

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ШЕЙНОМ ВЕРТЕБРАЛЬНОМ СИНДРОМЕ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

*Сорокина О. А., Шищук А. В., Яшукова Е. В.,¹⁾ Зозуля А. Т.
Научные руководители – д-р мед. наук, проф. Шищук В. Д.,
канд. мед. наук, доц. Щербак Б. И.*

Сумский государственный университет, кафедра ортопедии, травматологии и НС;

¹⁾ Сумской областной врачебно-физкультурный диспансер

Лечение и реабилитация заболеваний вегетативной нервной системы (ВНС) является актуальной проблемой современной медицины, что связано прежде всего с огромной распространенностью вегетативных расстройств 25–80 % всех людей мира, преимущественно у детей школьного возраста (45–49 %) А.Н Вейн 1998,2001. Известно, что практически при всех патологических процессах в организме выявляются те или иные симптомы вегетативной дисфункции (СВД). А.А. Скоромец и Т.А. Скоромец 1996 считают, что одним из звеньев в развитии СВД является нарушение функции надсегментарного отдела ВНС: нарушение мозгового гомеостаза, изменение функциональных состояний мозга и биоритмологические аспекты, нарушение межполушарного взаимодействия.

В комплексном лечении вегетативных нарушений наряду с медикаментозной терапией (средства и методы, уменьшающие возбудимость ВНС) широко применяются физические факторы, которые не только уменьшают клинические проявления заболевания, но и обладают регулирующим влиянием на высшие отделы ВНС, являются частью нервной системы, которая регулирует важные функции организма: поддержание гомеостаза, влияние на физическую деятельность, психическую сферу организма. Это достигается за счет регуляции ВНС функций внутренних органов, сосудов, эндокринных желез, гладкой и поперечно-полосатой мускулатуры. Деятельность ВНС направлена на поддержание кровообращения, дыхание, выделение, пищеварение, обмен веществ и терморегуляции. А.Я. Катин 2002.

Целью нашего исследования было изучение эффективности комплекса физических методов в реабилитации больных при шейном вертебральном синдроме и СВД. Среди обследуемых и реабилитируемых с названным и подтвержденным диагнозом было 11 мужчин и 6 женщин в возрасте 25–60 лет. Одним из наиболее ранних и ведущих симптомов у всех больных была головная боль, которая начиналась с задней области шеи и затылочной области и распространялась на теменную, лобную и височную области. Боль чаще была односторонней, приступообразной, усиливалась при повороте головы, после сна и сопровождалась хрустом в шее при движении головой.

Односторонняя головная боль сжимающего и стреляющего характера чаще была связана с колебаниями атмосферного давления, повышенной влажностью воздуха, волнениями и сопровождалась тошнотой и головокружением. Часто больные отмечали шум и пульсацию в ушах. Периодически у них снижался слух и нарушалась речь, наличие болевых вегетативных точек Бирбразра на поверхности тела, появлялась сухость во рту с выделением небольшого количества густой, вязкой слюны. В межприступном периоде отмечались неуверенность в ходьбе, головокружение и головная боль, общая слабость, повышенная раздражительность, тревога и страхи. Преходящий характер названных симптомов позволял нам вначале предполагать, а впоследствии и согласиться с мнениями В.А. Берсенева, Г. П. Губы, О.А. Пятака, 1990, что одним из патологических факторов развитиями болезни является динамическое нарушение мозгового кровообращения при заболеваниях шейного позвоночного столба, при стенозировании в бассейне позвоночных и основных артерий.

Швейцарский врач Q Bartschi-Roschaix, 1949. впервые назвал описываемый синдром шейной мигренью и отметил его травматическую этиологию. Однако несколько раньше названный синдром был описан французским невропатологом J. Varte, 1925 и китайским врачом V. Lieon, 1928 под названием заднего шейного симпатического синдрома. Более детально в 1966 описал клиническую картину данного синдрома при шейном остеохондрозе Я.Ю. Попелянский.

При проведении рентгенологического обследования у всех наших больных были выявлены патобиомеханические изменения (ПБМИ) шейного отдела позвоночника с преимущественными

проявлениями сглаженности лордоза, нестабильности, гипермобильности, а у трех больных они проявлялись на фоне функциональных блоков С0-С1-С2 и у одного больного подвывихом атланта.

