В.М. Школьник, д.м.н., профессор, **А.И. Кальбус**, кафедра неврологии и офтальмологии Днепропетровской государственной медицинской академии;
О.Д. Шульга, к.м.н., Волынская областная клиническая больница, г. Луцк

Шейные радикулопатии: диагностика и лечение

Одну из ведущих позиций в структуре неврологической заболеваемости занимают дегенеративные заболевания позвоночника. Эта патология имеет особое медицинское и социальное значение, занимая лидирующее место в структуре причин временной нетрудоспособности.
Несмотря на большое количество публикаций, посвященных диагностике, лечению заболеваний позвоночного столба, позиции доказательной медицины в этой области представлены довольно скромно. Данная статья посвящена диагностике и лечению второй по частоте (после пояснично-крестцового уровня) проблеме – дегенеративным шейным радикулопатиям. Одной из главных причин боли в шейном отделе позвоночника, верхних конечностях является цервикальная радикулопатия, обусловленная компрессией спинномозговых корешков вследствие грыжи диска и/или спондилезом.

В.М. Школьник

Эпидемиология

Эпидемиологические данные, касающиеся распространенности и заболеваемости шейными радикулопатиями, недостаточно изучены не только в Украине, но и во всем мире. По данным ретроспективного анализа, проведенного в США, было установлено, что заболеваемость в среднем составляет 83,2 случая на 100 тыс. населения в год. При этом у мужчин она выше, чем у женщин. Пик заболеваемости отмечается в четвертой и пятой декаде жизни. Имеются указания на доминирование спондилоартроза в качестве причины радикулопатий у более пожилых пациентов, в то время как грыжевые выпячивания межпозвонковых дисков чаще отмечаются у более молодых пациентов.

Этиология и патогенез

Сегодня до конца не установлены факторы риска данной патологии. Интересными, на наш взгляд, являются данные ряда исследований, установившие, что курение является достоверным фактором риска дискогенной патологии.

Наиболее общей причиной компрессии корешков на шейном уровне является сужение фораминального пространства вследствие спондилоартроза. Межпозвонковые отверстия имеют конусообразную форму, где начальная зона (вход) наиболее узкая. Именно в этом месте корешковый нерв наиболее уязвим, так как имеет коническую форму с расширением в начальном отделе (в области центральной части дурального мешка).

Второй по частоте причиной компрессии корешков на шейном уровне является латеральная грыжа диска. Дифференциальная диагностика между описанными причинами компрессии корешков весьма затруднительна, хотя имеются указания на то, что неврологический дефицит более выражен у пациентов с патологией дисков.

Наиболее часто компрессия корешков происходит на уровне С7 (46,3-69%), С6 (17,6-19%), реже – С5 (2-6,6%), С8 (6,2-10%). Это объясняется анатомическими особенностями позвоночного столба на шейном уровне – межпозвонковые отверстия уменьшаются в размере сверху вниз, поэтому компрессия корешков чаще происходит на среднем и нижнем шейном уровне.

Нехарактерными являются грыжевые выпячивания на более чем одном уровне, в то же время спондилоартроз чаще имеет многоуровневое распространение.

Имеются указания, что воспаление само по себе и/или в сочетании с компрессией диска является основной причиной развития неврологической симптоматики. Это подтверждается присутствием интерлейкинов и простагландинов в грыжевом диске, а также спонтанным выздоровлением в течение нескольких недель (месяцев) у большинства пациентов.

Клиника

Клиническая картина сопровождается болевым синдромом в области шеи с иррадиацией в верхние конечности, пальцы, парестезиями, гипо- или анестезией в зоне иннервации соответствующих дерматомов, снижением соответствующих глубоких рефлексов, а также слабостью мышц. Снижение/выпадение чувствительности обычно не происходит при поражении одного спинномозгового корешка, что связано с анатомическими особенностями иннервации в дерматомах (часть волокон идет от верхнего и нижнего дерматома).

Следует отметить, что боль в области шеи сама по себе отмечается не всегда и/или выражена меньше, чем в области верхней конечности.

Описаны и нетипичные зоны иррадиации боли – в область груди, нижней челюсти, в подлопаточную область.

По данным двух крупных исследований (число наблюдений 100 и 561 соответственно) была показана следующая частота проявлений: парестезии отмечались в 91 и 89,7%, гипо- или анестезия – в 24 и 33%, мышечная слабость (симптомы) – в 34 и 15,3%, снижение сухожильных рефлексов – в 72 и 84,1% случаев соответственно.

Диагностика

Клинический диагноз шейной радикулопатии может быть подтвержден определением компрессии корешка по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) (метод выбора для определения протрузий межпозвонковых дисков). В то же время тонкие срезы при проведении спиральной компьютерной томографии (СКТ) позволяют выявить фораминальный стеноз. Следует подчеркнуть, что данные, полученные при нейровизуализации, должны четко интерпретироваться в контексте клинической картины конкретного пациента. Часто это связано с ложноположительными данными МРТ/СКТ, когда находки являются случайными, их локализация не соответствует клинической картине и не объясняет ее, а изменения со стороны дисков можно найти у асимптомных пациентов. То же самое касается проведения рутинной рентгенографии – дегенеративные изменения, связанные с возрастом, определяются практически у всех пациентов (в том числе у асимптомных) и очень часто не объясняют клиническую картину. Данный метод диагностики шейных радикулопатий в настоящее время имеет ограниченное применение.

