

УДК 616-009.7

https://doi.org/10.33619/2414-2948/95/14

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С ЯВЛЕНИЯМИ ВЕНОЗНОГО ЗАСТОЯ

©Канаев Р. А., SPIN-код: 3033-2655, д-р мед. наук, Кыргызский государственный
медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова,
г. Бишкек, Кыргызстан

©Ниязбеков Ч. Н., Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки
и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова, г. Бишкек, Кыргызстан

©Кыдырбаева А. М., Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки
и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова, г. Бишкек, Кыргызстан

COMPLEX TREATMENT OF HEADACHES CAUSED BY DEGENERATIVE- DYSTROPHIC CHANGES IN THE CERVICAL SPINE WITH SYMPTOMS OF VENOUS HYPEREMIA

©Канаев Р., SPIN-code: 3033-2655, Dr. habil., Kyrgyz State Medical Institute
of retraining and advanced training, Bishkek, Kyrgyzstan

©Niyazbekov Ch., Kyrgyz State Medical Institute of retraining
and advanced training, Bishkek, Kyrgyzstan

©Kydrybaeva A., Kyrgyz State Medical Institute of retraining
and advanced training, Bishkek, Kyrgyzstan

Аннотация. Обоснована необходимость разработки альтернативных подходов к лечению головных болей, обусловленных дегенеративно-дистрофическими изменениями шейного отдела позвоночника. Представлены результаты клинико-инструментального исследования различных методов лечения. Доказана эффективность иглорефлексотерапии в комплексном лечении при головных болей.

Abstract. The necessity of developing alternative approaches to the treatment of headaches caused by degenerative-dystrophic changes in the cervical spine is substantiated. The results of clinical and instrumental studies of various treatment methods are presented. The effectiveness of acupuncture in the complex treatment of headaches has been proven.

Ключевые слова: головных болей, вертеброгенный болевой синдром, явления венозного застоя, комплексное лечение.

Keywords: headaches, vertebrogenic pain syndrome, venous hyperemia phenomena, complex treatment.

Головная боль может быть проявлением ряда заболеваний. В разных странах мира по данным статистики от 25% до 40% населения страдают головной болью [1–5].

Вторичные головные боли составляют 8–15% среди всех головных болей. Одной из важных проблем неврологии и нейрохирургии являются гемодинамические нарушения при дегенеративных поражениях шейного отдела позвоночника, так как компрессия экстравазальной части вертебробазиллярной системы приводит к расстройствам гемодинамики в полости черепа различной степени выраженности [1–3].

На сегодняшний день наиболее изученным является синдром позвоночной артерии, встречающийся в 42,5–50% случаев [6]. Роль расстройств венозного мозгового кровообращения в происхождении, течении и клиническом определении сосудистой патологии головного мозга длительное время недооценивалась и до настоящего времени эти расстройства часто не распознаются. Венозная дисциркуляция в полости черепа обычно является не самостоятельным заболеванием, а осложнением других заболеваний, связанных с нарушением экстракраниального и интракраниального венозного оттока [7]. При этом ее проявления подчас бывают более выраженными и тягостными, чем основное заболевание. Что касается нарушений венозного оттока в вертебробазиллярной системе, то они чаще всего обусловлены дегенеративно-дистрофическими изменениями на уровне шейного отдела позвоночника. Это связано с тем, что большая часть экстракраниального отдела позвоночной артерии в сопровождении вегетативного сплетения и позвоночных вен проходит в подвижном узком костном канале, образованном отверстиями в поперечных отростках шейных позвонков. Поэтому, даже незначительные разрастания крючковидных отростков могут травмировать сосудисто-нервный пучок, непосредственно сдавливая или раздражая симпатическое сплетение [8].

Функциональные биомеханические нарушения на уровне шейного отдела позвоночника обуславливают постуральный дисбаланс мышц шейноплечевой области, что также способствует затруднению венозного оттока из полости черепа [9]. Таким образом, болевой синдром при дегенеративно-дистрофических изменениях на уровне шейного отдела позвоночника является патогенетически и клинически полиморфным, складываясь из миофасциального, корешкового и сосудистого компонентов. Сообщений о применении ИРТ в комплексном лечении при верифицированных формах лечения головных болей, обусловленных дегенеративно-дистрофическими изменениями шейного отдела позвоночника с явлениями венозного застоя нам обнаружить не удалось, что и явилось основанием для планирования данного исследования [10–13].

