

Литература:

1. Амин В.И. Лечение и профилактика «синдрома смежного уровня» при хирургическом лечении дегенеративных заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника / Мерсед Х.И., Кавалерский Г.М. // «Хирургия позвоночника – полный спектр», 2007. – 62-68 с.
2. Васильева О.В. Особенности диагностики и лечения больных с грыжами поясничных межпозвоноковых дисков при врожденном стенозе позвоночного канала. Автореферат дис. К.м.н./О.В.Васильева: РНТ «ВТО» им.акад. Г.А.Илизарова, г.Курган, 2002 г., 28 стр.
3. Ветрилл С.Т. Показания и особенности выбора тактики хирургического лечения поясничного остеохондроза с использованием трансдуральных фиксаторов / Швец В.В., Крупаткин А.И. // Хирургия позвоночника. 2004г. №4, с.40-46.
4. Гельфенбейн М. С. Международный конгресс, посвященный лечению хронического болевого синдрома после операций на поясничном отделе позвоночника «Pain management'98» (Failed back surgery syndrome) // Нейрохирургия. — 2000. — № 1—2. — С. 65.
5. Гюев Г.Ш. Комплексное лечение заболеваний поясничного отдела позвоночника. /П.М. Гюев СПб: Изд-во «ИПТТ», 2003.-248 с.
6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Всемирная организация здравоохранения. Т.1. - М.: Медицина, 2003. - 698 с.
7. Холодов С.А.Эффективность микрохирургического удаления грыж поясничных дисков. /С.А.Холодов, Н.Ю.Францева// Журнал неврологии и психиатрии – 2002 г. т.102 - №4 – с.18-20
8. Швец В.В. Хирургическое лечение поясничного остеохондроза с применением различных видов стабилизации / Ветрилл С.Т. // Материалы международной Пироговской научно-практической конференции «Остеосинтез и эндопротезирование» 15-16 мая 2008г. С.27
9. Schmoelz W. Dynamic stabilization of the lumbar spine and its effect on adjacent segments: an in vitro experiment / Huber J.F., Nydegger T., Claes L.//Eur Spine J., 2010– P.257–260.
10. Lindsey D.P. The effects of an interspinous implant on the kinematics of the instrumented and adjacent levels in the lumbar spine / Swanson K.E., Fuchs P., Hsu K.Y. // Eur Spine J., 2009– P.335–339.
11. Korovessis P. The role of rigid vs. dynamic instrumentation for stabilization of the degenerative lumbosacral spine / Papazisis Z., Lambiris E.// Stud Health Technol Inform., 2002- P. 92–130.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Васильева Н.В.
Буковинский ГМУ,
г. Черновцы, Украина

EFFICIENCY OF THE CONSERVATIVE COMBINED TREATMENT OF NEUROLOGICAL MANIFESTATIONS OF DEGENERATIVE- DYSTROPHIC DISEASES OF CERVICAL SPINE

Vasylieva N.V.
Bukovina State Medical University,
Chernovtsy, Ukraine

Резюме. Статья посвящена изучению эффективности комбинированного лечения неврологических проявлений дегенеративно-дистрофических заболеваний шейного отдела позвоночника, сопровождающиеся артериальной гипертензией, с использованием медикаментозной терапии, гирудотерапии и кинезитерапии.

Ключевые слова. Шейный отдел позвоночника, комбинированное лечение, артериальная гипертензия.

Abstract. The article is devoted to study efficiency of the combined treatment of neurological manifestation of degenerative-dystrophic diseases of cervical spine attended with arterial hypertension with a use of medicines, hirudotherapy and kinesitherapy.

Keywords. Cervical spine, combined treatment, arterial hypertension.

Произошедший в последние десятилетия переход от физического труда к умственному, с его неизбежной тотальной компьютеризацией, способствовал распространению гиподинамии. Следствием такого образа жизни (сидячей работы, особенно в нефизиологической позе, езде в автомобиле) является пребывание позвоночника в вынужденном полусогнутом положении, что приводит к нарушению работы мышц-антагонистов, растяжению мышц-сгибателей спины и снижению их тонуса. Если к этому добавить стрессовый фактор, способствующий вазомоторной дисфункции мышц, а также другие факторы (генетический, возрастные изменения в ядре межпозвоночного диска, травмы позвоночника, эндокринные и обменные нарушения, наличие висцеральной патологии), то можно будет в полной мере ожидать появления дегенеративно-дистрофических изменений в таком позвоночнике.

Согласно статистике ВОЗ, после 30 лет каждый пятый человек в мире страдает от болей в спине, у каждого второго человека трудоспособного возраста боли сопровождаются неврологической симптоматикой и вызваны дегенеративно-дистрофическими процессами в позвоночнике [1]. Не намного лучше ситуация и в странах Европы, где около 30% случаев заболевания позвоночника являются причиной раннего ухода на пенсию [2].