Противоречивой остается целесообразность применения электронейромиографии для диагностики шейных радикулопатий. По данным разных исследований, чувствительность метода варьирует от 30 до 95%. Вероятно, наибольшее значение данный метод может иметь при исключении другой патологии (в сомнительных случаях), как, например, ущемление срединного или локтевого нерва.

Консервативное лечение

Естественное течение спондилогенной и дискогенной шейной радикулопатии в целом благоприятное. Выздоровление при радикулопатии, обусловленной грыжей диска, как правило, происходит спонтанно. Хирургическое лечение показано лишь в случаях непереносимой боли и значительной длительности болевого синдрома. Обычно применяют выжидательную консервативную тактику с назначением аналгетиков для купирования боли. Однако к настоящему времени не было проведено хорошо спланированных проспективных исследований по оценке эффективности консервативного лечения шейных радикулопатий. Не получено достоверных доказательств эффективности применения нестероидных противовоспалительных препаратов (равно как и кортикостероидов) для патогенетического лечения данной патологии.

Интересное исследование было проведено Persson и соавт., когда сравнивались три схемы лечения. Пациентов с длительным болевым синдромом рандомизировали для лечения в три группы: хирургического лечения, физиотерапии, ношения шейного воротника. Хирургическое лечение было эффективнее в отношении купирования болевого синдрома в первые 4 мес наблюдения. Через 16 мес в исследуемых группах не было разницы по частоте/выраженности болевого синдрома, мышечной силе, чувствительным нарушениям.

В исследовании, проведенном в 1966 году в Великобритании, 493 пациентов с шейными корешковыми синдромами разделили на пять групп по виду лечения: тракция, плацебо-тракция, ношение воротника, медикаментозное лечение (таблетки плацебо), физиотерапия (плацебо). Не найдено различий в эффективности какого-либо метода лечения (по купированию болевого синдрома и восстановлению трудоспособности). У 75% пациентов во всех группах отмечалась регрессия болевого синдрома в течение 4 нед от начала лечения.

Несмотря на то что приведенные исследования не соответствуют современным требованиям, они четко показывают благоприятное спонтанное разрешение шейных радикулопатий в большинстве случаев.

Одним из наиболее часто применяемых методов лечения шейных радикулопатий остается лечебная физкультура. По данным систематического обзора четырех исследований (2005) было установлено, что специфические упражнения могут быть эффективными для лечения «механических» заболеваний шейного отдела. Следует отметить, что в трех из четырех исследований не были выделены в отдельную группу пациенты с болью в шейном отделе и наличием корешкового синдрома, а давалась общая оценка эффективности физических упражнений при болях в шейном отделе позвоночника у пациентов с корешковым синдромом или без него.

По данным систематического обзора, изучающего эффективность мануальной терапии у пациентов с «механическими» заболеваниями шеи, было показано, что такая система лечения приводит к более быстрому снижению болевого синдрома (по сравнению с физическими упражнениями и традиционной медикаментозной терапией) у пациентов с цервикалгиями (без радикулопатий). Однако эффективность применения мануальных техник при лечении цервикальных радикулопатий оказалась недостаточной. Более того, манипуляции в области шейного отдела позвоночника несут риск осложнений, как, например, диссекция позвоночной артерии, компрессия спинного мозга при объемных грыжах диска. Таким образом, применения указанных техник имеет смысл избегать, особенно если не проведено МРТ/КТ шейного отдела позвоночника.

Достоверно не установлена к настоящему времени и эффективность применения воротников для лечения шейных радикулопатий. Одни авторы указывают на эффективность ношения воротников для купирования болевого синдрома ввиду ограничения подвижности шейного отдела (а следовательно, и ирритации корешков), другие – на отсутствие эффекта. Воротники (полужесткие) применяют обычно в остром (подостром) периоде. Длительное их ношение приводит к побочному действию – к атрофии паравертебральных мышц.

Во многих странах для лечения шейных радикулопатий применяют перирадикулярные, фораминальные, эпидуральные блокады с кортикостероидами. В то же время эффективность данного метода лечения до конца не изучена. Сегодня существуют противоречивые данные: в одном исследовании указываются положительные результаты лечения данным методом 68 пациентов с шейной радикулопатией (в этом исследовании отсутствовала контрольная группа), в другом – показано отсутствие эффективности данной методики.

Заключение

Таким образом, несмотря на высокую распространенность и заболеваемость, шейные радикулопатии остаются относительно мало изученными с точки зрения доказательной медицины. В целом пациенты с данной нозологией имеют хороший прогноз, в большинстве случаев отмечается спонтанное выздоровление в течение 3 мес от начала заболевания. При выраженном болевом синдроме консервативное ведение пациентов является основной тактикой. Оперативное лечение следует рассматривать в случае длительного (более 3 мес) интенсивного болевого синдрома, при выраженной компрессии спинного мозга на шейном уровне. В настоящее время в США проводится крупное клиническое исследование по сравнению эффективности разных методов консервативного лечения пациентов с шейными радикулопатиями, а значит, на многие вопросы будут найдены ответы.

Список литературы находится в редакции.