Цель исследования: определить эффективность использования комплексное лечение головных болей, обусловленных дегенеративно дистрофическими изменениями шейного отдела позвоночника с явлениями венозного застоя.

Материал и методы исследования

Было обследовано 60 больных с головных болей, обусловленных дегенеративно-дистрофическими изменениями шейного отдела позвоночника с явлениями венозного застоя в возрасте от 18 до 60 лет. Проведено клинико-неврологические и инструментальные методы исследования: ультразвуковая доплерография, реоэнцефалография, электроэнцефалография, рентгенография черепа и шейного отдела позвоночника, магнитно-резонансная томография.

Для оценки функционального состояния вегетативной нервной системы при головных болей, обусловленных дегенеративно дистрофическими изменениями шейного отдела позвоночника с явлениями венозного застоя использовали определение вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности

Результаты и их обсуждение

Были изучены эффективность комплексное лечение при головных болей, обусловленных дегенеративно-дистрофическими изменениями шейного отдела позвоночника с явлениями венозного застоя. Комплекс методов лечения ГБ при ВБС включал:

– для группы 1 — медикаментозная терапия

– для группы 2 — миофасциальное расслабление, мануальная терапия, иглорефлексотерапия, фитотерапия

При изучении воздействия применения комплексное лечение на состояние церебральной гемодинамики оказалось, что начиная с 20-х суток лечения достоверно нарастала скорость кровотока по интракраниальным артериям, причем, максимальные изменения регистрировались в сосудах вертебрально-базилярной системы (задние мозговые и основная артерии). Отличия по сравнению с исходным уровнем составили 18%; $p < 0,05$ (Таблица 1).

Таблица 1

ЗНАЧЕНИЯ СРЕДНЕЙ СКОРОСТИ КРОВОТОКА ПО ИНТЕРКРАНИАЛЬНЫМ АРТЕРИЯМ
 НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ (кл).

	<i>ПМА</i>	<i>СМА</i>	<i>ЗМА</i>	<i>ОА</i>	<i>ПА</i>
до лечения после	43,3±3,4	47,5±3,7	33,4±3,0	36,7±3,2	28,2±2,2
лечения	42,0±2,5	50,5±3,2	31,2±3,2		31,4±3,7
10 сутки пл	42,2±3,1	51,3±3,3	34,4±3,7	37,5±3,0	31,4±2,3
	41,4±2,7	53,2±3,1	33,5±3,5		33,3±2,7
20 сутки пл	43,7±2,2	52,6±2,8	37,1±2,5*	41,8±2,0*	36,5±2,1*
	43,8±2,4	53,3±3,8	36,8±2,5*		37,1±2,2*
30 сутки пл	45,5±3,4	53,5±3,7	38,7±2,4**	43,8±1,8**	37,9±2,0**
	46,4±3,5	54,4±3,8	38,4±2,3**		38,0±2,2**
Группа сравнения	41,5±3,9	51,5±3,3	30,5±3,1	38,1±2,0	29,1±3,0
	40,3±3,8	52,7±4,0	29,7±3,0		28,0±2,6

* — отличия достоверны по сравнению с исходным уровнем ($p < 0,05$); ** — отличия достоверны по сравнению с группой сравнения ($p < 0,05$); ПМА — передняя мозговая артерия; СМА — средняя мозговая артерия; ЗМА — задняя мозговая артерия; ОА — основная артерия; ПА — интракраниальный сегмент позвоночной артерии

На 30-е сутки лечения регистрировалось достоверное увеличение скорости кровотока по экстракраниальным сегментам позвоночных артерий (на 18%; $p < 0,05$). Улучшение состояния церебральной гемодинамики происходило на фоне стабильного системного артериального давления и частоты сердечных сокращений, вне зависимости от исходного уровня основных показателей центральной гемодинамики. Учитывая наличие признаков нормализации сосудистого тонуса (по данным РЭГ), можно предположить, что положительный эффект от применения иглорефлексотерапии в комплексном лечении был обусловлен, в первую очередь, снижением исходно повышенного сосудистого тонуса и облегчением-венозного оттока из полости черепа. Важно, что использование иглорефлексотерапии в комплексном лечении вызывало достоверное улучшение состояния церебральной гемодинамики.

