

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПРИ БОЛИ В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

10–11 сентября 2015 г. в Киевском доме кино состоялся VIII Международный конгресс «Человек и лекарство» — Украина. На конгрессе рассматривалось множество актуальных вопросов современной медицины, одним из наиболее популярных и востребованных среди участников мероприятия стал доклад, посвященный этиологии развития боли в шейном отделе позвоночника и подходам к ее комплексному лечению, представленный **Романом Суликом**, кандидатом медицинских наук, доцентом кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика.



В докладе Р. Сулик подробно остановился на актуальной сегодня проблеме боли в шее, ее диагностировании, на причинах развития у пациентов в зависимости от возраста и, конечно, на методах лечения. Докладчик навел мосты между видением данной проблемы невропатологом и рентгенологом и на примерах продемонстрировал особенности развития болевого синдрома, делая особый акцент на патофизиологических и функциональных нарушениях, отмечаемых в зависимости от возраста пациента.

Так, Р. Сулик подчеркнул, что причина развития болевого синдрома в шее может отличаться в зависимости от возраста. У пациентов в возрасте до 20 лет развитие боли в шейном отделе позвоночника обусловлено, как правило, работой в неудобном положении, переохлаждением, а также может возникать при хлыстовой травме. В возрасте 22–30 лет боль, как правило, имеет рефлекторный характер. Следует отметить, что шейный остеохондроз и спондилез — в данном случае возрастная норма и не имеют клинического значения. Грыжа межпозвоночных дисков чаще развивается в возрасте 30–40 лет, она, как правило, локализуется на уровне C_V-C_{VI} и $C_{VI}-C_{VII}$ позвонков. В последствии происходит разрастание остеофитов как компенсация нестабильности, которая возникает на этих уровнях. В результате сегментарной кифотизации на уровне C_V-C_{VI} , $C_{VI}-C_{VII}$ фасеточные суставы испытывают чрезмерную нагрузку, что приводит к раздражению болевых рецепторов и формированию фасеточного синдрома межпозвоночных суставов. Важно подчеркнуть, что выпячивание межпозвоночного диска для шейного отдела позвоночника не характерно (выпячиванием межпозвоночного диска принято считать смещение ткани диска за пределы дискового пространства, занимающее более 50% окружности диска) и не является грыжей. Отдельно Р. Сулик остановился на клинических синдромах с выраженной болевой симптоматикой. Так, источником боли при локальном цервикальном синдроме является

задняя продольная связка, капсула межпозвоночных суставов и надкостница позвонков.

Позже в возрасте 40–50 лет формируются дорсолатеральные экзостозы — костные наросты, которые могут компрессировать спинномозговые корешки на шейном уровне. В 50–60 лет происходит разрастание этих экзостозов латерально в направлении позвоночной артерии. В возрасте 60–70 лет развиваются фиброзный анкилоз и значительное ограничение подвижности. Характерно, что в этот период выраженность болевого синдрома, как правило, резко уменьшается или исчезает.

Р. Сулик рассказал о методах и подходах, используемых с целью определения причины развития боли в шейном отделе позвоночника. В частности, были рассмотрены подходы к дифференцированной диагностике мягкой и жесткой компрессии шейного корешка — цервикобрахиалгии вследствие протрузии или разрастания остеофита. Также докладчик рассказал о распространенности и методах диагностики радикулопатии, затрагивающей различные уровни шейного отдела позвоночника. Так, радикулопатия на уровне межпозвоночных сегментов $C_{II}-C_{III}$, $C_{III}-C_{IV}$ отмечается у менее чем 1% пациентов и характеризуется болью, парестезиями в шее и проксимальной части надплечья, вовлечением в процесс диафрагмы. Радикулопатия C_V-C_{VI} отмечается гораздо чаще (в более чем 35% случаев), для нее наряду с болью и парестезиями характерны слабость и гипотрофия двуглавой мышцы плеча (*musculus biceps brachii*), плечелучевой мышцы (*m. brachioradialis*), снижение сгибательно-локтевого рефлекса. Также достаточно распространена радикулопатия C_{VII} (диск $C_{VII}-Th_1$) — более 25%, которая отличается болью и парестезией по ульнарному краю предплечья и кисти к IV, V пальцам, снижением разгибательно-локтевого и карпорадиального рефлексов, влиянием на работу мышц гипотенора, сгибателей пальцев, межкостных мышц.

Докладчик также провел сравнение особенностей цервикального и субакромиального синдромов. Так, при цервикальном синдроме имеет место нейропатическая боль в покое и в движении, выраженность которой уменьшается при distrакции, а при субакромиальном синдроме — отме-

чається біль в плече з іррадіацією в прекардіальну і міжлопаточну область, посилюючись при русі. Крім того, Р. Сулик розповів про етіологію і особливості перебігу цервікокріаніального синдрому, вказав на критерії цервікогенної болю: провокація рухами голови, підтримання анталгічного положення голови, полегшення після блокади, позитивна реакція на тракцію, шийний воротник.

