

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ «ХЛЫСТОВОЙ» ТРАВМОЙ

В.Д. ПРОКОПЕНКО

Курс иммунологии и аллергологии РУДН, г. Москва. 117198, ул. Миклухо-Маклая, д.8.
Медицинский факультет

М.Н. ДАДАШЕВА

Неврологическое отделение, г. Москва. 119049, 4-й Добрынинский пер., д.4. ГУДП «Медицинцентр» ГлавУнДК при МИД РФ

Целью работы явилось изучение особенностей диагностики и лечения больных с цервикальной «хлыстовой» травмой. В поликлинических условиях нами было обследовано 50 человек (м – 19, ж – 31, в возрасте до 45 – 39, от 45 до 60 лет – 10, старше 60 лет – 1), из них 32 – с I степенью (I группа), 18 – с II степенью (2 группа), у которых после автоаварии появились жалобы на боль в области шеи, головную боль, головокружение, тошноту, рвоту, нарушение зрения. Острые приступы головокружения сопровождались вегетативными расстройствами. У больных отмечались такие клинические признаки, как апатия, депрессия. С целью уточнения диагноза обязательно было проведение дополнительных методов обследования: спондилография с функциональными пробами, магнитно-резонансная томография шейного отдела позвоночника, ультразвуковая доплерография, электроэнцефалография. Лечение больных с цервикальной «хлыстовой» травмой было комплексным, этиопатогенетическим и симптоматическим. При головокружении назначалась вертиголитическая терапия, для снятия болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные препараты, миорелаксанты. Работа интересна как неврологам, так и терапевтам.

В последние годы отмечается рост инвалидизации и летальности населения при повреждении позвоночника, что обуславливает актуальность проблемы цервикальной «хлыстовой» травмы. В соответствии с МКБ-10, принятой в нашей стране в 1999 году, цервикальная «хлыстовая» травма включена в класс «Травмы шеи (S 10- S 19)» в раздел «Вывих, растяжение и перенапряжение капсульно-связочного аппарата на уровне шеи (S 13)» в рубрику «растяжение и перенапряжение связочного аппарата шейного отдела позвоночника (S 13.4)».

После удара в автомобиль сзади туловище пострадавшего совершает движение вперед, а голова отклоняется назад в краниоцервикальном сочленении и в сегментах C₁-C₂, при этом в нижних шейных сегментах C₃-C₇ происходит разгибание. Согласно статистическим данным, в основном страдают молодые люди в возрасте 15-24 лет, причем женщины в 1,5 раза чаще, чем мужчины.

По классификации, предложенной Квебекским Таксономическим Комитетом в 1995 году, выделяют 4 степени «хлыстовой» травмы. При I степени больные предъявляют жалобы на боль, ограничение движения в шейном отделе позвоночника, болезненность при пальпации мышц шеи, при II степени – выявляются мышечный спазм, триггерные точки, при III степени – отмечаются неврологические симптомы в виде снижения или отсутствия глубоких рефлексов, парезов, расстройства чувствительности, радикулопатии с дерматомной иррадиацией, при IV степени – перелом и дислокация шейных позвонков, выпадение шейных межпозвонковых дисков [4].

Цель работы.

Изучение особенностей клиники, диагностики и лечения больных с цервикальной «хлыстовой» травмой I-II степени.

Материалы и методы.

В поликлинических условиях нами было обследовано 50 человек (м – 19, ж – 31, в возрасте до 45 – 39, от 45 до 60 лет – 10, старше 60 лет – 1), из них 32 – с I-й степенью (1-я группа), 18 – с II степенью (2-я группа). Больные предъявляли жалобы также на боль в области шеи, верхних конечностей, надплечьях, плечевых суставах, непостоянного характера онемение рук или только пальцев рук (парестезии). При осмотре отмечались боль при движении головой в шейном отделе позвоночника, ограничение объема движения головой, болезненность при пальпации паравerteбральных точек и перкуссии остистых отростков в шейном отделе позвоночника, повышение мышечного тонуса,

боль при пальпации области межостной, надостной и выйной связок. У больных 2-й группы при осмотре пальпаторно выявлялись мышечный спазм, триггерные точки в области трапециевидной, грудиноключично-сосцевидной, ременных, полуостистых, верхних и нижних косых мышцах. Мышечная боль иррадиировала в затылочную область, лицо, верхнюю челюсть, в ухо, заушную область. Кроме того, у всех больных после автоаварии появились жалобы на головную боль, головокружение, тошноту, рвоту, нарушение зрения, дисфагию.