Проведенное исследование позволило обнаружить умеренное влияние иглорефлексотерапии в комплексном лечении на состояние системы гемостаза, в первую очередь в виде уменьшения агрегации тромбоцитов и снижения вязкости цельной крови.

В результате проведенного комплексного лечения на протяжении 10 суток, у больных ВБС ГБ наблюдалась выраженная положительная динамика. Так, уже на 15-е сутки лечения имела место положительная динамика, достоверное уменьшение приступов головокружения и уменьшение частоты их возникновения (на 18% и 22% соответственно по сравнению с исходным уровнем; $p < 0,05$) (Таблица 2).

Полученные данные свидетельствуют о том, что применение иглорефлексотерапии в комплексном лечении на протяжении 2-х недель у больных с вертебрально-базилярной

недостаточностью способствовало существенному улучшению состояния пациентов.

Таблица 2

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИЗОДОВ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ
 НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ (кл)

Сроки лечения	Интенсивность	Длительность	Субъективная оценка
До лечения	2,5±0,4	2,6±0,3	2,7±0,3
10 сутки	2,3±0,3	2,4±0,4	2,3±0,4
15 сутки	1,8±0,3*	2,3±0,3	1,8±0,3**
Группа сравнения	2,7±0,3	2,5±0,3	2,4±0,3

На фоне лечения, уже начиная с первой недели, больные отмечали уменьшение выраженности и продолжительности приступов головокружения. Одновременно наблюдался регресс части неврологической симптоматики. В первую очередь уменьшалась выраженность статической и динамической атаксии улучшилась функции черепных нервов (глазодвигательных, бульбарной группы). Субъективно больные отмечали появление ощущение бодрости, улучшение памяти, нормализацию настроения. В меньшей степени иглорефлексотерапии в комплексном лечении оказывал влияние на ощущение шума в ушах, выраженность пирамидных и проводниковых чувствительных расстройств.

Максимальный эффект наблюдался к окончанию периода наблюдения на 15-е сутки, когда имело место достоверное уменьшение интенсивности и частоты приступов головокружения (на 20% по сравнению с исходным уровнем; $p < 0,05$ (Таблица 2). В меньшей степени применение комплексное лечение сказывалось на динамике и выраженности ощущения шума в ушах, значения которых, хоть и снижались, однако, существенным образом не отличались от исходного уровня.

Проведено исследование функции надсегментарного отдела вегетативной нервной системы до и после лечения головных болей, обусловленных дегенеративно-дистрофическими изменениями шейного отдела позвоночника с явлениями венозного застоя, путем определения вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности.

Исследование вегетативного тонуса показало, у больных ВБС ГБ до лечения сумма баллов равнялась $66,0 \pm 1,20$ и соответствовала выраженной степени СВД, после иглорефлексотерапии достигало до $44,0 \pm 1,30$, а после комплексного лечения достигало до $41,0 \pm 1,20$ ($p < 0,05$). (Таблица 3).

Исследование вегетативной реактивности показало, что у больных ВБС ГБ до лечения отмечалось незначительное замедление ЧСС $3,0 \pm 1,20$ ударов в 1 мин, слабое замедление — пониженная вегетативная реактивность (симпатическая реакция), а у больных получавшие ИРТ отмечается ЧСС $7,0 \pm 0,30$ ударов в 1 мин, этот показатель свидетельствовал о повышенной вегетативной реактивности (парасимпатическая реакция). При комплексном лечении отмечается положительные динамики по всем показателям ВР ($p < 0,05$).

