**План**

Введение

1. Анамнез
2. Осмотр больного
3. Рентгенологическое обследование
4. Электромиографическое исследование
5. Повреждение мягких тканей шеи
6. Патология шейных межпозвоночных дисков
7. Острое грыжеобразование в шейных межпозвоночных дисках
8. Хроническое дегенеративное заболевание шейных межпозвоночных дисков

Литература

**ВВЕДЕНИЕ**

Боли в области шеи имеют бесконечный перечень причинных факторов, включающих дегенеративные заболевания, инфекции, неоплазмы, врожденные аномалии развития, воспалительное (асептическое) поражение суставов шейного отдела позвоночника и психогенное напряжение.

Оценка состояния больного, поступающего в ОНП с симптомом боли в области шеи, основывается на знании анатомических особенностей шейного отдела позвоночника, а также на анамнестических данных о начале заболевания. Как известно, шейный отдел позвоночника состоит из 7 позвонков; пятый, шестой и седьмой позвонки одинаковы по форме и размерам, тогда как первый (атлант) и второй (эпистрофей) имеют иное строение. Позвонки нижней трети шейного отдела, включая Суп, соединяются друг с другом посредством своих верхних и нижних суставных отростков, что обеспечивает ограниченную ротацию и латеральную флексию шеи. Атлант (С1) поддерживает мыщелки затылочной кости и второй шейный позвонок (C2). Его нижние суставчики аналогичны таковым остальных шейных позвонков. Зуб эпистрофея и стабилизирующая его горизонтальная связка обеспечивают ротационное движение между С1 и С2.

Мышцы шеи разделяются на семь фасциальных пространств (плоскостей), которые в норме обеспечивают безболезненные сгибательные движения одной мышечной группы по отношению к другой. Геморрагические петехии и отек, возникающие в тех же фасциальных пространствах вследствие острой травмы, могут привести к ограничению движения и связанному с ним появлению болей и припухлости в области шеи.

Стабильный, но вместе с тем подвижный шейный отдел позвоночника имеет как связочные, так и дисковые соединения. Благодаря определенным структурным особенностям эти диски менее склонны к пролапсу по сравнению с дисками поясничного отдела. Шейный отдел позвоночника отличается большей подвижностью, приходящаяся на него весовая нагрузка не столь велика, пульпозное ядро межпозвоночного диска в большей степени смещено кпереди, а фиброзные кольца сзади укреплены на всем протяжении задней продольной связкой.

Восемь парных корешков спинного мозга шейного отдела выходят через межпозвоночные отверстия между верхними и нижними ножками, кроме двух верхних корешков. Для корешков спинного мозга шейного отдела уникально следующее: более чем у 50 % пациентов вентральные и дорсальные корешки идут раздельно до межпозвоночных отверстий. В таких случаях изолированное раздражение дорсального (чувствительного) корешка в заднем отделе спинномозгового канала остеофитом может вызвать лишь сенсорные нарушения. Аналогично этому раздражение вентрального (моторного) корешка дегенеративным диском может вызвать безболезненную прогрессирующую слабость определенной группы мышц.

Нервы вертебральных синусов, ответвляясь от задних корешков спинного мозга, вновь входят в межпозвоночное отверстие для обеспечения чувствительной иннервации связанного аппарата спинномозгового канала (СПК). Кпереди они иннервируют заднюю продольную связку, а кзади — желтые связки, менингеальные оболочки и соответствующие сосуды. Их восходящие и нисходящие ветви иннервируют межпозвоночные суставы, обеспечивая позиционное восприятие.

Шейный отдел спинного мозга окружен спинномозговой жидкостью и латерально прикреплен к покрывающей его твердой мозговой оболочке двадцатью зубчатыми связками. Твердая мозговая оболочка в свою очередь краниально прикрепляется к краю большого отверстия затылочной кости, а в пределах самого спинномозгового канала предохраняется от травм эпидуральной жировой тканью.

**1. АНАМНЕЗ**

Определенные диагностические соображения относительно причин болей в области шеи часто возникают в процессе детального анализа анамнестических данных.

В подавляющем большинстве случаев больные могут идентифицировать либо причину боли, либо обостряющее ее движение или определенное положение.

При травматических повреждениях важное значение имеют следующие данные: положение больного в момент травмы; сопутствующие раневые повреждения головы, шеи или лица; использование ремней безопасности в автомашине; использование предохранительного оснащения в спорте; сочетанные переломы конечностей или туловища, а также контузии; потеря сознания или возникновение судорог.

