https://doi.org/10.61788/njn.spec.17.17

Milli nevrologiya jurnali, Türkdilli Dövlətlərin II Beynelxalq Nevrologiya Konqressinə həsr edilmiş xüsusi buraxılış, 2017 səh. 106-109

# КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА И КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ СТЕНОЗОМ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА ШЕЙНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

**[1]Адамбаев З.И., [2]Киличев И.А.***

*[1]Неврологическая клиника "Global Med System", г.Ташкент, Узбекистан;*

*[2]Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии, Ургенч, Узбекистан*

Обследовано 110 больных с дегенеративным стенозом позвоночного канала шейного отдела позвоночника. Клиническая картина отличалась полиморфностью комбинаций рефлекторного, корешкового и спинального синдромов, отражающие множественные и многоуровневые вовлечения различных структур позвоночного канала - корешков, сосудов, вегетативных волокон и спинного мозга. Предложенное нами консервативное лечение стеноза позвоночного канала имеет положительный клинический эффект, что позволяет рекомендовать его к более широкому применению в амбулаторной и стационарной практике.

**Ключевые слова:** стеноз позвоночного канала, клинические проявления, консервативная терапия.

Частота стеноза позвоночного канала составляет по данным различных авторов от 6% до 10% [1,6,12,13]. С широким внедрением в клиническую практику компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) значительно расширились возможности диагностики стеноза позвоночного канала [11]. Однако ключевые вопросы этиологии, патогенеза, клинических проявлений, а также тактики лечения узкого позвоночного канала во многом остаются нерешёнными, несмотря на длительную историю изучения патологии. Больным со стенозом позвоночного канала традиционно проводят оперативное лечение [3,5,12]. Некоторые авторы отметили положительные результаты применения перирадикулярных и эпидуральных блокад с кортикостероидами у 75% больных с поясничным спинальным стенозом [8,9].

**Цель исследования** выявить клинико-неврологическую симптоматику у больных с дегенеративным стенозом позвоночного канала шейной локализации (ДСПКШЛ) и оценить эффективность предлагаемой консервативной терапии.

**Материал и методы.** Исследовали 110 больных с ДСПКШЛ в возрасте от 35 до 70 лет, средний возраст составил 48,2±1,1 года, мужчин было 62 человек (56,4%), женщин - 48 человек (43,6%). Всем больным было проведено клинико-неврологическое обследование, КТ или МРТ исследование. При КТ и МРТ исследованиях наших пациентов мы рассчитывали площадь позвоночного канала по формуле: S= AxB/2, где A - фронтальный размер позвоночного канала; B - сагиттальный размер позвоночного канала, которая во всех наблюдениях вне зависимости от типа стеноза позвоночного канала была от 100мм$^2$ до 75мм$^2$ - относительный стеноз.

Пациенты получали базовую терапию, включающую нестероидные противовоспалительные препараты, миорелаксанты, вазоактивные препараты (Актовегин 5,0 мл в течении 10 дней), витамины группы В, антиконвульсанты, физиотерапевтическое лечение, лечебную физкультуру и массаж. Физиотерапия включала тракционную терапию шеи, ультразвуковую терапию с гидрокортизоновой мазью на шейный отдел позвоночника и карипазим методом электрофореза и фонофореза с положительного полюса, парафинотерапия. Флакон карипазима 350 ПЕ разводили в 5-10 мл физиологического раствора непосредственно перед процедурой. В раствор добавляли 2-3 капли димексида. Раствор наносили на фильтрованную бумагу, размещенную на прокладках электрода. Размеры электрода-прокладки - 10-15 см. Температура прокладок - строго 37-39°С. Время экспозиции - 20 минут. Лечение курсовое - 10-12 процедур.

При наличии противопоказаний к электрофорезу (сердечно-сосудистая недостаточность, наличие искусственного водителя ритма, аритмии, онкологические и кожные заболевания) применяли фонофорез карипази-

*E-mail: qlichev@mail.ru

мом. Карипазим 350 ПЕ смешивали с 2 мл мази индометацина и наносили на симметричные области вдоль пораженного участка позвоночника. Экспозиция 10 минут. На курс 10-12 процедур.

Согласно критериям шкалы MacNab [10] (которые хоть и были впервые опубликованы еще в 1971 году, широко применяются для оценки исходов хирургического лечения вертеброгенной патологии, мы применили ее для оценки исхода консервативного лечения стеноза позвоночника) выделяют 4 возможных исходов лечения:

- отличный - нет боли и ограничений подвижности, возврат к прежней работе и прежнему уровню активности;
- хороший - редкие/периодические некорешковые боли, уменьшение выраженности имевшейся симптоматики, возвращение к работе с незначительными ограничениями;
- удовлетворительный - некоторое повышение функциональной активности, больной остаётся нетрудоспособным/ прикованным к постели;
- плохой - сохраняются симптомы компрессии корешка, необходимо повторное оперативное вмешательство.