Исследования вегетативного обеспечения в ортоклиностатической пробе показал, что у больных ВБС ГБ до лечения подъем систолического давления был на $44,0 \pm 1,30$ мм рт. ст. Жалобы на ощущение прилива крови к голове, потемнение в глазах. Эти явления трактовались как избыточное вегетативное обеспечение деятельности. После проведенного ИРТ подъем систолического давления был $30,0 \pm 1,20$ мм рт. ст., отмечено относительно положительное динамики ($p < 0,05$). После комплексного лечения отмечается положительные динамики по всем показателям ВОД. ($p < 0,05$).

Таблица 3

ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЯХ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С ЯВЛЕНИЯМИ ВЕНОЗНОГО ЗАСТОЯ

Показатели	Сроки обследования	ВБС ГБ	
		$ИРТ_n = 30$ $M1 \pm m1$	$КЛ_n = 30$ $M2 \pm m2$
СВД в баллах	До лечения	66,0±1,20	65,0±1,30
	после	44,0±1,30	41,0±1,20
	P	<0,001	<0,001
МО	До лечения	3540±1,40	3520±1,10
	после	3343±1,20	3265±2,100
	P	<0,001	<0,001
Вегетативная реактивность	До лечения	3,0±1,20	3,1±1,30
	после	7,0±0,30	6,0±1,20
	P	<0,01	<0,01
Вегетативное обеспечение деятельности	АД до лечения	44,0±1,30↑	45,0±1,10↓
	после	31,0±1,20↑	32,0±1,20↓
	P	<0,01	<0,01
	ЧСС до лечения	37,0±1,30	38,0±0,10
	после	32,0±1,20	31,0±0,20
P	<0,01	<0,01	

Выводы

1. Применение комплексного лечения больных с ГБ ВБС способствует формированию коллатерального кровообращения, увеличению кровотока по сосудам вертебрально-базилярной системы и нормализации состояния микроциркуляции, что клинически проявлялось урежением эпизодов ТИА в вертебрально-базилярной системе и регрессом вестибулярных расстройств.

2. Применение комплексного лечения у больных с ГБ ВБС приводило к нормализации вестибулярной и слуховой функций, а также к уменьшению выраженности очагового неврологического дефицита, в первую очередь атактических расстройств, однако, не сопровождалось изменением состояния микро- и макроциркуляции.

3. После комплексного лечения больных с ГБ ВБС отмечается положительная динамика по всем показателям: вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности.

4. Использование комплексного лечения у больных с ГБ ВБС оказывает умеренное положительное воздействие в виде уменьшения интенсивности и частоты эпизодов головокружения, улучшения памяти.

Список литературы:

1. Кадыков А. С., Манвелов Л. С., Шахпаронова Н. В. Хронические сосудистые заболевания головного мозга. Дисциркуляторная энцефалопатия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 231 с.
2. Штока В. Н., Левина О. С. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы. М.: Мед. информ. агентство (МИА), 2006. 518 с.
3. Исайкин А. И., Яхно Н. Н. Вертебрально-базилярная недостаточность // Российский медицинский журнал. 2001. Т. 9. №25. С. 1166-9.

4. Тул Д. Ф. Сосудистые заболевания головного мозга. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 590 с.
5. Верещагин Н. В. Патология вертебрально-базиллярной системы и нарушения мозгового кровообращения. М.: Медицина, 1980. 311 с.
6. Покровский А. В. Клиническая ангиология: Руководство. М.: Медицина, 2004. 886 с.
7. Шевченко Ю. Л. Кардиогенный и ангиогенный церебральный эмболический инсульт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 270 с.
8. Попелянский Я. Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология). М.: МЕДпресс-информ, 2011. 670 с.
9. Калашникова Л. А. Диссекция артерий, кровоснабжающих мозг, и нарушения мозгового кровообращения // *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2007. Т. 1. №1. С. 41-49.
10. Caplan L. Posterior circulation ischemia: then, now, and tomorrow: the Thomas Willis lecture-2000 // *Stroke*. 2000. V. 31. №8. P. 2011-2023. <https://doi.org/10.1161/01.STR.31.8.2011>
11. Savitz S. I., Caplan L. R. Vertebrobasilar disease // *New England Journal of Medicine*. 2005. V. 352. №25. P. 2618-2626. <https://doi.org/10.1056/nejmra041544>
12. Frisoni G. B., Anzola G. P. Vertebrobasilar ischemia after neck motion // *Stroke*. 1991. V. 22. №11. P. 1452-1460. <https://doi.org/10.1161/01.STR.22.11.1452>
13. Dadsetan M. R., Skerhut H. E. I. Rotational vertebrobasilar insufficiency secondary to vertebral artery occlusion from fibrous band of the longus coli muscle // *Neuroradiology*. 1990. V. 32. P. 514-515. <https://doi.org/10.1007/BF02426468>

