

КОМПЛЕКСНОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ШЕЙНО-ПЛЕЧЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Скляренко О.В.¹, Сороковиков В.А.¹, Кошкарёва З.В.¹, Животенко А.П.¹, Ларионов С.Н.¹

¹ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии», Иркутск, e-mail: oxanasklyarenko@mail.ru

В нейрохирургическом отделении ИНЦХТ в 2015-2016 гг. обследовано и пролечено 22 пациента с дегенеративно-дистрофической патологией шейного отдела позвоночника и плечевых суставов. Всем пациентам проведено клиничко-неврологическое обследование, лучевые исследования (обзорная спондилография шейного отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях, функциональные пробы – сгибание и разгибание, пробы с отягощением), МРТ шейного отдела позвоночника, рентгенография крупных суставов верхних конечностей в двух проекциях, стимуляционная электронейромиография и остеоденситометрия. Пациенты были разделены на группы: в первую группу вошли 4 пациента с остеохондрозом 2 периода, во вторую группу вошли 18 (81%) пациентов с остеохондрозом 3 периода. Выраженность болевого синдрома оценивалась по визуально-аналоговой шкале боли. Статистическая обработка осуществлялась в программе SPSS 22.0.0. В результате исследования нами была подтверждена гипотеза о том, что существует взаимосвязь между эффективностью купирования болевого синдрома и предложенным комплексом консервативной терапии. С помощью коэффициента Спирмена и Пирсона нами была обнаружена значимая ($p < 0,01$) положительная корреляционная взаимосвязь эффективности лечения по оценке показателей боли. В свою очередь гипотеза о взаимосвязи выраженности цервикобрахиалгии и степени дегенеративно-дистрофических изменений не получила своего подтверждения. Таким образом, мы можем констатировать, что использование предложенного комплекса консервативного лечения шейно-плечевого синдрома позволяет эффективно уменьшить и алгические проявления синдрома, однако невритический компонент остаётся стабильным и, вероятно, требует более длительного лечения.

Ключевые слова: шейный отдел позвоночника, остеохондроз, клиническая картина, консервативное лечение, синдром «шея-верхняя конечность».

COMPLEX CONSERVATIVE TREATMENT OF CERVICO-BRACHIAL SYNDROME IN PATIENTS WITH OSTEOCHONDROSIS OF THE CERVICAL SPINE

Sklyarenko O.V.¹, Sorokovikov V.A.¹, Koshkariova Z.V.¹, Zhivotenko A.P.¹, Larionov S.N.¹

¹FSBSI "Irkutsk Scientific Center for Surgery and Traumatology", Irkutsk, e-mail: oxanasklyarenko@mail.ru

In the neurosurgical department of Irkutsk Institute Surgery and Traumatology in 2015-2016 years 22 patients with degenerative-dystrophic pathology of the cervical spine and shoulder joints were examined and treated. All patients underwent a clinical and neurological examination, radiation studies (R-graph of the cervical spine in the direct and lateral projections, functional tests - flexion and extension, samples with weights), MRI of the cervical spine, radiographs of large joints of the upper extremities, stimulation electroneuromyography and osteodensitometry. Patients were divided into groups: the first group included 4 patients with osteochondrosis of the 2nd period, the second group included 18 (81%) patients with osteochondrosis of the 3rd period. The severity of the pain syndrome was assessed according to visual analogue scale of pain. Statistical processing was carried out in the program SPSS 22.0.0. As a result of the study, we confirmed the hypothesis that there is a correlation between the effectiveness of the relief of pain syndrome and the proposed complex of conservative therapy. With the help of the Spearman and Pearson coefficients, we found a significant ($p < 0.01$) positive correlation of the effectiveness of the treatment in assessing pain indicators. In turn, the hypothesis about the relationship between the severity of cervicobrachialgia and the degree of degenerative-dystrophic changes has not been confirmed. Thus, we can state that the use of the proposed complex of conservative treatment of the cervico-shoulder syndrome can effectively reduce the algic manifestations of the syndrome, however, the neuritic component remains stable and probably requires a longer treatment.

Keywords: cervical spine, osteochondrosis, clinical picture, conservative treatment, cervical brachial syndrome.

Шейно-плечевой синдром является актуальной проблемой общеврачебной

клинической практики и проявляется болью, рефлекторными мышечно-тоническими симптомами в шейном отделе позвоночника и верхней конечности. Патология имеет важное социально-экономическое значение, поскольку чаще заболевание встречается у людей, профессионально вынужденных длительно находиться в нефизиологичном положении [1; 2].