**Результаты.** У всех больных по КТ и МРТ данным было выявлено ДСПКШЛ. Причинами стеноза у наших больных был спондилоартроз у 89 (80,9%), из них у 21 (19,1%) отмечалось сочетание спондилоартроза с грыжами межпозвонковых дисков различной локализации. У 18 (16,4%) - причиной стеноза был спондилолистез I и II степени, из них у 11 (10%) человек он сочетался с медиальной грыжей. Величина пролапса дисков по данным КТ и МРТ колебалась от 3 мм до 6 мм.

При анализе анамнестических данных было выявлено, что у 24 (21,8%) больных заболевание дебютировало онемением в шейно-затылочной области с последующим присоединением слабости в руках. У 30 (27,3%) больных заболевание начиналось с постепенным развитием слабости в руках, преимущественно в дистальном отделах. В нескольких наблюдениях слабость сочеталась с гипотрофией мелких мышц кисти, а в одном случае - с фасцикулярными подергиваниями в грудных мышцах. У 14 (12,7%) пациентов первыми признаками заболевания были слабость в ногах, ощущение "скованности" в ногах и затрудненная ходьба.

При оценке неврологических синдромов мы использовали классификации И.П.Антонова (1985) [2] и Д.Г.Германа [4] и А.А.Скоромца [7].

Клинико-неврологическая картина заболевания была представлена в виде следующих компрессионных синдромов: рефлекторные - у 65 (59,1%) пациентов, корешковые - радикулопатии - у 62 (56,4%) человек, и спинальные - радикуломиелопатии - у 80 больных (77,3%).

Рефлекторные синдромы были представлены в виде вегетативно-сосудистых расстройств - зябкости рук, выраженности венозного рисунка, побледнения или цианоза одной или двух рук, мраморности кожи, пастозности, сухости или гипергидроза рук; симтомокомплекс Клода Бернара-Горнера наблюдался у 25 больных.

Клиническая картина корешкового синдрома шейной локализации, зависела от поражения переднего или заднего корешков, с соответствующими двигательными, чувствительными и рефлекторными нарушениями.

Радикуломиелопатии проявлялись синдромом бокового амиотрофического склероза (у 36 больных), синдромом Броун-Секара (у 5 больных), синдромом боковых столбов (у 32 больных), синдромом Персонейдж - Тернера (у 5 больных).

Таким образом, выявленные нами клинические проявления стеноза позвоночного канала шейной локализации не являлись моносиндромами. Отмечалось сочетание их в разных комбинациях, указывающие на многоликость клинических проявлений и множественное и многоуровневое вовлечение различных структур позвоночного канала - корешков, сосудов, вегетативных волокон и спинного мозга.

Проведенный анализ результатов лечения, согласно шкале MacNab, после консервативного лечения показал следующие результаты: отличный - у 11 больных, хороший - у 82 больных, удовлетворительный - у 16 боль-

ных, плохой - 1. Благоприятный исход лечения (отличный и хороший) у 93 (84,5%) больных и удовлетворительный - у 16 (14,5%), обусловлен, по нашему мнению, тем, что большинство наших больных были молодого и среднего возраста с относительным стенозом позвоночного канала, помимо этого, у 32 (29,1%) больных выявлялись грыжи межпозвоночных дисков шейного уровня.

**Заключение.** У больных с дегенеративным стенозом позвоночного канала шейной локализации клинико-неврологическая картина характеризуется полиморфностью комбинаций рефлекторного (59,1%), корешкового (56,4%) и спинального (77,3%) синдромов, отражающие множественные и многоуровневые вовлечения различных структур позвоночного канала - корешков, сосудов, вегетативных волокон и спинного мозга.

Предложенная нами комплексное консервативное лечение относительного стеноза позвоночного канала на шейном уровне эффективны в подавляющем большинстве случаев [у 93 (84,5%)], что позволяют рекомендовать его к более широкому применению в амбулаторной и стационарной практике.