References:

1. Kadykov, A. S., Manvelov, L. S., & Shakhparonova, N. V. (2013). Khronicheskie sosudistye zabolevaniya golovnogogo mozga. Distsirkulyatornaya entsefalopatiya. Moscow. (in Russian).
2. Shtoka, V. N., & Levina, O. S. (2006). Spravochnik po formulirovaniyu klinicheskogo diagnoza boleznei nervnoi sistemy. Moscow. (in Russian).
3. Isaikin, A. I., & Yakhno, N. N. (2001). Vertebral'no-bazilyarnaya nedostatochnost'. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal*, 9(25), 1166-9. (in Russian).
4. Tul, D. F. (2007). Sosudistye zabolevaniya golovnogogo mozga. Moscow. (in Russian).
5. Vereshchagin, N. V. (1980). Patologiya vertebral'no-bazilyarnoi sistemy i narusheniya mozgovogo krovoobrashcheniya. Moscow. (in Russian).
6. Pokrovskii, A. V. (2004). Klinicheskaya angiologiya: Rukovodstvo. Moscow. (in Russian).
7. Shevchenko, Yu. L. (2006). Kardiogennyi i angiogennyi tserebral'nyi embolicheskii insul't. Moscow. (in Russian).
8. Popelyanskii, Ya. Yu. (2011). Ortopedicheskaya nevrologiya (vertebronevrologiya). Moscow. (in Russian).
9. Kalashnikova, L. A. (2007). Dissektsiya arterii, krovosnabzhayushchikh mozg, i narusheniya mozgovogo krovoobrashcheniya. *Annaly klinicheskoi i eksperimental'noi nevrologii*, 1(1), 41-49. (in Russian).
10. Caplan, L. (2000). Posterior circulation ischemia: then, now, and tomorrow: the Thomas Willis lecture-2000. *Stroke*, 31(8), 2011-2023. <https://doi.org/10.1161/01.STR.31.8.2011>
11. Savitz, S. I., & Caplan, L. R. (2005). Vertebrobasilar disease. *New England Journal of Medicine*, 352(25), 2618-2626. <https://doi.org/10.1056/nejmra041544>
12. Frisoni, G. B., & Anzola, G. P. (1991). Vertebrobasilar ischemia after neck motion. *Stroke*, 22(11), 1452-1460. <https://doi.org/10.1161/01.STR.22.11.1452>

13. Dadsetan, M. R., & Skerhut, H. E. I. (1990). Rotational vertebrobasilar insufficiency secondary to vertebral artery occlusion from fibrous band of the longus coli muscle. *Neuroradiology*, 32, 514-515. <https://doi.org/10.1007/BF02426468>

*Работа поступила
в редакцию 20.09.2023 г.*

*Принята к публикации
27.09.2023 г.*

Ссылка для цитирования:

Канаев Р. А., Ниязбеков Ч. Н., Кыдырбаева А. М. Комплексное лечение головных болей, обусловленных дегенеративно-дистрофическими изменениями шейного отдела позвоночника с явлениями венозного застоя // Бюллетень науки и практики. 2023. Т. 9. №10. С. 165-171. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/95/14>

Cite as (APA):

Kanaev, R., Niyazbekov, Ch., & Kydyrbaeva, A. (2023). Complex Treatment of Headaches Caused by Degenerative-Dystrophic Changes in the Cervical Spine With Symptoms of Venous Hyperemia. *Bulletin of Science and Practice*, 9(10), 165-171. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/95/14>