Вследствие особенностей анатомии в шейном отделе позвоночника имеется повышенная подвижность, необходимая для реализации важных функций в организме – удерживать голову и обеспечивать её различные движения. Небольшие размеры позвонков шейного отдела позвоночника, необходимость удержания и фиксации головы, создают предпосылки для развития дегенеративно-дистрофических изменений даже у лиц молодого возраста [3-5].

В области шейного отдела позвоночника компрессии могут быть подвержены нервные корешки, сосуды, спинной мозг. Выраженные дегенеративные изменения межпозвонковых дисков шейного отдела позвоночника обнаруживаются у 25% больных в возрасте до 40, у 50% после 40 и у 75% в возрасте 60 лет и старше. Наиболее часто поражается диск C_v-C_{vi} и, в несколько меньшей степени, диски C_{iv}-C_v и C_{vi}-C_{vii} [6; 7].

В результате компрессии шейных корешков остеофитом или фрагментом диска возникают разнообразные клинические симптомы и синдромы. Клинические проявления зависят от уровня компрессии корешков: сдавление корешка C₃ вызывает болевые ощущения в верхней половине шеи; корешка C₄ – боли в надлопаточной, ключичной областях, гипотрофию трапецевидной мышцы, длинной мышцы головы и шеи, боли в области сердца; корешка C₅ - цервикалгию, боли в области надплечья, наружной поверхности плеча, слабость и гипотрофию дельтовидной мышцы; корешка C₆ – цервикалгию, боль в лопаточной области, надплечье, иррадиирующую в большой палец кисти, слабость и гипотрофию бицепса, снижение сухожильного рефлекса с бицепса; корешка C₇ – боль в шее и лопатке, распространяющуюся по латеральной поверхности предплечья во второй и третий пальцы кисти, слабость и похудание трехглавой мышцы плеча, снижение рефлекса с трицепса; корешка C₈ – боль от шеи иррадиирует по внутреннему краю предплечья к V пальцу кисти, отмечается снижение карпорадиального рефлекса [8].

При слабой или средней степени выраженности боли в области шеи и верхних конечностях предпочтение отдается консервативным методам лечения. Задачами лечения таких пациентов являются одновременное устранение болевого синдрома, мышечного спазма, увеличение объема движений, восстановление функциональной, а также социальной активности [9-12]. Основой консервативной терапии являются нестероидные противовоспалительные препараты, оказывающие обезболивающее и противовоспалительное действие. Главной целью консервативной терапии является

уменьшение выраженности или купирование боли. Для этого больным назначали нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), которые эффективны и как анальгетики, и как блокаторы биохимических соединений воспаления. Эти препараты деактивируют ферменты циклооксигеназы (ЦОГ) и, как следствие, снижают синтез простаноидов – тромбоксанов, простагландинов и простацклинов. В клинической практике чаще всего используются 2 класса НПВС – селективные и неселективные блокаторы ЦОГ. Среди препаратов первой группы наиболее часто используются Нимесулид, Мелоксикам. Неселективные НПВС представлены производными уксусной кислоты (Диклофенак, Кеторолак) или арилпропионовой кислоты (Ибупрофен, Кетопрофен), а также производными оксикамов. Хорошо изучены побочные эффекты приёма НПВС, которые обнаруживаются в 25% случаев, а иногда могут угрожать и жизни пациента. В частности, факторами риска побочных эффектов являются пожилой возраст, патология желудочно-кишечного тракта, приём кортикостероидов и цитостатиков.

В случае недостаточной эффективности НПВП, прежде чем увеличить дозу, применяли его комбинацию с анальгетиками – вегетокорректорами (адьювантами). Среди всей гаммы современных антиконвульсантов для купирования нейропатической боли чаще используются прегабалин и габапентин, что связано с влиянием на миелин-проводящие волокна ЦНС (уменьшение сенситизации, восстановление нейромедиаторного баланса с усилением ГАМК-эргических влияний и редукции эффектов глутамата - главного нейротрансмиттера боли. Антидепрессанты оказывают обезболивающий эффект, потенцируя действие экзогенных или эндогенных анальгезирующих веществ; в силу собственных свойств редуцируют депрессию. Мы использовали Амитриптилин и Дулоксетин.

При выраженном болевом синдроме с иррадиацией боли в верхние конечности использовали паравертебральные блокады, в состав которых входили растворы лидокаина, бупивакина с кортикостероидами и цианокобаламином. Совместное применение лекарственных веществ одновременно оказывает местноанестезирующее, анальгезирующее, противоотёчное, десенсибилизирующее и противовоспалительное действие. Блокады проводились как на стороне боли, так и с двух сторон, иногда – в область триггерных точек, реже – на уровне нескольких ПДС, при этом игла направлялась к фасеточным суставам сегментов.

