

УДК 616–08[616-009 + 611.7:611.9]

**РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ
НЕТИПИЧНЫХ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ
ДИСКОГЕННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ:
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Маремкулов Азамат Русланович – к.м.н.
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Зеленская Елена Владимировна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Нелин Игорь Вячеславович
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Беляева Наталья Александровна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Цыбулина Вера Вячеславовна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Куликов Кирилл Александрович
*ГБУЗ «Специализированная клиническая
психиатрическая больница № 1», Краснодар,
Россия*

В статье приведен клинический пример успешного лечения нетипичных проявлений межпозвоночной грыжи шейного отдела позвоночника с использованием комбинации медикаментозной и современной тракционной терапии.

Ключевые слова: МЕЖПОЗВОНОЧНАЯ ГРЫЖА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА, ДИСКОРАДИКУЛЯРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ, КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

UDC 616–08[616–009 + 611.7:611.9]

**RESULTS OF COMBINED TREATMENT
OF CERVICAL DISKOGENIC
MANIFESTATIONS: ATYPICAL
CLINIC CASE**

Maremkulov Azamat Ruslanovich – MD
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

Zelenskaya Elena Vladimirovna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

Nelin Igor' Vyacheslavovich
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

Belyaeva Natalia Alexandrovna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

Tsibulina Vera Vyacheslavovna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

Kulikov Kirill Alexandrovich
*SBIHC «Special clinic psychiatric hospital Nr 1»,
Krasnodar, Russia*

The article presents the clinic case of successful treatment of atypical features of intervertebral hernia in cervical spine by means of complex drug and modern traction therapy.

Key words: INTERVERTEBRAL HERNIA OF CERVICAL SPINE, DISCO-RADICULAR DECOMPRESSION, COMPLEX TREATMENT

ВВЕДЕНИЕ

Боль в шее (цервикалгия) является одним из наиболее часто встречающихся в практике невролога симптомов. Боль в шее на протяжении своей жизни испытывает каждый человек. Среди всех болевых синдромов по временной утрате нетрудоспособности лидирующее положение занимает боль в спине, однако это не означает, что цервикалгии менее распространены. Средние показатели обращаемости пациентов с болями в грудном и пояснично-крестцовом отделах позвоночника достигают 7–8 %, тогда как у пациентов с патологией шейного отдела позвоночника и связанными с ней синдромами – 11–13 % [1, 10].

Боль в шее, несомненно, является междисциплинарной проблемой, поскольку может встречаться как при самых различных соматических, так и при истинно неврологических заболеваниях.

К достаточно редким причинам возникновения болей в шее относятся: онкологические заболевания (опухоли спинного мозга – экстра- и интрамедуллярные, опухоли позвонков – первичные и метастатические), травмы шейного отдела позвоночника, ревматоидный артрит, сосудистые заболевания (спинальная эпидуральная геморрагия), инфекционные заболевания (эпидуральные абсцессы, менингиты, спондилиты, остеомиелит, межпозвонковый дисцит, опоясывающий герпес), заболевания внутренних органов (сердце, легкие, плевра, пищевод, щитовидная железа), туннельная невропатия надлопаточного нерва, невралгическая плечевая амиотрофия (синдром Персонейджа – Тернера) [2, 9].

Рассмотрим клинический случай редкого манифестного проявления (наиболее распространенная причина) болей в шее и связанных с ними

неврологических синдромов – дегенеративно-дистрофические изменения в шейном отделе позвоночника (остеохондроз).

Однако «остеохондроз позвоночника» является не клиническим, а морфологическим диагнозом [7]. Под остеохондрозом подразумевают дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника, которое начинается с пульпозного ядра межпозвоночного диска и распространяется затем на его фиброзное кольцо и другие элементы позвоночно-двигательного сегмента (суставы, связки и др.) [9]. По современным представлениям остеохондроз относится к истинным мультифакториальным заболеваниям. Считается, что для его развития необходима генетическая предрасположенность, а для клинического проявления – воздействие средовых факторов. Наследственными факторами могут быть нарушения в трофических системах и особенности двигательного стереотипа, которые приводят к локальным перегрузкам. Средовые факторы можно разделить на: экзогенные (физические, биомеханические и инфекционные) и эндогенные (аномалии развития позвоночника, конституциональные особенности, сопутствующие заболевания позвоночника и внутренних органов) [1]. Сочетание этих факторов приводит, с одной стороны, к «неполноценности» самих дисков, а другой – к локальным их перегрузкам, и то и другое вызывает сложные биохимические изменения в пульпозном ядре, которые приводят к его дегидратации и последующей фрагментации. В связи с утратой амортизационных свойств пульпозного ядра, основная нагрузка приходится на фиброзное кольцо, которое в конечном итоге растрескивается и разволокняется, что приводит к нарушению фиксационной функции диска [1, 5, 6]. Со стороны тел позвонков наблюдается склерозирование гиалиновых пластинок, и саногенетическим приспособлением к изменившимся условиям является увеличение площади