Ще одне поширене стан, симптомом якого є біль в шее, — цервікомедулярний синдром. Передиспонує факторами до розвитку даного синдрому є унковертебральні, фасеточні екзостози, устость епідурального простору нижньої частини шийного відділу хребта, гіпертрофія жовтої зв'язки, звуження спинномозгового каналу менше 13 мм. Серед безпосередніх причин розвитку цервікомедулярного синдрому доповідач виділив нову протрузію, обострення артрозу, асептичне запалення м'яких тканин, травми.

Особливу увагу приділено методам огляду пацієнтів, які можуть застосовувати не тільки лікарі-неврологи, але й сімейні лікарі і терапевти.

Лікування при болю в шее залежить від причини і тяжкості захворювання і може бути консервативним або хірургічним. Консервативне лікування включає тепло, іммобілізацію шийного відділу хребта (включаючи ніч), фізкультуру, медикаментозну терапію. В разі відсутності динаміки можливо хірургічне втручання.

Р. Сулик порекомендував пацієнтам з сильним болем в шее при грижі і компресії корешків починати лікування з нестероїдних протизапальних препаратів (НПВП) з вираженим протизапальним ефектом, наприклад такого, як диклофенак. При цьому краще починати з курсу ін'єкцій, а потім перейти на капсульні форми диклофенаку пролонгованого дії. Навіть якщо раніше пацієнт брав диклофенак у таблетованій формі і ефекту не було, слід призначити даний препарат у формі ін'єкцій, оскільки в цьому випадку пікова концентрація діючої речовини буде вище. Важливою особливістю препарату є те, що він доступний у п'яти основних лікарських формах випуску. Так, відомо про форму випуску — розчин для ін'єкцій в ампулах по 2 мл, в склад якого крім диклофенаку входить лідокаїн, надає додаткове знеболювальне дію. Це сприяє зменшенню нощіцепції і ймовірності розвитку вторинних гнійних ускладнень. Також диклофенак доступний у формі ректальних капсул і кишечно-растворимих таблеток, які забезпечують більш

просту форму прийому лікарського засобу для пацієнта порівняно з ін'єкціями. Вони актуальні в тому випадку, якщо по певних причинах ін'єкційне введення препарату ускладнено. В цьому випадку оптимальним вибором, за думкою доповідача, є ректальна форма введення, забезпечуюча порівнянну пікову концентрацію діючої речовини з ін'єкційною формою. Таким чином, терапію при болю в шийному відділі хребта рекомендується починати або з ін'єкційних, або з ректальних форм диклофенаку. На наступному етапі, коли гострий біль зупинено, актуальними будуть капсули пролонгованого дії для перорального застосування, які забезпечують тривалий період збереження концентрації діючої речовини — до 24 год. Другою зручною формою випуску препарату є трансдермальний пластырь, забезпечуючий до 12 год неперервного впливу.

Важливо зазначити, що диклофенак разом з хорошим знеболювальним і протизапальним ефектом має прийнятний профіль безпеки, в частині відносно ускладнень з боку нирок і серцево-судинної системи. В контексті застосування диклофенаку в формі ін'єкцій і інших непероральних формах введення особливий інтерес представляє його профіль ниркової безпеки в порівнянні з іншими, в тому числі високоселективними НПВП. Так, доповідач привів дані дослідження ниркової безпеки (з участю близько 200 тис. пацієнтів у віці старше 65 років) різних НПВП в порівнянні з целекоксибом — одним з представників групи селективних НПВП. Згідно з результатами цього дослідження, ризик розвитку гострої ниркової недостатності при застосуванні диклофенаку навіть нижче, ніж при прийомі целекоксибу. Крім НПВП при шийній болю можна застосовувати прегабаліни і вітаміни групи В.

Р. Сулик також зазначив, що застосування масажу може бути показано тільки після зникнення гострої болю. Так, при хронічному цервікальному синдромі показаний глибокий, розминаючий, вібраційний масаж, а при рецидивуючому — перкуторний в положенні сидя з нахилом голови на стіл. При цьому після масажу повинно наступати полегшення. Другим методом полегшення болю, який має не менш важливі обмеження відносно можливості застосування, є електролікування, яке здатне полегшити біль, особливо м'язової природи.

В разі неефективності прогрівання, використання воротника і застосування анальгетиків при гострому болювому синдромі шийного відділу хребта може застосовуватися блокада.

Евгенія Лук'янчук