
В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 616-036.12

СИНДРОМ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

А. Е. Барулин, О. В. Курушина, В. В. Мирошникова, А. Е. Пучков, О. А. Ивахненко

Волгоградский государственный медицинский университет

В статье представлены современные взгляды на синдром позвоночной артерии, механизмы его формирования и клинико-диагностические особенности. Приведены основные виды медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Ключевые слова: синдром позвоночной артерии, диагностика, лечение.

VERTEBRAL ARTERY SYNDROME: CONTEMPORARY APPROACHES TO DIAGNOSTICS AND TREATMENT

A. E. Barulin, O. V. Kurushina, V. V. Miroshnikova, A. E. Puchkov, O. A. Ivakhnenko

Modern views are presented in article on a vertebral artery syndrome, mechanisms of its formation, clinical and diagnostics features. Main types of pharmacological and non-pharmacological treatment are given.

Key words: vertebral artery syndrome, diagnostics, treatment.

Синдром позвоночной артерии (СПА) — клинически и социально значимая проблема в медицине. По различным данным, частота дисгемий в вертебробазиллярном бассейне составляет от 25 до 30 % всех нарушений мозгового кровообращения, в том числе до 70 % транзиторных ишемических атак. В то же время отсутствие единых методических подходов к диагностике и лечению данного синдрома приводят к значительным сложностям в неврологической практике. Данная статья посвящена краткому разбору особенностей патогенеза, постановки диагноза и выработки эффективной терапевтической стратегии при синдроме позвоночной артерии.

Наиболее существенным этиопатогенетическим фактором развития данных нарушений является патология шейного отдела позвоночника. Ведущее место в патогенезе данных нарушений отводится дегенеративно-дистрофическим процессам шейного отдела позвоночного столба и аномальным процессам со стороны атланта, которые нарушают кровоток в позвоночных артериях, вызывают нарушения мозгового кровообращения. Данные изменения относятся к группе компрессионных сужений позвоночных артерий, возникающих под влиянием многих внесосудистых факторов, и объединяются термином синдром позвоночной артерии (СПА). В МКБ-10 синдром позвоночной артерии рассматривается под шифром G99.2 и включает в себя

клинику заднешейного симпатического синдрома, повторяющиеся эпизоды вертебробазиллярной недостаточности, эпизоды дроп-атак, синдром Унтерхарншайдта.

Этиологические факторы СПА можно разделить на 3 основные группы:

1. Окклюзирующие заболевания артерий (атеросклероз, тромбозы, эмболии, артерииты различного генеза).
2. Деформации артерий (патологическая извитость, перегибы, аномалии структуры и хода).
3. Экстравазальные компрессии артерий (сдавление их костными аномалиями, ребрами, мышцами, остеофитами и суставными отростками шейных позвонков, рубцами, опухолями и пр.).

В клинической неврологической практике, как правило, диагноз СПА выставляется пациентам, имеющим определенный набор жалоб и клинических синдромов, которые можно связать с дегенеративно-дистрофическими поражениями или аномалиями шейного отдела позвоночника. Таким образом, несмотря на такую полиэтиологичность СПА, в клинической практике под данным термином подразумевается компрессионный вариант данного синдрома.

Анатомические предпосылки развития вертеброгенного СПА. Для понимания патогенеза развития компрессионного синдрома позвоночной артерии (ПА) необходимо иметь представление об анатомических особенностях данного сосуда.

V1 — первый сегмент — от места отхождения артерии до впадения в канал поперечных отростков на уровне С5 или С6 позвонков (превертебральный или проксимальный участок артерии);

V2 — второй сегмент — в канале отверстий поперечных отростков от С5–С6 до второго шейного позвонка;

V3 — третий сегмент — субокципитальный сегмент — от места выхода артерии из отверстия поперечного отростка второго шейного позвонка до вхождения в полость черепа (до прободения шейно-затылочной мембраны); выйдя из отверстия поперечного отростка атланта, артерия поворачивает на дорзальную сторону боковой массы атланта и располагается в горизонтальной борозде на задней дуге С1. В этом месте позвоночная артерия отклоняется вперед вверх и медиально, прободает атланта-окципитальную мембрану и твердую мозговую оболочку, через большое затылочное отверстие входит в полость черепа между подъязычным нервом и первым шейным корешком;

V4 — четвертый сегмент — интракраниальный сегмент — от места прободения артерией атланта-окципитальной мембраны до слияния с противоположной позвоночной артерией и формирования основной артерии.