При дегенеративно-дистрофических поражениях позвоночника формируются функциональные блоки позвоночного двигательного сегмента (ПДС) – обратимые ограничения подвижности в сегменте при изменении взаиморасположения внутрисуставных соединительно-тканых элементов, обусловленные рефлекторной околосуставной миофасциацией. Подтверждением функционального характера блока сустава является его обратимость под воздействием повторных пассивных движений: мобилизации, манипуляции, различных видов релаксации.

Следствием дегенеративно-дистрофических изменений шейного отдела позвоночника (ШОП) являются такие осложнения, как корешковый синдром, синдром позвоночной артерии (СПА), кардиалгический синдром, нарушения мозгового кровообращения (острые и хронические), гипертензивная энцефалопатия и др. Согласно данным Л.А. Дзяк [3] патология магистральных сосудов головы (стенозирование и окклюзии сонных и позвоночных артерий различного генеза) в 44% случаев является причиной транзиторных ишемических атак, в 30–40% – ишемических инсультов. В случае развития у одного и того же пациента шейного остеохондроза и артериальной гипертензии (АГ), как правило, тяжело установить первичность того или иного заболевания. Однозначен факт отягощения течения артериальной гипертензии при наличии шейного остеохондроза, что обусловлено определенной резистентностью к антигипертензивной терапии. Особое место во взаимоотношениях АГ с шейным остеохондрозом занимает СПА, при котором артериальная гипертензия обнаруживается в 40–50% случаев [4]. Кроме того, следует учитывать, что при АГ происходит перегрузка венозной системы, а в случае присоединения атеросклероза формируется порочный круг, приводящий к срывам компенсации мозгового кровообращения.

Мы учитывали факт нежелательности применения нестероидных противовоспалительных средств, вследствие их негативного влияния на эффективность антигипертензивных препаратов, а также тот факт, что массаж может способствовать подъемам артериального давления. Кроме того, мышечно-тонический синдром, сопровождающий дегенеративно-дистрофические изменения ШОП, способствует нарастанию метаболических

нарушений. Поэтому лечение пациентов с шейным остеохондрозом в сочетании с АГ должно предполагать патогенетическую и симптоматическую компоненты.

Целью нашей работы явилось изучение эффективности комбинированного лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний ШОП, которые сочетались с артериальной гипертензией.

Материал и методы. В условиях неврологического отделения нами обследовано 39 пациентов с шейным остеохондрозом. Из них у 32 пациентов остеохондроз ШОП сочетался с АГ. Средний возраст пациентов составил 54,5 года. Всем пациентам с целью верификации диагноза применяли нейровизуализационные методы обследования (функциональная рентгенография ШОП, МРТ или спиральная КТ ШОП), ультразвуковую доплерографию и дуплексное сканирование магистральных артерий головы. Наличие гипертонической болезни подтверждалось с помощью ЭКГ, эхокардиографии. Артериальное давление измеряли наиболее распространенным методом – способом Короткова в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации кардиологов.

По данным клинико-неврологического обследования у 11 пациентов (28,2%) наблюдался синдром позвоночной артерии в виде следующих форм, коррелирующих с данными [5]: заднешейного симпатического синдрома, базилярной мигрени, вестибулоатактического синдрома, кохлео-вестибулярного синдрома, офтальмического синдрома, синдрома вегетативных нарушений. У 18 пациентов (46,1%) был диагностирован корешковый синдром, у 2 пациентов (5,1%) – кардиалгический синдром, у 5 пациентов (12,8%) ведущим явился синдром цервикокраниалгии, у 3-х (7,8%) – синдром передней лестничной мышцы.

Пациенты были распределены на 2 группы, по 15 и 17 человек соответственно. Пациенты 1-й группы в качестве базовой терапии получали эналаприла малеат 0,01г и гидрохлортиазид 0,0125г в виде фиксированной комбинации (препарат Энафрил) по 1 таблетке 1-2 раза в день; с целью улучшения кровообращения и реологических свойств крови – Кавинтон в/в капельно по 4 мл (20 мг) 7 дней с последующим переходом на прием per os по 1 табл (5 мг) 3 раза в день; для уменьшения выраженности мышечно-тонического синдрома – Толперизон (Мидокалм) в/м по 1 мл 1 раз в день в течение 7 дней. Пациенты 2-й группы кроме вышеперечисленного лечения получали гирудотерапию (ГТ) и кинезитерапию под присмотром врача лечебно-физкультурного диспансера. Аллергических реакций на гирудотерапию у обследуемых пациентов не наблюдалось. Режим физических тренировок подбирался индивидуально в каждом случае на основе велоэргометрического теста. Основной вид ЛФК при АГ включал циклические упражнения с преобладанием аэробного механизма энергообеспечения. Стационарное лечение продолжалось 12-14 дней.