Кроме того, необходимо выяснить обстоятельства, при которых произошла травма, предшествующие ей заболевания, наличие других провоцирующих факторов. Наконец, важно уточнить, сделано ли больным заявление в судебные органы.

Как в любом другом случае, следует отметить возраст больного, его профессию, наличие общих заболеваний, характер боли и ее распределение.

Необходимо также выяснить наличие специфических неврологических симптомов, включая слабость в мышцах конечностей, нарушение координации движений, сенсорные расстройства, а также нарушение функции сфинктеров и половые расстройства.

Регистрируются жалобы больного на нарушения со стороны зрения, слуха, вестибулярного аппарата, отмечаются фарингеально-ларингеальные симптомы.

Наконец, диагностическое значение могут иметь и результаты предыдущего обследования (в изложении больного), а также реакция на проводившееся ранее медикаментозное лечение и физиотерапию в недавнем прошлом.

**2. ОСМОТР БОЛЬНОГО**

Осмотр больного может начаться с оценки способности шеи к сгибательным движениям. Боль в шее может приводить к фиксации головы на плече при изменении положения тела. Подвижность шеи определяется как при активных, так и при пассивных движениях, включая обычное сгибание (подбородок к плечу) и латеральное сгибание (ухо к плечу). Когда локализованная односторонняя боль в шее возникает при движении головой в сторону, это указывает на раздражимость межпозвоночных суставов. Если односторонняя боль иррадиирует в плечо или руку (признак Spurting), то это свидетельствует о наличии радикулярного компонента. Контралатеральная боль в шее предполагает либо первичное поражение связочного аппарата, либо наличие мышечного источника дискомфорта, так как именно эти структуры реагируют на растяжение. Следует оценить движение в плечевом суставе, как при отведении руки, так и при ее сгибании вперед. Все эти движения шеи и плеча в норме совершенно симметричны и безболезненны. Нарушения ритмики движений в плечевом или лопаточно-реберном суставе, как и асимметрия в движении шеи, указывают на наличие локальной аномалии.

Пальпация в области заднего шейного треугольника, надключичной ямки и каротидного сосудистого пучка может выявить гипертрофию лимфоузлов или увеличение щитовидной железы или слюнных желез. При аускультации сонных и подключичных артерий могут определяться шумы, которые в первом случае ассоциируются с возможной недостаточностью мозгового кровообращения, а в последнем — с повреждением в области верхней апертуры грудной клетки или с синдромом обкрадывания.

Топографически первый шейный позвонок расположен сразу же позади угла нижней челюсти, а его поперечный отросток — на середине линии, соединяющей угол нижней челюсти с сосцевидным отростком; подъязычная кость располагается кпереди от СЗ, а щитовидные хрящи гортани — на уровне С4. Расположение перстневидного хряща соответствует проекции С6.

Симптоматическую невралгию затылочного нерва можно воспроизвести путем сильного надавливания в области выемки затылочной кости, что вызывает онемение волосистой части головы или ощущение жжения по ходу затылочного нерва. Трудно диагностируемые симптомы дисфункции височно-нижнечелюстного сустава могут быть установлены при возникновении боли или крепитации над этим суставом, часто в сочетании с пальпируемой "слабостью" височных мышц на стороне поражения в ямке под скуловой дугой.

Диагностически информативны и различные приемы надавливания и растяжения в шейном отделе позвоночника. Они включают вертикально направленное давление на череп или боковые сгибательные движения шеи, которые воспроизводят радикулярные симптомы, а также вертикальное оттягивание головы кверху с целью уменьшения давления на корешки спинного мозга и соответствующие межпозвоночные суставы в шейном отделе, что уменьшает боли. Для уменьшения нагрузки на корешки в шейном отделе больной может обеспечить определенную поддержку рукой (на противоположной стороне), поместив ее на голову.

