DOI: 10.17117/na.2015.08.974

Поступила (Received): 09.08.2015

<http://ucom.ru/doc/na.2015.08.974.pdf>

Новиков Ю.О. Диагностика и лечение шейных болевых синдромов (Обзор)

Novikov Yu.O.
Diagnosis and treatment of neck pain (Review)

В обзоре дано современное представление о патогенезе шейных болевых синдромов. Описаны методы нейроортопедических, электрофизиологических и нейровизуализационных исследований. Детально рассмотрены такие методы реабилитации как физиотерапия, акупунктура, остеопатия

Ключевые слова: диагностика, физиотерапия, акупунктура, остеопатия

The review given the current understanding of the patho-genesis of cervical pain syndromes. The methods neuro-orthopedic, electrophysiological and MRI. Detailed race-look rehabilitation methods such as physiotherapy, acupuncture, osteopathy

Key words: diagnosis, physiotherapy, acupuncture, osteopathy

Новиков Юрий Олегович

Доктор медицинских наук, профессор
Башкирский государственный медицинский
университет
Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина, 3

Novikov Yurii Olegovich

Doctor of Medical Sciences, Professor
Bashkortostan state medical university
Bashkortostan, Ufa, Lenin st., 3

Диагностика и восстановительное лечение шейных болевых синдромов (ШБС) является одной из актуальных проблем современной медицины вследствие их высокой распространенности среди лиц молодого трудоспособного возраста [2, 5, 28].

Наиболее частыми причинами ШБС являются дистрофические заболевания позвоночника и миофасциальная патология, на развитие и течение которых большое влияние оказывают состояние центральной нервной системы и трофический контроль вегетативной нервной системы [4, 25].

В диагностике шейных болевых синдромов широко применяются нейроортопедические методы, позволяющие оценить функциональное состояние позвоночника – нарушения осанки, походки, мышечно-тонические реакции: изменения статики и динамики позвоночника, сглаженность шейного лордоза, гиперлордоз, сколиоз, ограничение активных движений, контрактуры и ригидность мышц. Неврологическое обследование позволяет провести топическую диагностику, выявить степень и характер поражения нервной системы: чувствительные, двигательные, вегетативные и рефлекторные нарушения. Для объективизации динамики состояния больных используют визуально-аналоговую шкалу,

позволяющую оценить субъективные ощущения боли в процессе лечения. Оценка состояния скелетных мышц проводится как пальпаторно, так и при помощи аппаратной миотонметрии для объективизации состояния мышечного тонуса и его оценки в процессе лечения. Выраженность сколиоза на шейном уровне оценивается по двум степеням: сколиоз I степени – величина угла между вертикальной линией, проведенной через вершину остистого отростка CIV, и линией, проведенной через остистые отростки всех шейных позвонков, до 15°, сколиоз II степени – величина угла больше 15° [6, 9, 14, 27].

Для определения степени выраженности дистрофических изменений, дифференциальной диагностики с другими заболеваниями позвоночника, оценки функционального состояния связочного аппарата и степени поражения межпозвонкового диска используют рентгенологический метод. Однако следует подчеркнуть, что часто выраженность клинических проявлений заболевания не зависит от степени рентгеноморфологических изменений. Более информативными являются методы рентгенографии с использованием контрастных веществ – миелография, эпидурография, дискография, пневмомиелография. В диагностике сосудистых нарушений при цервикокраниалгиях могут быть использованы радиографические и ангиографические методы обследования. Однако данные методы обследования должны применяться с осторожностью только по показаниям вследствие возможных осложнений [10, 13].

В настоящее время возможности исследования значительно повысились в связи с использованием для прижизненной топической диагностики таких неинвазивных методов, как компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, которые не взаимозаменяют, а дополняют друг друга.

При помощи компьютерной томографии выявляются изменения дисков, что позволяет ограничить использование миелографии. Большие преимущества КТ имеет в выявлении боковых грыжевых выпячиваний. Кроме того, при проведении КТ на одном и том же приборе, можно с помощью денситометрии четко обнаружить уменьшение плотности тел позвонков при начинающихся остеосклерозе и остеопорозе [7].