Широко использовали мышечные релаксанты – толперизон (Мидокалм) и тизанадин (Сирдалуд) для купирования мышечно-тонического синдрома. Эффект этих препаратов связан с опосредованным влиянием на ГАМК-эргические сегментарные системы восприятия боли, вызывает снижение активности медиаторов рефлекторных систем спинного мозга, релаксацию мышц. Опосредованно эти препараты обладают и обезболивающим эффектом.

Для достижения более мощного синергического эффекта их целесообразно применять в комбинации с производными бензодиазепинов (Клоназепам, Диазепам).

Важное значение в комплексной терапии шейно-плечевого синдрома имеют препараты, улучшающие микроциркуляцию тканей. Все пациенты получали производные ксантинов (Пентоксифиллин, Вазонит - ретард). Назначение препаратов этой группы обуславливает ингибирование фосфодиэстеразы и обеспечивает улучшение кровотока и трофики тканей, уменьшается отёк корешка и, как следствие, отмечается купирование боли и клинических симптомов заболевания.

Патогенетически обоснованным является назначение препаратов тиоктовой кислоты (Берлитион, Октолипен), обладающих антиоксидантным и дезинтоксикационным действием. Использование Берлитиона в дозе 600 мг способствует восстановлению аксонального транспорта и энергетического обмена клеток за счёт восстановления потенциала клеточных мембран. Дезинтоксикационные свойства препарата обуславливают блокаду свободных радикалов и улучшение метаболизма нейронов.

В схему комплексного лечения шейно-плечевого синдрома включали препараты депротенинизированного деривата (Актовегин). Использование Актовегина позволяет нервной клетке усилить потребление кислорода и глюкозы, что ведет к повышению энергетического статуса и функционального метаболизма нейронов, значительно улучшается диффузия кислорода в нервных структурах.

Назначение комбинированных препаратов витаминов группы «В» (Нейробион, Келтикан-комплекс, Мильгамма) также способствует улучшению обменных процессов, купированию боли.

Многофакторным лечебным влиянием обладает физиотерапия: мы использовали в различных сочетаниях ДДТ, амплипульс терапию, электрофорез новокаина, димексида, магнито- и лазеротерапию. При воздействии на экстеро- и интероцептивные ткани улучшается их трофика; быстрее удаляются патологические продукты из патологического очага; улучшается крово- и лимфообращение; восстанавливаются тканевые взаимоотношения в больном органе, оказывая влияние на тканевую реактивность и процессы сенсбилизации.

При лечении больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника давно используется иглорефлексотерапия.

Для лечения пациентов использовалась единая методика, включающая воздействие на местно-сегментарные и отдалённые точки на верхних конечностях. Применялся 1 и 2 вариант тормозного метода. Пациентам в 1 и 2 сеансы использовали общеукрепляющие и аурикулярные точки (точки AP 17, AP 55). В последующие сеансы – 4-6 точек: 3-4 наиболее

болезненные точки в области шеи (VB21, T14, V11, T13, IG10, IG12, TR14, VB20). Включались в рецептуру точки спаренных меридианов. Хороший эффект оказала методика «малого укола» по следующему принципу: укалывание в наиболее болезненную точку, а также точки выше и ниже места боли.

В случае выраженного болевого синдрома, отсутствия эффекта от консервативной терапии, наличия неврологического дефицита и прогрессирования заболевания показано хирургическое лечение [13].

Материалы и методы исследования

За период 2015-2016 гг. в нейрохирургическом отделении ИНЦХТ было обследовано и пролечено 22 пациента с дегенеративно-дистрофической патологией шейного отдела позвоночника и плечевых суставов. Пациентам проводились: клинично-инструментальные исследования, лучевая диагностика (R-графия шейного отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях, функциональные пробы – сгибание и разгибание, пробы с отягощением, рентгенография крупных суставов верхних конечностей в двух проекциях), МРТ шейного отдела позвоночника, стимуляционная электронейромиография и остеоденситометрия.

Результаты и обсуждение. Из обследованных больных было 11 мужчин (50%), и 11 женщин (50%). Стадию патологического процесса определяли по наиболее распространенной классификации А.И. Осна, где определяют 4 периода заболевания: I - перемещение пульпозного ядра внутри межпозвонкового диска, II – повышенная подвижность пораженного сегмента, III – появление грыжевого выпячивания межпозвонкового диска, IV - вовлечение в патологический процесс окружающих тканей [14].