С целью уточнения диагноза обязательно было проведение дополнительных методов обследования: спондилография с функциональными пробами, магнитно-резонансная томография шейного отдела позвоночника, ультразвуковая доплерография, электроэнцефалография.

Результаты исследования и обсуждение.

У 12 человек первые симптомы появились сразу после травмы, у 25 – в конце первых суток, у 13 – через 2-3 дня. У всех больных отмечалось головокружение, которое являлось следствием нарушения цервикальной мышечной афферентации проприорецепторов в спазмированных позных мышцах (при спазме нижней косой мышца, лестничных мышц, реже грудиноключично-сосцевидной и верхней порции трапециевидной мышцы) или в результате компрессии позвоночной артерии мягкими околопозвоночными тканями (мышцами и связками, находящимися с ней в топографическом соотношении) либо дегенеративными изменениями в верхних шейных позвоночно-двигательных сегментах.

У 39 больных отмечалось несистемное головокружение в виде покачивания, дурноты, у 2 – системное в виде вращения предметов и у 9 – сочетание системного и несистемного. У 26 – оно имело постоянный характер, у 24 – проявлялось только на высоте головной боли. Кохлеарные нарушения чаще сочетались с вестибулярными и зрительными расстройствами. Имелся односторонний или двусторонний шум в ушах или голове, реже звон, а также снижение слуха. Выявлялись координаторные расстройства в виде мимопопадания при выполнении пальце-носовой пробы, неустойчивости в позе Ромберга и атаксии при ходьбе [1].

Практически у всех пациентов отмечалась головная боль, которая была обусловлена раздрацией верхне-шейных корешков, большого затылочного нерва, цервикальных мышц и их связочного аппарата. Характер цефалгии был различен, у 23 человек она была постоянного характера, у 27 – наблюдалась зависимость от времени суток, положения головы, эмоциональной и физической нагрузки [2].

Острые приступы головокружения сопровождалась вегетативными расстройствами. У всех пациентов выявлялись изменения цвета кожных покровов туловища, чаще в шейно-воротниковой зоне в виде покраснения, побледнения, иногда акроцианоза, нарушения потоотделения, пиломоторного рефлекса и дерматографизма, пастозности и похолодания кистей рук.

У 17 человек отмечались расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы (кардиалгия, аритмия, лабильность артериального давления, тахикардия), нарушения терморегуляции в виде субфебрилитета, расстройства потоотделения, гипергидроза, инсомнии, гастроинтестинальные расстройства. Нередко присоединялись сенестопатические ощущения в области затылка, шеи и верхних конечностей.

Поскольку автоавария являлась психогенным фактором, больным проводилось клинико-психиатрическое обследование с использованием опросников Бека, Спилбергера. У всех больных выявлены астено-невротические расстройства.

У больных отмечались такие клинические признаки, как навязчивость (повторные переживания автоаварии в виде навязчивых воспоминаний), апатия, депрессия (эмоциональное притупление, отсутствие реакции на окружающих, отчуждение от других людей), эпизоды пароксизмальной тревоги (острые вспышки страха).

Всем больным проводились дополнительные методы обследования: спондилография с функциональными пробами, ультразвуковая доплерография, ЭЭГ, при стойком болевом синдроме – магнитно-резонансная томография.

На рентгенограмме шейного отдела позвоночника у больных 1-й группы наблюдались выпрямление шейного лордоза, артроз унковертебральных сочленений, нестабильность шейного сегмента. Во 2-й группе выявлялись подвывихи в шейных позвонковых сегментах в нижнем или верхнем шейном отделе, при магнитно-резонансной томографии – наличие протрузии на уровне $C_{IV}-C_V$, C_V-C_{VI} размером 2-6 мм [3].

При ультразвуковой доплерографии имелось диффузное снижение кровотока в обеих позвоночных артериях (в 1 группе), а также асимметрия кровотока от 30 до 50 % (во 2 группе). При ЭЭГ-исследованиях отмечались диффузные изменения с уменьшением амплитуд колебаний, стертой зональных различий, усилением низкочастотной бета-активности, преобладанием медленных волн типа тета-волн.