позвонка посредством формирования краевых разрастаний – остеофитов. В связи с перегрузкой дугоотростчатых суставов возникают явления спондилоартроза, а хроническое растяжение капсулярного аппарата приводит к нарушению двигательной функции позвоночного двигательного сегмента в виде гипер- и/или гипомобильности (листеzy и функциональное блокирование) [1, 3, 9].

Высокая частота встречаемости дегенеративно-дистрофических изменений шейного отдела позвоночника может быть обусловлена особенностями его анатомии [7]. В отличие от поясничных и грудных позвонков, тела шейных позвонков отделены друг от друга не на всем протяжении: в боковых отделах они вытянуты вверх и как бы охватывают тело вышележащего позвонка. Эти вытянутые вверх края тел называются крючковидными отростками (*processus uncinatus*), а их соединение с телом вышележащего позвонка – унковертебральным сочленением (суставом Люшка). Другой важной особенностью шейных позвонков является наличие широкого и изогнутого поперечного отростка, в котором расположено поперечное отверстие (*foramen transversarium*), они образуют каналы позвоночных артерий. Третья особенность связана со своеобразным строением первых двух шейных позвонков (C1 – атланта и C2 – аксиса): в сочленении этих позвонков отсутствует диск, а соединяются они дополнительным суставом (суставом Крювелье), который образован зубом второго позвонка и передней дугой первого.

Дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника могут приводить к развитию четырех основных синдромов:

- 1) локальной боли (цервикалгии);
- 2) отраженной (рефлекторной) цервикобрахиалгии (боль в шее и руке) и цервикокраниалгии (боль в шее и голове), связанных с поражением костно-мышечно-фасциальных структур;

3) корешковому синдрому (радикулопатии), вызванному раздражением или сдавлением спинномозговых корешков;

4) миелопатии [4, 10].

Источником возникновения боли при цервикалгии, как полагают большинство авторов, являются дугоотростчатые (фасеточные) суставы и межпозвонковые диски (иннервируются синувентральным нервом Люшка), что было доказано на здоровых испытуемых: раздражение как фасеточных суставов, так и межпозвонковых дисков (под рентгенологическим контролем) провоцирует боль в шее, тогда как их анестезия (локальное введение анестетиков под рентгенологическим контролем) купирует болевой синдром [3, 6].

Возникновение большинства цервикокраниалгий связывают с существованием тригемино-цервикального комплекса, в котором происходит переключение болевой импульсации от нейронов задних рогов трех верхних шейных сегментов спинного мозга на нейроны спинномозгового ядра тройничного нерва, которое частично находится в верхнешейном отделе спинного мозга. Таким образом, патологические изменения анатомических образований позвоночного столба (фасеточные суставы, фиброзное кольцо, связки, периост), мышц, сухожилий, иннервируемых сенсорными волокнами верхних шейных сегментов, могут быть источниками головной боли [1, 8].

Наиболее типичными из описанных в литературных источниках проявлениями патологии шейных позвонков и дисков являются: цервикалгия, цервикокраниалгия, цервикобрахиалгия, синдром передней лестничной мышцы Наффцигера, гиперабдукторный синдром малой грудной мышцы Райта, синдром нижней косой мышцы головы, миофасциальный синдром, цервикальные радикулопатии и миелопатия [2, 5].

В статье представляется не вполне типичное, редкое и труднокурабельное проявление шейного остеохондроза.

Материал и методы

В июне 2011 года в клинику обратился мужчина Ф., 39 лет, на протяжении последних 3–4-х лет многократно посещавший различных специалистов в связи с жалобами на умеренные боли в шее справа, неприятные, болезненные ощущения в ушах, больше справа, сопровождающиеся (что особенно беспокоило пациента и наиболее тяжело им переживалось) зудом и чувством наличия инородного тела («как будто волоса») внутри слуховых проходов.

В связи с вышеперечисленными жалобами пациент многократно обследовался:

1. Консультация врача оториноларинголога (2009): искривление носовой перегородки.

2. Рентгеновская компьютерная томография (РКТ) височных костей (2009): РКТ-признаков объемно-деструктивного, воспалительного процессов височных костей не выявлено.

3. Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга (2009): на основании МР-картины данных о патологических изменениях головного мозга не получено.