Все больные были разделены на группы: в первую группу вошли 4 пациента с остеохондрозом 2 периода, во вторую группу вошли 18 (81%) пациентов с остеохондрозом 3 периода.

При оценке клинично-неврологической симптоматики односторонний синдром цервикобрахиалгии выявлен у 19 (86%) больных, синдром цервикобрахиалгии с двух сторон отмечен у 3 пациентов, синдром цервикокраниалгии отмечен у 4 пациентов. Корешковые синдромы были выявлены у 3 пациентов и проявлялись болями и парестезиями в зоне иннервации заинтересованного нерва, появлением гипер- и гипестезии, гипотрофией мышц, ослаблением или выпадением рефлексов. Радикулопатия корешков C₅ и C₆ встречалась у 3 пациентов, из них у 2 больных в процесс было вовлечено 2 корешка.

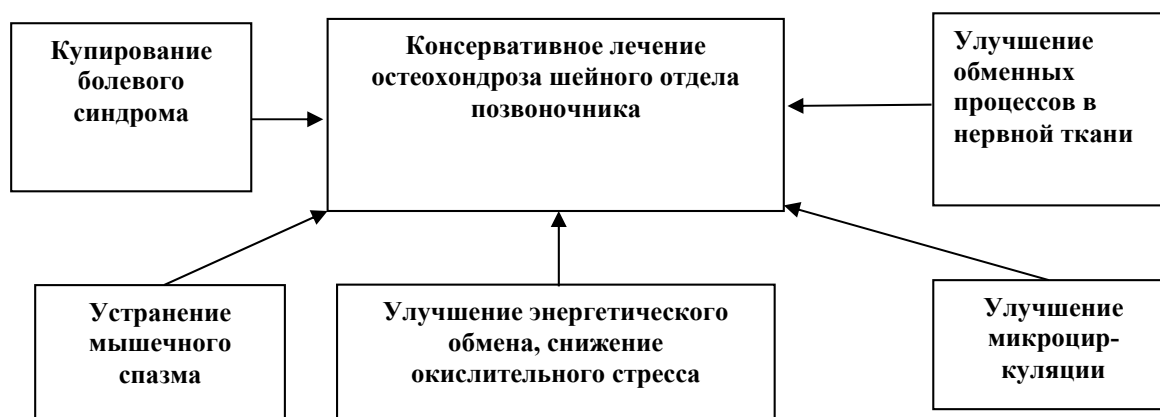
Оценку выраженности болевого синдрома проводили по визуально-аналоговой шкале боли. Умеренно выраженный болевой синдром (ВАШ составила 3-4 см) выявлен у 9 (40%) пациентов, у 13 отмечен выраженный болевой синдром (ВАШ 7-9 см). Мышечно-тонический синдром умеренной степени выраженности выявлен у 4 пациентов, выраженный мышечно-

тонический синдром наблюдался у 11 больных. Нестабильность позвоночно-двигательных сегментов шейного отдела позвоночника была отмечена у 3 пациентов, у одного из них на двух уровнях.

По данным магнитно-резонансной томографии, многоуровневая патология межпозвонковых дисков (протрузии дисков) выявлена у 3 пациентов. Грыжи межпозвонковых дисков, по данным МРТ, были диагностированы у 5 больных, из них у 3 заболевших - на 2 уровнях, костно-хрящевые узлы выявлены у 4 человек, из них - на одном уровне у 1 пациента, на двух уровнях - у 2 больных, на трех уровнях - у 1.

В основе выбора наиболее оптимальной тактики комплексного консервативного лечения должно лежать представление о процессах, связанных с возникновением шейно-плечевого синдрома, что может повысить эффективность терапии.

Все обследуемые больные в условиях стационара прошли курс консервативного лечения по разработанному в клинике алгоритму (рисунок) [15]. Курс лечения составил 12-14 дней.



Алгоритм консервативного лечения пациентов с остеохондрозом шейного отдела позвоночника с шейно-плечевым синдромом

Результаты исследования

В результате проведенного лечения острый болевой синдром был купирован на 3-4-е сутки у 8 пациентов.

