

А.И. Пелин, А.С. Осетров, И.Л. Иванова

К ВОПРОСУ О РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ ЛЁГКОЙ КРАНИОЦЕРВИКАЛЬНОЙ ТРАВМЫ

Ижевская государственная медицинская академия

Клиника лёгкой черепно-мозговой травмы достаточно хорошо изучена, но при диагностике и её лечении часто не учитываются экстракраниальные цервикальные повреждения, которые могут являться одной из причин хронизации патологических синдромов в посттравматическом периоде. Клинические вертеброгенные проявления могут возникать не только непосредственно в момент краниоцервикальной травмы, но и в отдалённом периоде как проявление рефлекторных и компрессионных синдромов посттравматического остеохондроза шейного отдела позвоночника. Эти изменения могут отягощать цефалгический и психоvegetативный синдромы, нередко возникающие у больных, перенёвших сотрясение головного мозга.

Целью данной работы являлось изучение особенностей рентгенологической картины шейного отдела позвоночника в отдалённом периоде лёгкой черепно-мозговой травмы.

Обследовано 123 пациента в возрасте от 18 до 42 лет, из них 58 (47,2%) мужчин и 65 (52,8%) женщин, имеющих в анамнезе сотрясение головного мозга. Давность черепно-мозговой травмы к моменту исследования варьировала от 7 месяцев до 8 лет. Контрольную группу составляли 31 человек в возрасте от 21 до 41 года — 13 (41,9%) мужчин и 18 (58,1%) женщин, страдающих головной болью напряжения и не имеющих в анамнезе черепно-мозговой травмы.

Исследование включало клинико-неврологический анализ, мануальное тестирование, рентгенографию шейного отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях, а также функциональные спондилограммы в положении максимального сгибания и разгибания, рентгеновскую томографию краниоцервикального перехода в прямой проекции.

Отражая клинические особенности головной боли у обследованных с последствиями сотрясения

головного мозга, мы пришли к заключению, что, по существу, у всех 123 больных цефалгический синдром в посттравматическом периоде по характеру является смешанным, но при относительно чётком преобладании у отдельных пациентов того или иного компонента. У большинства больных (62,6%), перенесших коммоцию, в структуре цефалгического синдрома преобладали головные боли, соответствовавшие критериям головных болей напряжения, далее следовали цервикогенная и сосудистая мигреноподобная головные боли — соответственно 30,9% и 6,5%. Интенсивность головной боли по визуальной аналоговой шкале составляла в среднем $57,2 \pm 1,31$ балла. Результаты клинического неврологического анализа показали, что у 56 (45,5%) обследованных с последствиями коммоции органической неврологической симптоматики не определялось. У 13 (10,6%) из 67 больных с посткоммоционным синдромом имелась незначительно выраженная изолированная вестибулярная дисфункция, у 6 (4,9%) — одно- или двусторонняя пирамидная симптоматика без нарушения двигательной функции, у 2 (1,6%) — лёгкая недостаточность глазодвигательной иннервации, у 21 (17,1%) — сочетание вестибулярной дисфункции с пирамидной симптоматикой, у 18 (14,6%) — сочетание вестибулярной и глазодвигательной дисфункции, у 7 (5,7%) — сочетание недостаточности глазодвигательной иннервации с пирамидной симптоматикой. У всех этих больных с признаками посттравматического поражения анимальной нервной системы органическая дефицитарность мозга в целом была лёгкой (рассеянные знаки или диффузное поражение). У 123 обследованных больных с последствиями лёгкой черепно-мозговой травмы при объективном осмотре выявлялись симптомы перманентной вегетативной дисфункции. При нейроортопедическом обследовании был обнаружен

миофасциальный синдром преимущественно подзатылочной группы мышц и верхней порции трапециевидной мышцы. У всех пациентов наблюдались функциональные блоки позвоночных двигательных сегментов краниоцервикального перехода.