Магнитно-резонансная томография имеет исключительное значение в диагностике поражений спинного мозга, шейных корешков и позвоночных артерий без воздействия ионизирующего излучения. При помощи МРТ точно определяется локализация мягких грыж дисков, остеофитов, выявляется компрессия нервного корешка, с высокой достоверностью определяется уровень и характер поражения. В последние годы МРТ также используется как новый неинвазивный метод диагностики сосудистых поражений. При помощи магнитно-резонансной ангиографии изображения сонных и позвоночных артерий и их ветвей получают без артефактов от костных структур, что особенно важно при исследовании позвоночных артерий, проходящих почти на всем протяжении в костных каналах. При использовании специальной аппаратуры возможна точная визуализация в трехмерном формате без применения контрастных средств. Специальные методики позволяют количественно определить кровотоки [19, 22].

В диагностике цервикокраниалгий определенное место занимает сонографический метод исследования, который выгодно отличается от рентгено-

логических и МРТ исследований своей доступностью, кроме того, он не несет лучевой нагрузки и позволяет проводить исследования в реальном масштабе времени так часто, как это требуется. Функциональная экзоспондилография позволяет в реальном масштабе времени определять стабильность позвоночно-двигательного сегмента и смещение позвонков относительно друг друга. [24, 29].

В определении гемодинамически значимых окклюзирующих поражений внутренней сонной, общей сонной, подключичной артерий и плечевого ствола, а также сосудов верхних конечностей при шейных болевых синдромах имеет большое значение метод ультразвуковой доплерографии, при помощи которого можно определить степень нарушения проходимости просвета сосуда, деформации, аномалии развития, артериальные и венозные аневризмы, вазоспазм [30].

Для оценки сократительных свойств мышц при рефлекторных и нейродистрофических проявлениях заболевания, качественной и количественной оценки локальных дистрофических изменений мышц, дифференциальной диагностики спондилогенной патологии с другими нозологическими формами используется электромиография [3].

При электроэнцефалографическом (ЭЭГ) обследовании может определяться активирующее влияние ретикулярной формации ствола мозга на корковую биоэлектрическую активность в связи с постоянной болевой импульсацией, что проявляется уплощением ЭЭГ [18].

Восстановительное лечение ШБС должно быть своевременным, комплексным, дифференцированным, учитывать патогенетические механизмы, выраженность болевого синдрома, особенности течения заболевания и этапы обострения. Неотъемлемой частью в комплексном лечении шейных болевых синдромов является физиотерапия вследствие широких возможностей воздействия на ведущие звенья патогенеза и активации саногенетических реакций, возможности оказывать положительное влияние на организм в целом, отсутствием аллергических реакций, меньшей частотой и выраженностью побочных эффектов по сравнению с медикаментозной терапией, используются почти все виды физиотерапии, включая и природные методы лечения [26].

Так для купирования болевого синдрома используются электрофорез анестетиков, импульсные токи: ДДТ, СМТ, переменное низкочастотное электромагнитное поле, дарсонвализация, лазеротерапия, ультрафиолетовое и инфракрасное излучение, ультразвук или фонофорез анальгина, анестезина, криотерапия. Выраженным противовоспалительным и рассасывающим действием обладает УВЧ-терапия, используемая в острой и подострой стадиях заболевания, при длительном хроническом процессе успешно применяется парафино-озокеритотерапия. Данные физические факторы усиливают иммунологические процессы, стимулируют функции ретикуло-эндотелиальной системы, улучшают трофические и репаративные процессы в тканях, микроциркуляцию, а также обладают анальгезирующим и спазмолитическим эффектом. Также противовоспалительным и болеутоляющим действием обладает лазерное излучение, особенно инфракрасный лазер. Кроме того лазерное излучение

нормализует нарушенную микроциркуляцию, активизирует трофические процессы в очаге воспаления, уменьшает отек тканей, стимулирует процессы регенерации в нервной ткани, оказывая благоприятное влияние на восстановление возбудимости, и способствует замедлению дальнейшей дегенерации хрящевой ткани. Наиболее выраженным стимулирующим действием на регенеративные процессы обладают ультразвук и ультрафонофорез лекарственных веществ вследствие влияния на трофические и адаптационные функции организма, рассасывающего, противовоспалительного, спазмолитического, фибролитического, гипосенсибилизирующего действия, а также выраженного анальгезирующего эффекта. Причем специфичность действия ультрафонофореза зависит от фармакологического действия вводимого лекарственного вещества. Так фонофорез гидрокортизона целесообразнее применять при асептико-воспалительном механизме вертебрального синдрома, а эуфиллина или ганглерона – при сосудистых нарушениях и явлениях периферического ангиоспазма, при корешковой же патологии наиболее оправдано введение ацетилсалициловой кислоты. Методами, направленными на устранение гемодинамических нарушений, являются импульсная терапия, особенно, интерференцтерапия и магнитотерапия, которые нормализуют патологически измененный тонус магистральных артерий и капиллярного русла. Также улучшают микроциркуляцию, уменьшают спазм сосудов и понижают чувствительность нервных окончаний дарсонвализация и ультратонотерапия. К специфическим методам лечения относится кинезотерапия, которая вследствие широкого спектра действия и влияния, отсутствия отрицательного побочного действия и возможности длительного применения может использоваться на всех стадиях заболевания. Наиболее часто применяемый вид пассивной кинезотерапии – массаж, действие которого обусловлено не только непосредственным механическим воздействием на ткани, но и нейрогуморальными и рефлекторными реакциями со стороны различных систем по типу моторно-висцеральных рефлексов, приводящих к нормализации тонуса кровеносных и лимфатических сосудов, повышению тонуса, эластичности мышц и улучшению их сократительной функции [8, 11, 23, 31].