Лечение больных с цервикальной «хлыстовой» травмой было комплексным, этиопатогенетическим и симптоматическим.

Больным 1-й и 2-й групп при головокружении назначались вестибулолитические средства (бетасерк 16 мг 3 раза в день до 3 месяцев), для нормализации гемодинамики и метаболических нарушений – вазоактивные и ноотропные препараты (кавинтон-форте 10 мг 3 раза в день и ноотропил 1200 мг 2-3 раза в день до 3 месяцев).

Для снятия болевого синдрома были рекомендованы нестероидные противовоспалительные препараты (мовалис 15 мг 1 раз в день), а также анальгетики (залдиар 6-8 таблеток в день до достижения положительного терапевтического эффекта).

Больным 2-й группы при мышечном напряжении назначались миорелаксанты (мидокалм 150 мг 3 раза в день), с целью снятия местного отека – дегидративные средства (фуросемид по 40 мг в течение 3 дней). При выраженном болевом синдроме проводилась инфльтрационная терапия в виде паравертебральных блокад в триггерные точки: новокаиновые или лидокаиновые паравертебральные блокады с дипроспаном оказывали противовоспалительное, обезболивающее, противоотечное действие.

При астеноневротических расстройствах были рекомендованы транквилизаторы, седативные, анксиолитические антидепрессанты (грандаксин 50 мг 1-2 раза в день, паксил 20 мг в сутки).

Широко использовалась физиотерапия, задача которой была оказать болеутоляющее, рассасывающее, миорелаксирующее, сосудорасширяющее действие. С целью иммобилизации шейного отдела позвоночника, предотвращения микротравматизации позвонковых сегментов больным в острый период выписывали ношение шейного воротника Шанца.

Выводы.

Таким образом, своевременная диагностика и разработка патогенетически обоснованных принципов лечения цервикальной «хлыстовой» травмы является сложной проблемой, решение которой может быть достигнуто путем привлечения широкого круга специалистов и комплексного подхода к терапевтическим мероприятиям, включающим не только фармакотерапию, но и ортопедический режим.

Литература

1. Бененс А.Л., Етифанов В.А. Гемодинамика в вертебробазилярном бассейне у больных с осложненной травмой шейного отдела позвоночника // Патол. позвоночника. – Л. – 1982. С. 44-46.
2. Благоняжесина Л.Г. Неврологические нарушения при закрытой травме шейного отдела позвоночника и спинного мозга. / Автореф. канд. дисс. – Куйбышев. – 1970. – 24 с.
3. Farres M.T., Magomelschnigg H., Grabenwoger F., Tratting S., Dock W., Heimberger K., Muhbauer M., Lammer J. Stenoses of the first segment of the vertebral artery – difficulties in angiographic diagnosis. // Neuroradiology. – 1996. – 38 (1). – p. 6-10.
4. Quebec classification of whiplash associated disorders. Section 3. Consensus findings. // Spine. – 1995. – V.20. – S.12-20.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT PATIENTS WITH CERVICAL WHIPLASH INJURY

V.D. PROCOPENKO

Department of Hospital Therapy with course of immunology and allergology RPFU. *Moscow.*
117198. M-Maklaya st 8. Medical faculty

M.N. DADASHEVA

Department of Neurology, *Moscow. 119049. 4 Dobrininsky-line st 4. «Medincen-
ter» GlavUpDK*

This paper deals with up-to-date methods of diagnostics and treatment of patients with cervical whiplash injury. Fifty out-patients after injury have been examined thoroughly, they have cervical pain, headache, vertigo, nausea, vomiting, eye-problem. Acute attacks of vertigo were accompanied with autonomy disorders. The patients have got such symptoms as apathy, depression. Based on the own experience the authors made a conclusion that this group of patients needs complex examination, including general, laboratory and special such as roentgen logical, CT of the brain, magnetic-resonance investigation of the neck, ultrasound and EEG-methods and so on. Treatment of the patients with cervical whiplash injury must be complex, including anti-inflammatory, pain-killer, metabolic medicine. This study is of great importance for both neurologist and practitioners.

Key words: cervical whiplash injury, vertebrogenous vertigo, magnetic-resonance investigation, ultrasound and EEG-methods.