічним поширенням із субокципітальної зони на лобово-скронєво-очномкову ділянку. Також характерні запаморочення, шум або погіршення слуху та мимусе зниження зору на боці ураження ХА.

Зупинившись на питаннях діагностики, доповідач акцентувала, що існує пряма залежність появи та вираженості клінічних проявів ВБН від руху в шийному відділі хребта. У пацієнта мають бути наявні як морфологічні субстрати екстравазального впливу (за даними рентгенографії та комп'ютерної томографії (КТ) шийного відділу хребта), так і клінічні прояви, а також гемодинамічні порушення, виявлені при проведенні ультразвукової діагностики (УЗД) та ультразвукової доплерографії (УЗДГ). Серед морфологічних субстратів екстравазального впливу було виділено: дегенеративний спондилолістез, кіфоз, лордоз, латеролістез, стеноз, сколіоз, унковертебральний артроз, синдром переднього драбинчастого м'яза, синдром нижнього косого м'яза, краніовертебральні аномалії (Кіммерлі, Кліппеля – Фейля) та підвивихи за Ковачем. Для діагностики спідлоїгенної ВБН (рівень доказовості D) рекомендовані:

- дуплексне сканування брахіоцефальних та внутрішньомозкових судин;
- УЗДГ брахіоцефальних та внутрішньомозкових судин із проведенням спеціальних проб (повороти та нахили голови);
- за необхідності — магнітно-резонансна томографія, ангиографія, КТ-ангіографія, рентгенографія шийного відділу хребта;
- оториноларингологічні, вестибулометричні, офтальмологічні обстеження;
- енцефалографія;
- електрокардіографія;
- згідно з керівництвом Європейської спільноти кардіологів (ESC) — діагностика варіабельності серцевого ритму.

Далі професор О.Л. Товажнянська приділила велику увагу основним питанням лікування спонділогенної ВБН. Передусім необхідно нівелювати спонділогенний екстравасальний фактор та розробити індивідуальний алгоритм відновлювальної (реабілітаційної) терапії. Дуже важливо своєчасно корегувати основні фактори ризику (артеріальну гіпертензію, гіперхолестеринемію, порушення серцевого ритму, цукровий діабет), а також комплексно використовувати церебропротекторні засоби. Для профілактики виникнення і прогресування клінічних проявів спонділогенної ВБН та нормалізації стану вегетативних структур доцільно застосовувати медикаменти поліфакторної дії, яким властиве поєднання ефектів активації тканинного метаболізму, стабілізації енергетичного потенціалу клітини та поліпшення

церебральної гемодинаміки. Автор наголо-сила, що саме **Цитофлавін** є одним із препа-ратів вибору. Комплексний лікарський засіб Цитофлавін — це унікальна комбінація з ци-топротекторним та антигіпоксантичним ефекта-ми. Він сприяє відновленню клітинних мемб-ран нейронів та глії, поліпшує коронарний та мозковий кровообіг і когнітивні функції. До складу Цитофлавіну входять чотири ос-новні компоненти:

1. Янтарна кислота – ендogenousний універсальний внутрішньоклітинний метаболіт, який виконує каталітичну функцію у циклі Кребса, збільшує об'єм внутрішньоклітинної енергії.
2. Нікотинамід – фермент, що є переносником водню, який забезпечує окисно-відновлювальні процеси та антиоксидантний ефект.
3. Рибофлавін – входить до складу ферментів, які регулюють окисно-відновлювальні процеси; бере участь у білковому та жировому обміні.
4. Рибиксин – похідне пурину, розглядається як попередник аденозинтрифосфатної кислоти (АТФ) та блокує рецептори,

що селективно зв'язують N-метил-D-аспаратні (NMDA) рецептори.

Результати досліджень, у яких брали участь 7 клінічних баз та 300 пацієнтів, доводять ефективність Цитофлавіну у хворих на гіпертонічну енцефалопатію та конституційну венозну недостатність. Основна група пацієнтів отримувала базове лікування та Цитофлавін – по 2 таблетки двічі на день протягом 25 днів, контрольна група – лише базову терапію та плацебо. На 25-й день в основній групі було встановлено достовірне зменшення частоти скарг, поліпшення якості життя та показників церебральної гемодинаміки.

Наприкінці своєї доповіді автор приділила чимало часу питанням: профілактики ВБН, важливості дотримання рухового режиму та розробки м'язового шийного каркасу шляхом правильно підібраної лікувальної гімнастики, профілактики гіподинамії, відмови від куріння, регулювання маси тіла й дотримання гіпохолестеринової дієти, а також запобігання стресовим ситуаціям.

Підготувала **Ольга Мороз**

3

[illegible]