В комплексном лечении ШБС нашли широкое применение также и ортопедические мероприятия как ортезирование при дисфиксации позвоночника и тракционная терапия, приводящая к уменьшению мышечно-тонического синдрома, способствующая расширению межпозвоночных отверстий, снижающая внутридисковое давление и уменьшающая протрузию диска [12].

Пожалуй, к ведущим методам немедикаментозного лечения можно отнести остеопатию.

В настоящее время широкое применение нашли различные методики, начиная с «жестких» хиропрактических и, заканчивая, «мягкими» остеопатическими, причем усилия врача направлены на устранение патобиомеханических проявлений и развитие компенсаторных реакций. Часто цитируемый остеопатами Э.Т. Стилл писал, что «любой метод (лечения) является хорошим, если он приносит результат». Остеопатия в комплексном восстановительном немеди-

каментозном лечении ШБС может, применяться как самостоятельно, так и в сочетании с другими видами воздействия, к которым относится физиотерапия и лечебная физкультура [1, 16, 20, 21]. Необходимо отметить, что данные виды лечения могут быть с успехом использованы на всех этапах медицинской реабилитации.

Мануальная терапия используется как самостоятельно, так и в сочетании с другими способами лечения, повышающими его эффективность, такими как физиотерапия, лечебная физкультура, бальнеотерапия, лечебные блокады и медикаментозная терапия. Наибольший эффект отмечается при сочетании мануальной терапии и иглорефлексотерапии. В настоящее время накоплен большой опыт применения рефлексотерапии при лечении ШБС. Акупунктура оказывает регулирующее, стимулирующее и нормализующее действие на функциональное состояние и реактивность различных систем организма, адаптационно-трофическую функцию и обменные процессы, влияет на сосудистый тонус, улучшает микроциркуляцию, способствует улучшению церебрального и периферического кровотока, расслабляет спазмированные мышцы [15, 17].

Поскольку ШБС характеризуются хроническим рецидивирующим течением, наряду с лечением весьма важными являются вопросы профилактики, как первичной, так и вторичной. Для осуществления первичной профилактики основным является сохранение правильного двигательного стереотипа, что достигается оптимальным выполнением трудовых операций, связанных с нагрузкой на позвоночник, рациональному чередованию труда и отдыха, целесообразны занятия лечебной физкультурой с включением упражнений, направленных на укрепление мышц спины и брюшного пресса, а также коррекции неправильной осанки.

Таким образом, всестороннее, комплексное обследование больных позволяет провести дифференциальную диагностику, оценить биомеханические нарушения, выявить отягощающие течение заболевания факторы, определить выраженность и характер вегетативных нарушений, что способствует повышению эффективности лечебных и профилактических мероприятий при шейных болевых синдромах.

Список используемых источников:

1. Беляев А.Ф., Кутикова С.В. Применение методов мануальной терапии у больных с болевыми синдромами при соединительнотканной дисплазии. *Мануальная терапия*. 2005. № 2. С. 109.
2. Беляев А.Ф., Шляхов В.В. Восстановительная медицина – социальный заказ общества. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2006. № 2. С. 12-15.
3. Беляков В. В. Электронейромиография в практике мануального терапевта. *Мануальная терапия*. 2001. № 4. С. 22-27.
4. Вейн А.М. Болевые синдромы в неврологической практике. М.: МЕДпресс, 1999. 372 с.
5. Боренштейн Д.Г., Визель С.В., Боден С.Д. Боли в шейном отделе позвоночника: диагностика и комплексное лечение. М.: Медицина, 2005. 792 с.
6. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. Рига, 1991. 344 с.
7. Габуния Р.И., Колесникова Е.К. Компьютерная томография в клинической диагностике. М.: Медицина, 1995. 352 с.
8. Галлямова А.Ф., Машкин М.В., Новиков Ю.О. Лечение шейных болевых синдромов с использованием физических факторов, мануальной терапии и ЛФК // *Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова*. 2001. № 4. С. 9-14.