Возможность поражения ПА при шейном остеохондрозе определяется ее топографо-анатомическим положением. Значительная часть экстракраниального отрезка ПА проходит в подвижном костном канале, образованном поперечными отростками шейных позвонков и рудиментами ребер. При этом боковая стенка артерии прилежит к унковертебральному сочленению, а задняя — соседствует с верхним суставным отростком. На уровне С1–СII артерия прикрыта лишь мягкими тканями, преимущественно нижней косой мышцей головы. Также важное патогенетическое значение в развитии СПА имеет состояние периваскулярных сплетений и нижнего шейного симпатического узла, определяющего симпатическую иннервацию позвоночной артерии.

Как правило, СПА принято разделять на две стадии течения заболевания. Первая, функциональная или ангиодистоническая стадия характеризуется тремя группами симптомов: головная боль с сопутствующими вегетативными нарушениями; кохлеовестибулярные расстройства; зрительные нарушения.

Головная боль — пульсирующая или ноющая, жгучая, постоянная и усиливающаяся приступообразно, особенно при движениях головой, при ее продолжительном вынужденном положении, распространяется от затылка вперед ко лбу, может быть двухсторонняя или гемикраническая.

Кохлеовестибулярные нарушения могут проявляться в форме пароксизмальных несистемных головокружений (ощущение неустойчивости, покачивания) или системных головокружений. Они могут сочетаться с паракузиями, легким снижением слуха, что требует проведения дифференциальной диагностики с болезнью Меньера.

Зрительные нарушения как правило проявляются в виде неспецифических симптомов: потемнение в глазах, ощущение песка, искр и другие проявления фотопсии, легкие изменения тонуса сосудов глазного дна.

Вторая стадия СПА, развивающаяся с течением времени при сохранении компрессионных и спазматических условий, называется органической или ишемической. Она представляет собой преходящие и стойкие нарушения мозгового кровообращения в вертебробазилярной системе. Они проявляются в виде головкружения, атактических нарушений, тошноты, рвоты, артикуляционных нарушений, дисфункции стволовой группы черепно-мозговых нервов.

Диагностика синдрома позвоночной артерии.

1. Анализ клинической картины заболевания, неврологический осмотр с элементами вертеброневрологического тестирования. Как правило, у пациентов выявляются умеренно выраженные биомеханические нарушения позвоночника, ограничение объема активных движений в шейном отделе позвоночника с преобладанием ограничения флексии. При пальпаторном обследовании отмечаются умеренная болезненность мышц, повышение мышечного тонуса. Часто повышение тонуса коротких разгибателей головы сочетается с увеличением тонуса апоневроза и парестезиями в затылочной области в связи с поражением затылочного нерва. Определяется незначительная сглаженность шейного лордоза и гиперлордоз почти у половины больных. При пальпации выявляются миофасциальные триггерные точки преимущественно в коротких затылочных мышцах, чаще нижних косых мышцах головы, при мануальном тестировании — функциональные блоки в краниоцервикальной области.

2. Рентгенография шейного отдела позвоночника в стандартных проекциях (прямая и боковая) и дополнительной проекции для оценки состояния атланта-окципитального сустава (выявление факторов риска компрессии (сдавления) позвоночной артерии).

3. Доплерография (или дуплексное сканирование) сосудов шеи и головного мозга (выявление снижения кровотока по позвоночной артерии).

4. При появлении подозрения на наличие острого нарушения мозгового кровообращения в вертебрально-базилярном бассейне необходимо срочное выполнение магниторезонансной томографии (МРТ) головного мозга и экстренная госпитализация пациента в неврологический (нейрохирургический) стационар.

5. При высокой вероятности выявления грыж межпозвоночных дисков в шейном отделе позвоночника рекомендуется выполнение МРТ данного отдела позвоночника.

