

ЦЕРВИКОБРАХИАЛГИЯ

ЦЕРВИКОБРАХИАЛГИЯ - болевой синдром: боль в шее, распространяющаяся в руку. Вертеброгенная цервикобрахиалгия связана с шейным остеохондрозом или др. заболеваниями позвоночника (напр., спондилитом или опухолью) и может иметь рефлекторный характер (при раздражении болевых рецепторов костно-хрящевых и мышечно-связочных структур) или корешковый характер (при сдавлении корешков шейных спинномозговых нервов). При осмотре в этом случае обычно выявляются ограничение подвижности шейного отдела и напряжение шейных мышц. Боль при грыже диска усиливается при повышении давления в эпидуральном пространстве (при кашле, чиханье, натуживании, сдавления яремных вен). Боль в шее и руке усиливается при сгибании шеи, наклоне головы в сторону и осевой нагрузке, вращении головы в сторону с её запрокидыванием, но облегчается при тракции головы или помещении руки за голову (за счёт расширения межпозвоночного отверстия). Боль часто иррадирует в лопатку, затылок, меж лопаточную область, плечевой пояс и руку. При радикулопатии боль, нарушение чувствительности (парестезии, дизестезии), выпадение рефлексов, а иногда и мышечная слабость выявляются в зоне соответствующего корешка. Невертеброгенная Ц. может быть связана с поражением суставов и околоуставных тканей (напр., плечелопаточный периартрит), поражением шейного или плечевого сплетений либо отходящих от них периферических нервов, рефлекторной симпатической дистрофией, поражением костей (остеомиелит, остеопороз) или кровеносных сосудов (тромбоэмболия, васкулиты, синдром Рейно), заболеваниями внутренних органов (напр., плевры или сердца). Прогноз и лечение зависят от причины. В остром периоде показаны покой, кратковременная иммобилизация шеи с помощью мягкого воротника (прежде всего на ночь), анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства, миорелаксанты. При корешковом синдроме применяют антидепрессанты, антиконвульсанты. В последующем - постепенная мобилизация шеи, постизометрическая релаксация, физиотерапевтические процедуры, вытяжение, массаж, леч. гимнастика. При хроническом болевом синдроме необходим комплексный психофизиологический подход, учитывающий значение как периферических, так и психологических факторов в происхождении боли. Хирургическое вмешательство показано при симптомах сдавления спинного мозга и резко выраженном болевом синдроме (при чётких признаках сдавления корешка и неэффективности в течение нескольких месяцев всего арсенала консервативного лечения).

При миофасциальных болях необходимо, чтобы мышца находилась в покое в течение нескольких дней. В качестве лечения можно назначать упражнения на растяжение мышц (постизометрическая релаксация), физиотерапию, рефлексотерапию или местное введение анестетиков в триггерные зоны, компрессы с димексидом и анестетиками.

Как уже было отмечено, и при острых болях, и при хронических болевых синдромах большое значение имеет лечение болезненного мышечного спазма. Тоническое напряжение мышц может не только само по себе быть причиной боли, но и способно вызвать деформацию и ограничивать подвижность позвоночника, а также обуславливать компрессию проходящих вблизи нервных стволов и сосудов. Для его лечения помимо нестероидных противовоспалительных средств, анальгетиков, (например, нимулид в форме трансдермального геля для местной терапии или в форме лингвальных таблеток при остром болевом синдроме), физиотерапии и лечебной гимнастики в качестве

препаратов первого ряда применяют миорелаксанты — препараты, способные разорвать «порочный круг» болевого синдрома.

Для лечения болезненного мышечного спазма миорелаксанты используются внутрь или парентерально. Снижая рефлекторное мышечное напряжение, миорелаксанты уменьшают боль, улучшают двигательные функции и облегчают проведение лечебной физкультуры. Лечение миорелаксантами начинают с обычной терапевтической дозы и продолжают до тех пор, пока сохраняется болевой синдром; как правило, курс лечения составляет несколько недель.

Тиоколхикозид оказывает преимущественно центральное миорелаксирующее действие. Снижает или устраняет мышечные спазмы, обусловленные воздействием со стороны центральной нервной системы. Миорелаксирующее действие наблюдается и на висцеральные мышцы. Доказана селективность центрального миорелаксирующего эффекта тиоколхикозидов как агониста ГАМК и глицинергических рецепторов. Глициномиметические свойства тиоколхикозидов обуславливают действие на различных уровнях нервной системы, как при рефлекторных спазмах, оказывая болеутоляющее и косвенно гемокинетическое действие благодаря расширению сосудов, усиливая действие гемокинетических препаратов.

Введение тиоколхикозидов парентерально позволяет быстро снять боль и уменьшить мышечное напряжение. При болезненном мышечном спазме достоинствами тиоколхикозидов помимо эффективного миорелаксирующего и обезболивающего эффекта являются отсутствие побочных эффектов и хорошее взаимодействие с нестероидными противовоспалительными средствами, что во многих случаях позволяет уменьшить дозу последних и вследствие этого ослабить или даже полностью устранить их побочные эффекты, не снижая эффективности лечения.

Важным преимуществом тиоколхикозидов перед другими миорелаксантами является отсутствие седативного эффекта и мышечной слабости при его приеме.

В ходе целого ряда исследований удалось доказать, что при болезненном мышечном спазме добавление к стандартной терапии (нестероидные противовоспалительные средства, анальгетики, физиотерапия, лечебная гимнастика) миорелаксантов приводит к более быстрому регрессу боли, мышечного напряжения и улучшению подвижности позвоночника.