Оценка степени дискомфорта и боли в области шеи не может считаться полной без соответствующего исследования плеча и руки. Двусторонняя боль в верхней конечности, несомненно, связана с радикулопатией С6. Аномалия, локализующаяся в области плеча и проявляющаяся болью и крепитацией, затрагивает плечевой сустав, а также груди ноключичный или акромиально-ключичный сустав. Тендинит двуглавой мышцы или острый субдельтовидный бурсит может проявляться как в сочетании с капсулитом, так и без него. В любом из этих случаев может определяться локализованная боль. Однако в отдельных случаях синдромы субдельтовидного бурсита могут проявляться отраженной болью в месте прикрепления дельтовидной мышцы (у бугорка дельтовидной мышцы) в верхней трети латеральной поверхности плеча.

Ослабление радиального пульса при пассивном отведении плеча (особенно в сочетании с шумами над подключичной артерией либо в подключичном пространстве, либо в надключичной ямке на фоне репликации симптомов) может указывать на синдром верхней апертуры грудной клетки.

Наконец, осмотр завершается оценкой неврологического статуса. Могут быть вполне очевидными признаки мышечной атрофии или фасцикуляций. Исчезновение рефлекса с трехглавой мышцы предполагает патологию корешка в области С7, а потеря рефлекса с бицепса — корешковый синдром в области С5—С6. Наиболее целесообразно мануальное тестирование с использованием приема "сопротивления" при оценке мышечной силы и ее сравнении на той и другой стороне. Трехглавая мышца тестируется при сдерживании больным форсированного разгибания его руки в локтевом суставе; при этом врач охватывает руку больного проксимальнее запястья, а больной пытается согнуть ее в локте. Плавное и асимметричное выполнение теста с симптомом "дай" заставляет предполагать нарушения на уровне С7—С8, в задних отделах спинного мозга или в области лучевого нерва.

Подобным образом исследуются другие мышечные группы; определение их слабости сопоставляется с клиническими данными и симптоматическими жалобами больного. Нейроанатомическая оценка позволяет четко определить как локализацию, так и тяжесть поражения.

Существенным дополнением обследования является также пальпация периферических нервов. При поражении корешков на уровне С5—С6 часто отмечается явная болезненность над плечевым сплетением в точке Эрба надключичной ямки, тогда как поражение корешков на уровне С8—TI обычно проявляется выраженной болезненностью над дистальной частью ульнарного нерва в области локтя. Синдромы ущемления периферических нервов в сочетании с положительным признаком Тинеля при перкуссии над участком поражения, а также мышечной слабостью в дистальных отделах могут проявляться иррадиацией боли в проксимальные отделы. Первыми проявлениями этих синдромов могут быть и боли в области шеи и плеча. Так, синдром ущемления срединного нерва в запястном канале может проявляться болями в плече, а синдромы ущемления локтевого нерва в кубитальной ямке — дискомфортом в средней части нижнего края лопатки.

Наиболее трудны для оценки сенсорные симптомы боли или дизестезия, особенно при отсутствии признаков сопутствующего моторного нарушения. Именно это очень часто имеет место при радикулопатиях шейного отдела позвоночника. Раздельное расположение чувствительных и двигательных корешков (спинного мозга) на уровне межпозвоночных отверстий в шейном отделе повышает вероятность вовлечения моторного корешка, несмотря на выраженные сенсорные симптомы. Большое значение в диагностике имеет четкое представление о топографии дерматома, склеротома и миотома в отношении распределения раздражения корешков спинного мозга. Значительная возбудимость шейных корешков без моторной слабости, что типично определяется в трехглавой мышце (лучевой нерв С7—С8) и в круглом пронаторе (срединный нерв С6— С7), может проявляться лишь ощущением дискомфорта в области медиального края лопатки (в ее средней трети) или по ходу миотома с соответствующей иррадиацией в грудную клетку, аксиллярную область или трехглавую мышцу. Интенсивная боль в большой грудной мышце может симулировать инфаркт миокарда; возникающий при этом дискомфорт в области груди вызывает подозрение на злокачественное поражение. Единственным симптомом раздражения корешка на уровне С7 по ходу дерматома может быть онемение или покалывание в среднем пальце соответствующей кисти.

Ранние проявления миелопатии на уровне шейного отдела спинного мозга могут быть выявлены лишь при целенаправленном их поиске. Гиперрефлексия при наличии рефлекса Гоффманна в верхних конечностях в сочетании с болями в шее предполагает локализацию поражения выше С5. Отсутствие поверхностных абдоминальных кожных рефлексов в сочетании с гиперрефлексией нижних конечностей, симптомом разгибательного движения большого пальца стопы и вовлечением сфинктера заставляет предполагать прогрессирующий цервикальный стеноз или невыявленное эпидуральное метастазирование опухоли.