9. Галлямова А.Ф., Новиков Ю.О., Машкин М.В. Экспертная оценка болевого синдрома при цервикокраниалгиях. Мануальная терапия. 2001. № 4 (4). С. 63-64.
10. Гончар А.А., Гончар И.А. Вертебральная ангиография. Новости лучевой диагностики. 1999. № 1. С. 24-26.
11. Довганюк А. П., Родионов К. В. Физиотерапия неврологических проявлений остеохондроза шейного отдела позвоночника. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. 1993. № 2. С. 62-68.
12. Епифанов В.А., Ролик И.С., Епифанов А.В. Остеохондроз позвоночника: (Диагностика, лечение, профилактика). М., 2000. 344 с.
13. Жарков П.Л. Остеохондроз и другие дистрофические изменения позвоночника у взрослых и детей. М.: Медицина, 1994. 240 с.
14. Иваничев Г.А. Мануальная медицина. Казань, 2000. 649 с.
15. Киргизов Ю.А. Теоретические аспекты механизма действия акупунктуры. Акупунктура и традиционные методы лечения. М.; СПб.; Кемерово, 1991. Вып. 1. С. 3-5.
16. Литвинов И.А., Галлямова А.Ф., Новиков Ю.О. Алгоритм использования различных методик мануальной терапии при лечении цервикокраниалгий. Мануальная терапия. 2004. № 2. С. 36-38
17. Лувсан Гаваа. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. М.: Наука, 1986-588 с.
18. Луцик А.А. Компрессионные синдромы остеохондроза шейного отдела позвоночника. Новосибирск: Издатель, 1997. 400 с.
19. Марчук В.П., Беляева Е.Л. МР-ангиография позвоночных артерий при дегенеративных изменениях в шейном отделе позвоночника: возможности и не-достатки. Новости лучевой диагностики. 2000. № 2. С. 19-21.
20. Мохов Д.Е. Постуральный дисбаланс и проприоцептивные нарушения стопы, их коррекция у больных с люмбоишиалгией. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования. Санкт-Петербург, 2002. 17 с.
21. Мохов Д.Е., Трегубова Е.С., Белаш В.О., Юшманов И.Г. Современный взгляд на методологию остеопатии. Мануальная терапия. 2014. Т. 4. № 56. С. 59-65.
22. Новиков Ю.О. Немедикаментозное лечение шейных болевых синдромов. Уфа: ХАН, 2009. 228 с.
23. Новиков Ю.О., Заинчуковская Л.П., Шакуров Л.Ф. Реабилитация больных с вертеброгенными заболеваниями нервной системы // Современные методы диагностики и лечения заболеваний нервной системы. Уфа, 1996. С. 41-44.
24. Новиков Ю.О., Иваничев Г.А. Ультразвуковой способ диагностики гипермобильности шейного отдела позвоночника и миофасциального болевого синдрома // Казанский медицинский журнал. 2000. Т. 81. № 6. С. 494-496.
25. Новиков Ю.О. Боль в спине: клиника, дифференциальная диагностика, лечение // Вертеброневрология. 2001. Т. 8. № 1-2. С. 33-37
26. Новиков Ю.О., Галлямова А.Ф., Заинчуковская Л.П. Организация амбулаторного восстановительного лечения дорсалгий // Неврологический журнал. 2001. Т. 6. № 5. С. 51-53
27. Новиков Ю.О. Обследование больных дорсалгиями (Обзор) // Мануальная терапия. 2001. № 3 (3). С. 64-67.
28. Новиков Ю.О., Галлямова А.Ф., Машкин М.В. Клиника, диагностика и лечение цервикокраниалгий. Уфа, 2003. 52 с.
29. Плеханов Л.Г., Жовтановский О.М., Кинзерский А.Ю., Полляк Л.Н. Место ультрасонографии в диагностике поясничного остеохондроза// Ультразвуковые методы диагностики в современной клинике. Харьков, 1992. С. 163.
30. Росин Ю.А. Доплерография сосудов головного мозга у детей. Санкт-Петербург. Мед. центр «Прогноз». 2000. 60 с.
31. Стрелкова Н.И. Физические методы лечения в неврологии. М.: Медицина, 1991. 320 с.