**ЛИТЕРАТУРА - REFERENCES - ƏDƏBİYYAT**


1. Антипко Л.Э. Стеноз позвоночного канала - Воронеж: ИПФ "Воронеж", 2001. - 272 с.
2. Антонов И.П. Клиническая классификация заболеваний периферической нервной системы /И.П.Антонов.- Минск: Наука и Техника, 1987.- 15с.
3. Борисова Л.И. Выбор тактики и оценка эффективности оперативного лечения больных со стенозами позвоночного канала поясничного отдела позвоночника // Нейрохирургия -2012.- № 4.- С.29-33.
4. Герман Д.Г. Компрессионные радикуломедуллярные ишемии / Д.Г. Герман.- Кишинев: Штиинца, 1985.- 112 с.
5. Зозуля Ю.А. Хирургические вмешательства при стенозе поясничного отдела позвоночника. Хирургическое лечение нейрокомпрессионных пояснично-крестцовых болевых синдромов / Зозуля Ю. А., Педаченко Е. Г., Слынько Е.И.- К., УИПК "ЕксОб", 2006. - с.213 -236.
6. Рамешвили Т.Е. Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника. Руководство для врачей / Т.Е. Рамешвили, Г.Е.Труфанов, Б.В. Гайдар, В.Е.Парфенов. - СПб.: ЭЛСБИ-СПб, 2011. - 218 с.
7. Скоромец А.А. Сосудистые заболевания спинного мозга / А.А. Скоромец, Т.П.Тиссен, А.И.Панюшкин, Т.А.Скоромец.- СПб.: СОТИС, 2002.- 525 с.
8. Benny B, Azari P. The efficacy of lumbosacral transforaminal epidural steroid injections: A comprehensive literature review // J Back Musculoskelet Rehabil. 2011;24:67-76.
9. Lee JH, An JH, Lee SH. Comparison of the effectiveness of interlaminar and bilateral transforaminal epidural steroid injections in treatment of patients with lumbosacral disc herniation and spinal stenosis // Clin J Pain. 2009;25:206-10.
10. Macnab I. Negative disc exploration - an analysis of the cause of nerve root involvement in sixty eight patients // J Bone Joint Surg Am. 1971;53:891-903.
11. Willen J. et al. Dynamic effects on de lumbar spinal canal: axially loaded CT-mielography end MRI in patients with sciatica end or neurogenic claudication // Spine. - 1997. - Vol. 15, N 22 (24). - P. 2968.
12. Jansson K, Nemeth G, Granath F, Blomqvist P. Spinal stenosis re-operation rate in Sweden is 11% at 10 years: a national analysis of 9,664 operations // European Spine Journal 2005;14:658e63.
13. Johnsson K.E., Sass M. Cauda Equina Syndrome in Lumbar Spinal Stenosis: Case Report and Incidence in Jutland // Denmark J Spinal Disord Tech. V. 17, № 4. - P. 334-335. 2004.


## XÜLASƏ

## ONURĞA KANALININ BOYUN LOKALİZASİYALI DEGENERATİV STENOZU OLAN XƏSTƏLƏRİN KLİNİK-NEVROLOJİ SİMPTOMATİKASI VƏ KONSERVATİV MÜALİCƏSİ


**[1]Adambayev Z.İ., [2]Kiliçev İ.A.**

*[1]«Global Med System» özəl nevroloji klinikası, Daşkənt, Özbəkistan;*

*[2]Daşkənd tibb akademiyasının Urgenç filialı, Urgenç, Özbəkistan*



Boyun şöbəsinin onurğa kanalının degenerativ stenozu olan 110 xəstə müayinə edilmişdir. Klinik mənzərə onurğa kanalının müxtəlif strukturlarının çoxsaylı və çoxsəviyyəli - kökcük, damar, vegetativ liflər və onurğa beyni zədələnməsini əks etdirir və polimorfluğu, reflektor, kökcük və spinal sindromların kombinasiyası ilə fərqlənir. Bizim tərəfimizdən onurğa kanalının stenozunun təqdim edilmiş konservativ müalicəsi müsbət kli-

nik effektə malikdir ki, bu da onun ambulator və stasionar praktikada daha geniş tətbiqini tövsiyə etməyə imkan verir.

**Açar sözlər:** onurğa kanalının stenozu, klinik əlamətlər, konservativ terapiya.

## SUMMARY

## CLINICAL-NEUROLOGIC SYMPTOMS AND CONSERVATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH DEGENERATIVE SPINAL STENOSIS OF CERVICAL LOCALIZATION

**[1]Adambaev Z.I., [2]Kilichev I.A.**

*[1]Neurological clinic "Global Med System", Tashkent, Uzbekistan*

*[2]Urgen Branch of the Tashkent Medical Academy, Urgench, Uzbekistan*

110 patients with degenerative spinal stenosis of the cervical spine were examined. The clinical picture differs with polymorphism of combinations of reflex, radicular and spinal syndromes, reflecting multiple and multilevel involvement of various structures of the spinal canal - roots, vessels, vegetative fibers and spinal cord. Our conservative treatment of spinal stenosis has a positive clinical effect, which makes it possible to recommend it to a wider application in outpatient and inpatient practice.

**Keywords:** degenerative spinal stenosis, clinical manifestations, conservative therapy.

*Redaksiyaya daxil olub: 06.02.2017*
*Çapa tövsiyə olunub: 27.02.2017*
*Rəyçi: t.ü.e.d. Məmmədbəyli A.K.*