**3. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Рентгенография шейного отдела позвоночника обязательно включает выполнение снимков в косой проекции. На рентгенограммах должны быть хорошо видны зуб эпистрофея, нижние шейные и верхние грудные позвонки. При подозрении на нестабильность шейных позвонков целесообразно получение снимков в положении сгибания и разгибания. Ни КТ-сканирование, ни ЯМР-исследование не оказались информативнее цервикальной миелографии при диагностике миелопатии или цервикальной радикулопатии. Однако существенным преимуществом КТ и ЯМР является их неинвазивность, в то время как миелография проводится лишь в случае обоснованного подозрения на поражение, требующее хирургического вмешательства.

**4. ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Электромиографическое исследование целесообразно при подтверждении наличия структурной неврологической патологии, при уточнении уровня и степени поражения, а также при прогнозировании и объективизации реабилитационных средств. Электромиография (ЭМГ) и определение скорости проведения по нервам особенно полезны в тех случаях, когда начальные проявления заболевания сопровождаются значительно выраженными и явно прогрессирующими моторными нарушениями или когда существует неясность в отношении неврологического уровня поражения. И все же слишком часто наблюдаемые при шейном радикулите симптомы сопровождаются периферической мононевропатией конечности, что может связываться с цервикальной радикулопатией или же, в свою очередь, служить провоцирующим фактором боли в шее. К сожалению, что касается синдромов прогрессирующей мышечной слабости, остро возникающие ЭМГ-изменения наблюдаются примерно через 2 недели после развития клинических симптомов, хотя действительное состояние иннервации моторной единицы и скорость проведения по нерву могут быть прослежены в реальном времени уже через 3 дня после начальных проявлений патологии. ЭМГ позволяет выявить моторную дисфункцию. Если поражение затрагивает только сенсорный корешок, а моторный корешок остается интактным, то миограммы могут быть нормальными.

Определение вызванных потенциалов в шейном отделе спинного мозга наиболее целесообразно при выявлении миелопатии в данной области, а также синдромов верхней апертуры грудной клетки. Асимметричная или замедленная реакция на цервикальном или церебральном уровне в ответ на стимуляцию дистальных отделов верхних и нижних конечностей в любом случае может иметь диагностическое значение.

**5. ПОВРЕЖДЕНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ШЕИ**

Больные с травмой вследствие переразгибания шеи (что случается при автокатастрофах, в спорте или при случайном падении) могут испытывать постоянный дискомфорт и боль, явно не поддающуюся лечению. Часто обращает на себя внимание несоответствие между отсутствием четких объективных симптомов травмы и персистированием инвалидизирующей дисфункции, в результате чего возникают довольно стереотипные судебно-медицинские проблемы. За подобной травмой закрепилось название "жертва кнута". Речь идет об очень резком сгибательном или разгибательном движении шеи, которое приводит к ее повреждению, т. е. травма возникает как бы в результате уклонения от удара бича. Если же травма связана с автомобильной катастрофой, то непременно присоединяется и вертикальное направление ударной силы, так как при этом шейный отдел позвоночника сдавливается поднимающимся кверху туловищем пострадавшего. В результате удара в заднюю часть машины тело пострадавшего выбрасывается вперед по отношению к его тазу, голова отбрасывается назад при переразгибании шеи и перерастягивании ее передних структур. Дело в том, что при таком ударе голова по инерции продолжает двигаться вперед, но резким рывком, в результате чего происходит чрезмерное сгибание шеи; рефлекторно же производится и резкое переразгибательное движение, как и перерастяжение передних структур шеи. Как показали эксперименты по воспроизведению механизма травмы шеи при автокатастрофе (на трупах), при этом возникают различные повреждения — от перерастяжения мышц и связок до смещения шейных позвонков с их переломом; часто имело место и образование грыж в межпозвоночных дисках (МПД). Рывковое движение головы вперед приводит к повреждению структур на передней поверхности шеи, происходят кровоизлияние в грудино-ключично-сосцевидную мышцу и ее разрыв, а также разрыв передней продольной связки позвоночника и вентральных отделов фиброзных колец в межпозвоночных дисках. Если механизм травмы был иным (не рывковое движение головы вперед), то часто обнаруживалось повреждение дорсальных отделов фиброзных колец МПД с массивным кровоизлиянием в задние мышцы шеи.