По результатам рентгенологического исследования шейного отдела позвоночника, самыми частыми изменениями у больных с последствиями коммоции являлись склероз замыкательных пластинок шейных межпозвонковых дисков — у 110 (89,4%) наблюдениях, выпрямление шейного лордоза — у 85 (69,1%), сужение межпозвонковых пространств — у 81 (65,9%), спондилоартроз межпозвонковых суставов — у 79 (64,2%). Несколько реже встречались лестничная нестабильность — у 49 (39,8%), ротационный подвывих атланта — у 47 (38,2%), разгибательный подвывих по Ковачу — у 45 (36,6%), шейный гиперлордоз — у 38 (30,9%), сколиоз в шейном отделе позвоночника — у 33 (26,8%), унковертебральный артроз — у 29 (23,6%), локальный кифоз на уровне двух смежных шейных позвонков — у 29 (23,6%), задние остеофиты, параллельные горизонтальным площадкам тел позвонков, — у 25 (20,3%). Лишь в единичных наблюдениях у больных с последствиями лёгкой черепно-мозговой травмы обнаруживались деформирующий спондилез (в виде костных разрастаний в проекции передней и задней продольных связок, направленных краниально и каудально) — у 21 (17,1%); передние остеофиты, параллельные горизонтальным площадкам тел позвонков, — у 11 (8,9%).

При сопоставлении данных рентгенографии шейного отдела позвоночника у больных с последствиями коммоции и лиц контрольной группы установлено, что у первых чаще, чем в контроле, встречались склероз замыкательных пластинок ($p < 0,001$), подвывих по Ковачу ($p < 0,001$), сколиоз в шейном отделе ($p < 0,001$), выпрямление шейного лордоза ($p < 0,01$), сужение межпозвонковой щели ($p < 0,05$), шейный гиперлордоз ($p < 0,05$). Кроме того, на шейных спондилограммах у них выявлялись ротационный подвывих атланта, деформирующий спондилёз, передние остеофиты, локальный кифоз, транслигаментарный подвывих атланта, которые отсутствовали в контрольной группе ($p < 0,05—0,001$).

С учетом совокупности таких рентгенологических признаков, как склероз замыкательных

пластинок, сужение межпозвонковых щелей, изменение физиологических изгибов позвоночника, наличие остеофитов и унковертебрального артроза, правомочен вывод, что рентгенологические признаки остеохондроза шейного отдела позвоночника имелись у 110 (89,4%) из 123 больных с посткоммоционным синдромом, в контрольной же группе — лишь у 18 (58,1%) человек ($p < 0,001$). Хотя у больных с посткоммоционным синдромом рентгенологические признаки межпозвонкового остеохондроза нередко выявлялись не в одном, а в нескольких шейных позвоночных двигательных сегментах, мы посчитали возможным выделить сегменты, наиболее подверженные дегенеративно-дистрофическим изменениям. При анализе частоты поражения межпозвонковым остеохондрозом отдельных позвоночных двигательных сегментов шейного отдела позвоночника у больных с последствиями лёгкой черепно-мозговой травмы обнаружено, что чаще всего поражался сегмент С5-С6 (61,0%), затем С4-С5 (47,2%), С3-С4 (32,5%), С6-С7 (25,2%), реже — С7-Th1 (17,1%) и С2-С3 (8,9%). Рентгенологические признаки межпозвонкового остеохондроза выявлялись у больных с посткоммоционным синдромом в позвоночных двигательных сегментах С5-С6, С4-С5 и С3-С4 ($p < 0,05—0,01$). В отдаленном периоде краниоцервикальной травмы в рентгенологической картине преобладали изменения нормальной оси позвоночника (выпрямление и усиление лордоза, локальный кифоз, сколиоз), атланта-аксиальные дислокации (ротационный и транслигаментарный подвывих атланта), явления гипермобильности (подвывихи по Ковачу) и, кроме того, более выраженные дегенеративно-дистрофические изменения в виде остеохондроза, спондилёза.

Таким образом, краниоцервикальная травма может приводить к возникновению фиксированных деформаций шейного отдела позвоночника, нестабильности шейных позвоночных двигательных сегментов, а также служит этиологическим фактором в развитии дегенеративно-дистрофических процессов в позвоночнике, что следует учитывать при обследовании и лечении больных с последствиями лёгкой черепно-мозговой травмы.

Поступила 28.02.07.