Необходимо особо обратить внимания на тот факт, что у пациентов с СПА всегда имеют место психовегетативные нарушения, проявляющиеся слабостью, вялостью, раздражительностью и обидчивостью, тревогой и неустойчивостью настроения, расстройствами сна, ухудшением способности к сосредоточению, памяти,

различными сенестопатиями и др.; вегетативные расстройства различной степени выраженности: от кратковременного ощущения голода и жажды, ощущения жара или озноба до тяжелых гипоталамо-стволовых кризов. Клиническая манифестация этих симптомов может приводить к ошибочной диагностике функционального (чаще всего, невротического) расстройства центральной нервной системы с дальнейшими неэффективными попытками лечения лишь седативными или анксиолитическими препаратами. Такая недооценка роли органического фактора в развитии СПА приводит к хронизации симптомов и переходу из ангиодистонической в ишемическую стадию.

Лечение СПА. Исходя из вышесказанного, лечение СПА начинается с точной установки диагноза и выявления причины компрессии (сдавления) позвоночной артерии. При подозрении на острое нарушение кровоснабжения головного или спинного мозга необходима срочная госпитализация пациента. При условии исключения необходимости экстренной госпитализации в зависимости от уровня и причины компрессии позвоночной артерии могут быть проведены следующие лечебные мероприятия:

1. Немедикаментозные методы терапии СПА.

– Мягкие техники мануальной терапии (постизометрическая релаксация, тракция и др.), которые используются для снятия напряжения с мышц шеи и восстановления правильного анатомического положения структур шейного отдела позвоночника.

– Иглорефлексотерапия — эффективна как для снятия болевого синдрома при данной патологии, так и для устранения сопутствующих симптомов (головокружение, вегетативные и психоэмоциональные нарушения).

– Физиотерапия, которая будет включать как методы, направленные на устранение отека и компрессии ПА, так и процедуры, усиливающие кровообращение и уменьшающие болевой синдром.

– Активно рекомендованные ранее методы ортезирования в данный момент необходимо признать исключительным методом и «терапией отчаяния» в тех случаях, когда другие методики оказываются неэффективными.

– Нейрохирургические методы лечения СПА применяются при наличии выраженной костной патологии, которая оказывает ведущую роль в компрессии ПА.

2. Медикаментозная терапия СПА.

Патогенетическая терапия:

– Противовоспалительная, противоотечная терапия: нестероидные противовоспалительные средства, глюкокортикостероиды, препараты, улучшающие венозный отток;

– Вазоактивная терапия: альфа-адреноблокаторы, антагонисты кальция, комбинированные препараты.

Симптоматическая терапия:

- Анальгетики, как системного действия, так и в виде аппликаций, лечебно-диагностических блокад;
- Нейропептидная терапия;
- Ноотропная терапия;
- Вестибулолитическая терапия;
- Витаминотерапия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключении необходимо отметить необходимость комплексного лечебного воздействия на возможные патогенетические механизмы развития СПА. В то же время, учитывая длительный характер течения заболевания, достижение стойкого положительного эффекта от проводимой терапии возможно лишь при соблюдении пациентом рекомендаций лечащего врача на протяжении длительного времени, восстановлении нормальной биомеханики движений позвоночного столба, выполнении упражнений и укреплении мышечного корсета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калашников В. И. // Международный неврологический журнал Практикующему неврологу. — 2010. — № 1 (31).
2. Камчатнов П. Р., Гордеева Т. Н., Кабанов А. А. Кровоток в системах сонных и позвоночных артерий у больных с синдромом вертебробазилярной недостаточности // Тр. междунар. конф. «Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний». — СПб: РосВМедА, 2000. — С. 300.
3. Каракулова Ю. В., Завалина Т. В., Шутков А. А. // Нижегородский медицинский журнал. — 2004. — № 4. — С. 17—20.
4. Крыжановский Я. О. // Неврол. журн. — 2008. — № 3. — С. 23—24.
5. Курушина О. В., Барулин А. Е. // Русский медицинский журнал. — 2012. — Т. 20, № 29. — С. 1484—1488.
6. Микиашвили С. Ж. // Журн. неврол. и психиатр.— 2008.— Т. 108, № 7.— С. 84—85.
7. Пирятина Е. Л., Иемагилов М. Ф. // Неврол. вестник.— 1994.— Т. 26, вып. 3—4.— С. 58—59.
8. Скоромец А. А., Баранцевич Е. Р., Скоромец Т. А. // Мануальная терапия. — 2003. — Т. 11, № 3. — С. 76.
9. Шток В. Н. Фармакотерапия в неврологии: Практическое руководство. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. — 301 с.

Контактная информация

Барулин Александр Евгеньевич – д. м. н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии с курсом медицинской генетики, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: barulin23@mail.ru