Конечно, многое при этом зависит от индивидуальной эластичности шейного отдела позвоночника. Очень часто посттравматические последствия бывают особенно серьезными в тех отделах шейных позвонков, где до травмы дегенеративные изменения были выражены в наибольшей степени. Таким образом, лица, пользующиеся автотранспортом, должны быть проинструктированы в отношении мер самозащиты при ударе в машину сзади: они должны развернуть голову и прижать подбородок к груди. Если голова находится в положении ротированного сгибания, то имеется больший риск разрыва связок и вывихов суставов шеи.

Посттравматические симптомы весьма вариабельны и включают боль и дизестезию, нарушения зрения, шум в ушах, головокружение, дисфагию и охриплость. Как правило, жалобы на боль в шее предъявляются лишь через несколько часов после травмы. Иногда она ощущается как локализованный дискомфорт, связанный с мышечным напряжением; боль может иррадиировать в затылок и (или) иметь радикулярный компонент. Могут также присутствовать симптомы и признаки повреждения нижнечелюстного сустава или синдрома верхней апертуры грудной клетки. Ограничение подвижности шеи может сочетаться с радикулярным характером миотомной мышечной слабости, что предполагает поражение корешков шейного отдела позвоночника. Затуманенность зрения и боль в глазах могут сопровождаться периорбитальным отеком и кровоизлиянием. Нередко возникает пространственная нестабильность, нарушающая равновесие, которая описывается скорее как ощущение "соскальзывания" при изменении направления движения, нежели как ощущение вращения, ассоциирующееся с истинным вертиго. Эта своеобразная пространственная нестабильность скорее связана с повреждением межпозвоночных суставов шейного отдела, нежели с поражением внутреннего уха. Для диагностики в подобных случаях большое значение имеет метод электронистагмографии.

Может иметь место дисфагия в результате отека глотки или ретрофарингеального кровоизлияния. Охриплость обычно связывают с перерастяжением гортани, которое часто сопровождается значительным отеком грудино-ключично-сосцевидных мышц и ложа сонных артерий, в результате чего окружность шеи может увеличиться на один размер. Симптомокомплекс, включающий шум в ушах, головокружение, нарушения зрения, боль в ухе и в глазах, а также головную боль, называется синдромом Барре—Льеу.

Получение рентгенограмм шейного отдела позвоночника необходимо для исключения травмы позвонков, в том числе переломов, смещения или подвывихов межпозвоночных суставов. Вначале рентгенологические изменения могут сводиться лишь к исчезновению нормального шейного лордоза, а в более поздние сроки нередко выявляются признаки оссификации позвоночных связок. Снимки шейного отдела позвоночника с некоторым вытяжением могут обнаружить вакуумные щели по передней поверхности межпозвоночных дисков, что предполагает их смещение или разрыв.

Вначале лечение состоит в назначении постельного режима, шинировании шеи (с помощью мягкого воротника-шины; фиксирующего ее в положении легкого сгибания) и в местном применении льда. Уже через 72 часа начинают раннюю мобилизацию (специальные упражнения) для восстановления гибкости шеи; одновременно применяется поверхностное влажное тепло и постепенно ограничивается использование воротника-шины. В ранний период выздоровления не рекомендуется применять диатермическое воздействие, а также тракции шейного отдела позвоночника, так как это может лишь ухудшить состояние больного. Однако такие процедуры целесообразны в более поздний период, когда персистируют боли суставного, радикулярного или связочного происхождения. Во всяком случае, лечение должно быть целенаправленным в соответствии с точным, а не симптоматическим (устранение боли) диагнозом. Для ослабления боли вначале могут использоваться пероральные анальгетики, включая наркотики. Мышечные релаксанты неэффективны, за исключением их снотворного действия. При хроническом дискомфорте целесообразно назначение нестероидных противовоспалительных препаратов. В отдельных случаях, когда в качестве источника постоянной боли преобладают миофасциальные симптомы или затылочная невралгия, могут принести облегчение локальные инъекции длительно действующего стероида вместе с 1 % лидокаином с последующим ледяным массажем и ультразвуковым воздействием. Лечение амбулаторных больных может быть дополнено их инструктированием относительно выполнения реабилитационных мероприятий в домашних условиях, но опять-таки на основании точной диагностики.