Результаты и обсуждение. После проведенного лечения пациенты обеих групп отмечали улучшение общего самочувствия, уменьшение интенсивности и частоты головных болей или их исчезновение, уменьшение выраженности головокружения, улучшение качества сна. Показатели артериального давления снизились до уровня $\leq 140/90$ мм рт. ст. Кроме того, было доказано, что максимальный терапевтический эффект обеспечивался нагрузкой, которая составляла не менее 50% от выявленной индивидуальной толерантности, а успех занятий определялся еще и регулярностью занятий. Оптимальным количеством сеансов гирудотерапии, дающим стойко положительный результат при лечении артериальной гипертензии, является 6-8 сеансов, в среднем по 4 пиявки за сеанс. Ретроспективный анализ полученных результатов показал, что стойкого снижения АД удается достигнуть в большинстве случаев (87,5%) только после 2,5 месяцев регулярных тренировок. Одновременно при сравнении клинико-неврологической картины в обеих группах оказалось, что у 6 пациентов 2-й группы (28,5%) удалось добиться снижения дозы антигипертензивных препаратов на 8-й день лечения.

Выводы. 1. Приемами физической реабилитации и методами гирудотерапии можно влиять на факторы, приводящие к развитию дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника и артериальной гипертензии, а также на их последствия. 2. В решении проблемы лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний шейного отдела позвоночника в сочетании с артериальной гипертензией лечебная физкультура и гирудотерапия должны занимать одно из ведущих мест. 3. Поскольку гирудотерапия в сочетании с лечебной физкультурой имеет высокую клиническую эффективность и позволяет пациентам обходиться без антигипертензивных препаратов либо существенно снижать их дозировку на длительный период, можно предположить, что гирудотерапия в сочетании с лечебной физкультурой является ресурсосберегающей медицинской технологией.

Литература.

1. Золотоверх О.М. *Діагностика та хірургічне лікування міжхребцевих гриж грудного відділу хребта: автореф. дис.... канд. мед. наук: спец. 14.01.05. «Нейрохірургія» / О.М. Золотоверх. - Київ, 2010. - 25 с.*
2. Чуканова Е.И. *Фармакоэкономический анализ лечения больных с болевым вертеброгенным синдромом // Рациональная фармакотерапия. – 2007. – № 1 (2). – С. 80-81.*
3. *Эффективность Кавинтона в лечении церебральных ишемий, обусловленных патологией магистральных артерий головы //Л.А. Дзяк, В.А. Голик, И.В. Рожкова, Е.В. Мизякина //Кавинтон при острых нарушениях мозгового кровообращения. – К., 2005. – Вып. 1. – С. 12-19.*
4. *Лапшина Л.А. Место препарата Нейровитан в терапии артериальной гипертензии в сочетании с остеохондрозом шейного отдела позвоночника //Л.А. Лапшина, М.А. Тучинская //Новости медицины и фармации. - 2008. - №15 (252). – С. 27-29.*
5. *Калашников В.И. Синдром позвоночной артерии: клинические варианты, классификация, принципы диагностики и лечения / В.И. Калашников //Международный неврологический журнал. – 2010. - № 1 (31). – С. 93-99.*

ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРА КСЕФОКАМА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ПУТЕМ ПОДАПОНЕВРОТИЧЕСКОГО ВВЕДЕНИЯ

Воропаев А.А., Климов И.А., Танков Д.В., Ткаченко Е.В.

ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко,
Москва

APPLICATION OF XEFOCAM SOLUTION IN AN ACUTE PHASE OF TRAUMATIC BRAIN INJURY BY SUBGALEAL ACCESS

Voropaev A.A., Klimov I.A., Tankov D.V., Tkachenko E.V.

State Military Clinical Hospital n. a. Acad. N.N. Burdenko,
Moscow

Черепно-мозговые травмы (ЧМТ) – наиболее частые и тяжелые повреждения, количество которых постоянно увеличивается. Среди поврежденных всех видов на ЧМТ приходится от 25 до 40%. ЧМТ по частоте занимают первое место среди нейрохирургической патологии, превосходя все остальные, вместе взятые, в 5 раз, и среди причин смерти и инвалидности до 45 лет. В течение временного интервала 45 лет – 64 года от ЧМТ умирают больше, чем от инсультов.

Самым частым клиническим проявлением ЧМТ является головная боль. Критериями связи головной боли с травмой являются:

1. Наличие документальных данных о получении субъектом травмы, ее характере, степени неврологических нарушений.
2. Наличие в анамнезе факта потери сознания различной длительности.