4. Функциональная спондилография шейного отдела позвоночника (2009): рентген-признаки шейного остеохондроза, спондилеза, унковертебрального артроза С3-С5, аномалии Киммерли; данных о гипермобильности не выявлено.

5. Консультация невролога (2009): остеохондроз и деформирующий спондилез шейного отдела позвоночника, унковертебральный артроз С3-С5, умеренный цервико-отоалгический

синдром справа; рекомендованы: диклофенак 2,5 % – 3 мл × 1 раз в день внутримышечно № 5, трентал – 100 мг × 3 раза в день – 3 недели, мидокалм – 75мг × 2 раза в день – 3 недели.

6. Консультация врача оториноларинголога (2010): ЛОР-органы без патологии.

7. Консультация психиатра (2010): психопатологии не выявлено, рекомендуется лечение у невролога.

8. РКТ краниофациальной области (2010): РКТ-признаков воспалительного, объемного процесса носоглотки не выявлено; искривление носовой перегородки вправо – носовая перегородка резко искривлена вправо, сужая нижний и средний носовые ходы.

9. МРТ шейного отдела позвоночника (2010): МР-картина дегенеративно-дистрофических изменений шейного отдела позвоночника; дорсальные протрузии дисков С3-С6, распространяющиеся в межпозвоночные отверстия с обеих сторон размером до 2,5 мм; дорсальная диффузная грыжа диска С2-С3 размером до 4,5 мм, сужающая межпозвоночные отверстия с обеих сторон, в большей степени справа.

10. Консультация невролога (2010): шейный остеохондроз, протрузии С3-С6 дисков, грыжа диска С6-С7, правосторонняя цервикокраниалгия; рекомендованы иглорефлексотерапия, магнитотерапия на шейный отдел позвоночника, аркоксиа – 60 мг × 1 раз в день – 2 недели, артра – 1000 мг × 1 раз в день – 3 месяца, нейромультивит – по 1 таблетке × 3 раза в день – 1 месяц, лирика – 75 мг × 1 раз в день – 7 дней, затем по 75 мг × 2 раза в день – 7 дней, затем – по 150 мг × 2 раза в день – 3 месяца, затем 75 мг × 2 раза в день – 7 дней, далее – 75 мг × 1 раз в день – 7 дней.

11. Консультация врача оториноларинголога (2011): на момент осмотра данных о патологии AD-AS нет; рекомендована септопластика в плановом порядке; по результатам бактериологического посева

отделяемого из AD и AS назначены: юнидокс по 1 таблетке × 2 раза в день – 7 дней.

12. Консультация психолога (2011): патологии не выявлено, рекомендуется лечение у невролога.

13. МРТ шейного отдела позвоночника (2011): МР-картина дегенеративных изменений шейного отдела позвоночника; дорсальные протрузии межпозвонковых дисков С3-С6, распространяющиеся в межпозвоночные отверстия с обеих сторон размером до 2,5 мм; дорсальная диффузная грыжа диска С2-С3 размером 5 мм, распространяющаяся в межпозвоночные отверстия с обеих сторон, в большей степени в правое, и деформирующая прилегающие отделы дурального мешка.

На фоне проводимого ранее лечения пациент существенного улучшения самочувствия не отмечал: болевые ощущения в шее уменьшались, но незначительно и не на длительное время, сохранялись той же выраженности неприятные ощущения в ушах.

При осмотре пациента было выявлено следующее: на фоне общей легкой диффузной мышечной гипотонии умеренное напряжение паравертебральной мускулатуры в шейном отделе справа; незначительное ограничение объема движений в шейном отделе позвоночника – поворота вправо; легкая болезненность при пальпации паравертебральных точек на уровне межпозвонковых дисков С2-С5 справа; легкий верхний симптом Ласега справа; быстрый красный дермографизм; дистальный гипергидроз; склонность к артериальной гипотензии.

На основании анализа вышеперечисленных методов обследования и рутинного неврологического осмотра пациенту был выставлен диагноз: «Остеохондроз, деформирующий спондилёз шейного отдела позвоночника. Дорсальные протрузии дисков С4-С5 (2,5мм) и С5-С6 (2,5 мм). Дорсальная диффузная грыжа диска С2-С3 (5 мм). Цервикалгия

справа с умеренным мышечно-тоническим синдромом, вне обострения алгических проявлений. Органотопическая парестетическая сенестопатия с внутренней проекцией тактильных ощущений. Надсегментарная вегетативная дисфункция с преобладанием ваготонии».

В соответствии с выставленным диагнозом пациенту было назначено комплексное лекарственное и немедикаментозное лечение.