**6. ПАТОЛОГИЯ** **ШЕЙНЫХ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ**

О грыжеобразовании в шейном межпозвонковом диске говорят в том случае, когда его пульпозное ядро вывихивается сквозь задние фиброзные кольца, что обычно приводит к острой радикулопатии, а иногда и к миелопатии. Хроническое дегенеративное заболевание шейных дисков, или шейный спондилез, характеризуется медленным прогрессированием симптомов, включающих тугоподвижность шеи или локализованную боль, затылочную невралгию, радикулярные боли в верхних конечностях, а иногда и клинические проявления прогрессирующей миелопатии.

**7. ОСТРОЕ ГРЫЖЕОБРАЗОВАНИЕ** **В ШЕЙНЫХ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКАХ**

Дегенеративные изменения в пульпозном ядре и фиброзных кольцах диска обычно приводят к его грыжевому выпячиванию. Грыжевые выпячивания обычно ограничиваются запродольной связкой позвоночника, но в некоторых случаях они выходят за ее пределы в виде свободных фрагментов. Прямые задние разрывы фиброзных колец могут (хотя и редко) вызвать прогрессирующую миелопатию; чаще же пролабирование грыжи в заднелатеральном направлении провоцирует появление симптомов и признаков острой шейной радикулопатии. Пролапсы дисков в 1,5 раза чаще встречаются у мужчин, обычно на четвертом десятилетии жизни. Наиболее часто поражение локализуется на уровне С6—С7 (корешок С7), обычно слева, и на уровне С5—С6 (корешок С6), обычно справа.

Симптомы острого пролапса шейного позвоночного диска включают боли в шее, головную боль, склеротомную иррадиацию боли в плечо и по медиальному краю лопатки, миотомную боль (соответственно корешковой иннервации) в плече и руке, а также дерматозные сенсорные нарушения (дизестезия) в соответствующем пальце.

Признаки моторных нарушений включают фасцикуляции, мышечную слабость и атрофию соответственно миотомной иннервации спинномозгового корешка, потерю глубоких сухожильных рефлексов, а при цервикальной миелопатии — гиперрефлексию нижних конечностей (признак Бабинского) и редко — потерю сфинктерного контроля. Переразгибание шеи и ее латеральное сгибание в сторону поражения могут вызвать те же симптомы, какие возникают при выполнении приема Вальсальвы, тогда как мануальное растяжение при сгибании шеиустраняет их. Тщательный осмотр, включающий мышечноетестирование, позволяет легко установить уровень корешкового поражения.

Клиническое обследование больного может быть дополнено электромиографией при диагностике и исключении скрытой периферической мононевропатии и (или) трудной для выявления острой плечевой плексоматии (синдром Parsonage — Turner). Рентгенограммы шеи при указанных синдромах часто бывают более полезными не столько своими позитивными данными, сколько негативными. Наличие дегенеративного заболевания может маскировать мягкую протрузию шейных межпозвоночных дисков. У молодых взрослых рентгенограммы шеи могут не обнаруживать даже значительного грыжевого выпячивания в дисках. В таких случаях для определения характера и уровня корешковой компрессии проводится миелография или КТ-сканирование.

Лечение состоит в устранении болей с помощью анальгетиков, применении шины-воротника и (при отсутствии явных шумов над сонными артериями и/или миелопатии) периодическом проведении цервикальной тракции. В тех случаях, когда симптомы и признаки острого сдавления шейного корешка не поддаются консервативному купированию или возобновляются через какое-то время, рекомендуется хирургическое вмешательство, если КТ (или другой инструментальный метод) демонстрирует пролапс цирвикального диска с компрессией корешка.

**8. ХРОНИЧЕСКОЕ ДЕГЕНЕРАТИВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ**

Цервикальный спондилез является прогрессирующим заболеванием, которое наблюдается либо как потеря гибкости шеи, либо как первый болевой симптом. Боли связаны либо с локализованными дегенеративными изменениями в межпозвоночных суставах шейного отдела, либо с раздражением спинномозговых корешков, что сопровождается иррадиацией боли в затылочную область, плечо и руку. Прогрессирующий цервикальный спондилез начинается с развития дегенеративного заболевания дисков, которое предрасполагает к прогрессированию остеоартроза шейных межпозвоночных суставов. Снижение высоты диска в сочетании с выпячиванием и деформацией фиброзных колец обусловливает нестабильность шейных сегментов, чрезмерную весовую нагрузку на суставные площадки и неконгруэнтное движение в суставах при сгибании или разгибании шеи, что ускоряет развитие дегенеративных изменений в суставах. Перенапряжение связок вследствие неадекватной механической нагрузки обусловливает тракционный остеогенез с последующим формированием шпор. Эти шпоры могут быть направлены кзади на спинномозговой канал (что вызывает цервикальную миелопатию), латерально — на межпозвоночное отверстие (что обусловливает цервикальную радикулопатию) или кпереди с давлением на пишевод (что проявляется дисфагией).