Динамика болевого синдрома до и после проведенного лечения

| Интенсивность боли по ВАШ (см) (n=22) | До лечения (n=22) | После лечения (n=22) |
|---------------------------------------|-------------------|----------------------|
| 2-3 | - | 11 (50%) |
| 4-5 | 9 (41%) | 9 (41%) |
| 6-7 | 11 (50%) | 2 (9%) |
| 8-9 | 2 (9%) | - |

Из таблицы видно, что до начала консервативного лечения болевой синдром у всех 22 пациентов был умеренной и выраженной степени, ВАШ составляла от 4 до 9 см. В результате проведенного курса консервативной терапии выраженность болевого синдрома уменьшилась и составила от 2 до 7 см у 13 пациентов. Статистическая обработка с определением непараметрических критериев и коэффициентов корреляции осуществлялась в программе SPSS 22.0.0. В результате исследования нами была подтверждена гипотеза о том, что существует взаимосвязь между эффективностью купирования болевого синдрома и предложенным комплексом консервативной терапии. Используя критерий Колмогорова-Смирнова, осуществляли определение нормальности распределения признака и установили, что распределение является нормальным, но нам не удалось определить асимптотическую значимость ($r = 0,304$). В соответствии с этим были использованы непараметрический методы корреляционного анализа Спирмена и Пирсона. С помощью коэффициента Спирмена и Пирсона нами была обнаружена значимая ($p < 0,01$) положительная корреляционная взаимосвязь эффективности лечения по оценке показателей боли. В свою очередь гипотеза о взаимосвязи выраженности цервикобрахиалгии и степени дегенеративно-дистрофических изменений не получила своего подтверждения.

Таким образом, мы можем констатировать, что использование предложенного комплекса консервативного лечения шейно-плечевого синдрома позволяет эффективно уменьшить и алгические проявления синдрома, однако невритический компонент остаётся стабильным и, вероятно, требует более длительного лечения.

Заключение

По предложенному в клинике алгоритму комплексного консервативного лечения пролечено 22 пациента с шейно-плечевым синдромом. У всех пациентов отмечен положительный эффект и купирование болевого синдрома.

Список литературы

1. Мендель О.И., Никифоров А.С. Дегенеративные заболевания позвоночника, их осложнение и лечение // Русский мед. журнал. - 2006. - Т. 14. - № 4. - С. 34-39.
2. Левин О.Г. Диагностика и лечение боли в шее и верхних конечностях // Русский мед. журнал. - 2006. - № 9. - С. 71-73.
3. Камалов И.И. Сравнительная клинко-рентгенологическая характеристика дегенеративно-дистрофических изменений различных сегментов позвоночника // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1989. - Т. 89. - № 4. - С. 28-33.

4. Скулович С.З., Чехонацкий А.А., Колесов В.Н., Чехонацкий И.А. Прогнозирование течения остеохондроза шейного отдела позвоночника // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2012. - Т. 8, № 2. - С. 527-533.
5. Sorokovikov V.A., Skliarenko O.V., Koshkariova Z.V. Neurologic syndromes at cervical osteochondrosis // Traumatology, orthopedy and regenerative medicine of the third millennium, materials of II congress of the countries the Shanghai Cooperation Organisation. - 2016. - P. 120-122.
6. Воробьева О.В. Цервикальная радикулопатия, диагностика и терапия // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. - 2012. - № 2. - С. 40-44.
7. Кириенко А.Н., Сороковиков В.А., Поздеева Н.А. Дегенеративно-дистрофические поражения шейного отдела позвоночника // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). - 2015. - № 7. - С. 21-24.
8. Фирсов А.А., Кусайкин А.Ю., Никонов А.А. Вертеброгенная цервикальная радикулопатия: клинические аспекты диагностики и лечения // Архивъ внутренней медицины. – 2012. - С. 34-39.
9. Путилина М.В. Особенности диагностики и лечения дорсопатий в неврологической практике // Consilium medicum. - 2006. - № 8 (8). – С. 44-48.
10. Данилов А.Б. Ноцицептивная и нейропатическая боль // Болевые синдромы в неврологической практике / под ред. проф. В.Л. Голубева. - М.: МЕДпресс – информ, 2010. - С. 33-43.
11. Ипполитова Е.Г., Верховина Т.К., Арсентьева Н.И. и др. Функциональная диагностика и иглорефлексотерапия у пациентов с остеохондрозом шейного отдела позвоночника // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. - 2016. - Т. 1, № 4 (110). - С. 40-45.
12. Скляренко О.В., Кошкарёва З.В., Сороковиков В.А. Некоторые аспекты консервативного лечения больных с остеохондрозом шейного отдела позвоночника // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. - 2016. - Т. 1, № 4 (110). - С. 72-77.
13. Гуша А.О. Диагностика и хирургическое лечение дегенеративных компрессионных синдромов на уровне шейного отдела позвоночника: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Москва, 2007. – 48 с.
14. Осна А.И. Патогенетические основы клинических проявлений остеохондроза // Остеохондроз позвоночника. - Новокузнецк, 1973. - Т. 1. - С. 7-15.