Результаты и обсуждение

Пациент получал амбулаторное лечение в течение 2,5 месяцев, включавшее:

– мильгамму – 2 мл внутримышечно № 5 – ежедневно, затем еще № 5 – через день;

– финлепсин-ретард – 200 мг × 2 раза в день – 3 месяца;

– фенибут 250 мг × 3 раза в день, после еды – 3 недели, затем перерыв 3 недели и повторный курс по 250 мг × 3 раза в день, после еды – 3 недели;

– цитофлавин по 2 таблетки × 2 раза в день – 3 недели, затем перерыв 3 недели и повторный курс по 2 таблетки × 2 раза в день – 3 недели;

– локальную дискорадикулярную декомпрессию вертебрального сегмента С2-С3 аппаратом Triton DTS № 28 с использованием биологической обратной связи с целью создания максимально физиологических условий тракционной терапии;

– остеопатию № 6;

– комплексное рефлексотерапевтическое лечение № 6;

– иглорефлексотерапию № 10;

– физиотерапевтическое лечение: СМТ-форез с Mg^{++} на шейный отдел позвоночника поперечно № 10, локальная магнитотерапия ВМП на

шейный отдел позвоночника № 13, фонофорез карипаина на шейный отдел позвоночника № 17.

Проведенная терапия для данного пациента оказалась высокоэффективной: по завершении лечения у него полностью регрессировали мышечно-тонический синдром и симптомы натяжения, восстановились в полном объеме движения в шейном отделе позвоночника и перестали беспокоить проявления парестетической сенестопатии.

Пациент по окончании лечения осматривался в динамике через 6 и 12 месяцев – жалоб не предъявлял, при неврологическом осмотре очаговой патологии также выявлено не было. По результатам выполненной в динамике МРТ шейного отдела позвоночника выявлены: дорсальные протрузии дисков С3-С6, распространяющиеся в межпозвоночные отверстия с обеих сторон размером до 1,5–2 мм; дорсальная диффузная грыжа диска С2-С3 размером 2,3 мм, без объемного воздействия на правое межпозвоночное отверстие и прилегающие отделы дурального мешка.

Вывод

По результатам анализа данных литературных источников и представленному клиническому случаю можно сделать ряд выводов:

– во-первых, проявления патологии шейных позвонков и дисков многообразны и могут выходить за пределы общеизвестных и «ожидаемых» алгических, биомехано-ортопедических и радикулопатических симптомов;

– во-вторых, даже длительно протекающая и безуспешно леченная ранее цервикальная патология может быть курабельной;

– в-третьих, лечение атипичных проявлений патологии шейного отдела позвоночника требует систематизированного комплексного

подхода и использования как медикаментозной терапии, так и физических, рефлекторных и мануальных методов воздействия.

Список литературы

1. Боль в шее / Р. А. Матхаликов [www.rmj.ru].
2. Дифференциальная диагностика хронического болевого синдрома в шейном отделе позвоночника у пациентов молодого возраста / Е. Г. Шипова (1), Н. Н. Спиринов (1), Н. С. Баранова (1), И. О. Степанов (2), В. А. Шадрин (1): 1 – ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Росздрава», 2 – МУЗ «Клиническая больница № 8», Ярославль [www.consilium-medicum.com].
3. *Исайкин А. И.* Боль в шейном отделе позвоночника // Трудный пациент. – 2012. – Т. 10, № 7. – С. 36–41.
4. *Матхаликов А. Ф.* Неврологические синдромы шейного остеохондроза: метод. пособие. – Ташкент, 2003 – 25 с.
5. *Подчуфарова Е. В., Яхно Н. Н.* Боль в спине и конечностях // Болезни нервной системы / под ред. Н. Н. Яхно. – М.: Медицина, 2005. – С. 313–318.
6. *Попелянский Я. Ю.* Ортопедическая неврология. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 670 с.
7. *Ульрих Э. В., Мушкин А. Ю.* Вертебрология в терминах, цифрах, рисунках. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2006. – 187 с.
8. *Штрибель Х. В.* Терапия хронической боли: практическое руководство / под ред. Н. А. Осиповой, В. В. Осиповой, А. Б. Данилова; пер. с нем. В. Ю. Халатова. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2005. – 304 с.
9. *Vogduk N.* The anatomical basis for cervicogenic headache // Jour. Manipulative Physiol. Therapy. – 1992. – Vol. 15, №1. – P. 67–70.
10. *Von Albert H.* Diagnosis and therapy in neurology. Cervical syndrome, shoulder-neck pain: clinical picture and diagnosis // Fortschr. Med. – 1990. – 108(15): 301–304.