Сочетание врожденного сужения спинномозгового канала на значительном его протяжении, которое усугубляется появлением направленных кпереди остеофитов, и прогибания желтых связок кзади повышает риск миелопатии, так как диаметр спинномозгового канала при этом становится меньше 12 мм. Селективное повреждение дорсального спинномозгового корешка остеофитами, растущими по краю суставной поверхности, может проявляться единственным симптомом онемения пальцев кисти или явной мигрирующей миалгией, что при последующем обследовании может быть связано с корешковым раздражением соответствующего дерматома или миотома. В этом отношении миотом С6 охватывает большинство основных проксимальных мышц плеча. Нервный корешок С6 находится между позвонками С5 и С6 и поражается раньше и чаше всего при дегенеративных изменениях диска. Симптом двусторонней боли в плечах неизбежно имеет ассоциированный элемент радикулопатии С6.

Шпорообразные остеофиты могут обусловить развитие синдрома Горнера, появление симптомов вертебробазилярной сосудистой недостаточности и резко выраженных радикулярных симптомов без болей в шее, а также безболезненную мышечную слабость верхних конечностей (соответственно миотому) и боли в грудной клетке, имитирующие грудную жабу. Рентгенологические данные, демонстрирующие типичные сегментарные дегенеративные изменения, фактически могут быть не связанными с имеющимся корешковым синдромом на определенном уровне. Сужение межпозвоночных отверстий на рентгенограммах шейного отдела позвоночника может быть более выраженным на уровне С5—С6 при том, что у больного наблюдаются как клинические, так и электромиографические признаки прогрессирующей радикулопатии С7.

Лечение определяется точной локализацией поражения. Локализованная боль в шее и тугоподвижность, связанная с артритом межпозвоночных суставов, могут лечиться с помощью шины-воротника, поверхностного массажа льдом, ультразвуком, физиотерапевтическими процедурами, выполнением специальных упражнений (сгибание шеи) и нестероидными противовоспалительными препаратами. Тракционное лечение шеи в таких случаях нередко усугубляет полевой синдром. Соответственно периодически выполняемая тракция (вначале в физиотерапевтическом отделении поликлиники, а затем дома) является эффективным методом лечения радикулярных болей в шее. В обоих случаях большое значение имеет четкий инструктаж больного в отношении гигиены шеи при длительном лечении. Миофасциальные боли, часто связанные с наличием пальпируемых узелков в трапециевидной мышце, в большинстве случаев эффективно лечатся местным применением льда, глубоким разминающим массажем, упражнениями на растяжение мышц и (в отдельных случаях) локальным введением (инъекции) стероидов и лидокаина. Большое значение имеют своевременное распознавание и исключение провоцирующих факторов, таких как эмоциональный стресс или длительное переразгибание шеи, связанное с сидением в мягком кресле или использованием бифокальных очков для чтения.

Лечебные мероприятия, направленные на устранение болей в шее и плечевом поясе, обычно носят длительный характер. Врачебное наблюдение за подобными больными часто требует повторного осмотра для выявления возможных осложнений, носящих жизнеугрожающий характер (например, эпидуральные метастазы в спинной мозг, маскирующиеся шейным остеохондрозом, или опухоль Панкоста, проявляющаяся как субдельтовидный бурсит). В подобных случаях, а также при более доброкачественных заболеваниях, таких как ревматическая полимиалгия при височном артериите, ревматоидный артрит и инфекционное поражение опорно-двигательного аппарата, основой точной диагностики часто служат именно повторные осмотры больного.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Неотложнаямедицинская помощь: Пер. с англ./Под Н52 ред. Дж. Э. Тинтиналли, Р. Л. Кроума, Э. Руиза. — М.: Медицина, 2001.

1. Внутренние болезни Елисеев, 1999 год