Наиболее яркая картина вегетативных нарушений сочеталась с более выраженными клиническими проявлениями и изменениями на рентгенограммах шейного отдела позвоночника. Нейровегетативные нарушения при СВД часто реализовывались преимущественно в сердечно-сосудистой системе в виде СВД по гипертоническому или гипотоническому типу (9 больных по гипертоническому типу, 8 больных по гипотоническому типу). Более того, нельзя не обращать внимание и на то, что в шейных позвонках, в боковых их петлях (отверстиях) слева и справа, проходит позвоночная артерия снабжающая кровью основание мозга, мозжечок-центр равновесия и центры ВНС регулирующие все процессы жизнедеятельности организма. Даже незначительное пережатие позвоночной артерии на фоне выявленных нами путем рентгенологического исследования сглаженности шейного лордоза, нестабильности, гипермобильности, функциональных блоков и смещение атланта приводят как правило к синдрому вегетативно-сосудистой недостаточности-любимому диагнозу врачей, в том числе невропатологов, мягко говоря непонимающих причины его возникновения и считающих это неизлечимым заболеванием И. П. Неумывакин 2008.

В процессе исследования до начала реабилитации и после ее завершения были исследованы следующие показатели: адаптационный потенциал системы кровообращения по Р.М. Баевскому и В. П. Казначееву; оценка реакции адаптации по Гаркави; коэффициент экономичности кровообращения (КЭК), ударный объем сердца по Старру; межсистемные отношения по коэффициенту Хильдебранта; вегетативный индекс Кердо; опросник для выявления признаков вегетативной дисфункции (А.М. Вейн и соавторы 1991).

С целью улучшения компенсаторных механизмов организма больным были предложены следующие виды тренировки рецепторов: закаливание, души, обливания, воздушные ванны, сбалансированное питание, витамины, микроэлементы, оптимальные индивидуальные режимы (А.М. Вейн 1998, 2001). Кроме того, в реабилитационном отделении врачебно-физкультурного диспансера мы применяли методы разработанные профессорами А.Т. Огуловым и И. П. Неумывакиным: надавливали на болезненные точки спазмированных шейных мышц что бывает всегда, доводили до болезненности и, сдерживая в таком положении до 2–3 минут, слегка массировали, после чего боль проходила. Дополнительно осуществлялись миофасциальный релиз с мягкой ручной тракцией а именно: пациент лежал в горизонтальном положении и после хорошего массажа мышц шеи легкими движениями поворачивая голову влево-вправо с подтягиванием на себя, позвонки, в том числе и атлант становились на свое место.

Курс реабилитации состоял из 8–10 сеансов, с обязательной фиксацией шейного отдела позвоночника воротником Шанса на 2–3 часа после каждого сеанса.

В результате проведенного курса реабилитации было отмечено улучшение состояния организма больных по всем примененным в исследовании показателям, а именно: адаптационный потенциал кровообращения по Р. М. Баевскому и В. П. Казначееву с показателя 4,37 (срыва механизмов адаптации) до реабилитации снизился до 2,0 (удовлетворительная адаптация) после реабилитации; реакция адаптации по Гаркави с состояния хронического стресса перешла в зону повышенной активации; коэффициент экономичности кровообращения с 2650 до 2300, что одновременно с увеличением ударного объема по Старру свидетельствовало об усилении сердечной деятельности; коэффициент Хильденбранта снизился с 5,2 до 3,3, что указывало на нормализацию межсистемных отношений; вегетативный индекс Кердо снизился с 0,7 до 0, что свидетельствовало о полном «вегетативном равновесии» (этония) сердечно-сосудистой системы; по результатам опросника А.М. Вейна общее количество баллов с 24–26 до реабилитации уменьшились до 12–14 после реабилитации и это при том что общая сумма баллов у здоровых лиц не должна превышать 15 баллов.

Из анализа проведенного нами исследования можно заключить что примененный нами комплекс методов физической реабилитации является эффективным при шейном вертебральном синдроме с СВД, который в 100 % случаев (С.А. Соломин, И.Р. Шмидт, М.Г. Жестикова 2005) при ПБМИ развивается на шейном уровне.

Актуальні питання теоретичної та практичної медицини : збірник тез доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, м. Суми, 16-18 квітня 2014 р. / М.В. Погорелов. - Суми : СумДУ, 2014. - С. 301-303.