

Цереброкардіальні прояви остеохондрозу шийно-грудного відділу хребта

За матеріалами науково-практичної конференції «Від науки до практики», 16-17 квітня, м. Дніпро

У рамках заходу, присвяченого актуальним проблемам сімейної медицини, було розглянуто широке коло питань, що стосуються роботи лікаря первинної ланки, – від базових аспектів діагностики, лікування та профілактики поширених внутрішніх хвороб до менеджменту цієї галузі медицини та її перспектив.



Президент Української асоціації остеопорозу та Української асоціації менопаузи, андропаузи і захворювань кістково-м'язової системи, директор Українського науково-медичного центру проблем остеопорозу, керівник відділу клінічної фізіології і патології опорно-рухового апарату ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України» (м. Київ), доктор

медичних наук, професор Владислав Володимирович Поворознюк провів майстер-клас, присвячений цереброкардіальним проявам остеохондрозу шийно-грудного відділу хребта (ШГВХ).

– Висока частота розвитку дегенеративно-дистрофічних змін ШГВХ зумовлена його анатомічними особливостями. Тіла шийних хребців відокремлені одне від одного не на всій протяжності, оскільки витягнуті вгору краї кожного хребця (гачкоподібні відростки) утворюють з розташованим вище хребцем унковертебральні зчленування (суглоби Люшка). Ще однією важливою анатомічною особливістю шийних хребців є те, що в отворах їх поперечних відростків проходить канал хребетної артерії – одного з ключових джерел кровопостачання головного мозку.

Церебральні порушення при остеохондрозі шийного відділу хребта (ШВХ) розвиваються внаслідок особливих умов формування заднього церебрального (вертебробазиллярного) судинного басейну та прямих іннерваційних зв'язків вегетативних гангліїв шийі із церебральними судинами. Описано багато зумовлених остеохондрозом ШВХ факторів, які спричиняють недостатність кровообігу у вертебробазиллярному басейні, в тому числі:

- компресія хребтової артерії розростаннями країв унковертебрального з'єднання аж до значного її перегину;
- сублюксація за Ковачем – підвивих переднього кута верхнього суглобового відростка нижче розміщеного хребця, при якому він розташовується спереду від заднього горбка поперечного відростка вище розміщеного хребця і перегинає хребтову артерію;
- подразнення періартеріального вегетативного нервового сплетення з рефлекторним спазмом судин вертебробазиллярної системи;
- патологічна імпульсація по судинорухових вегетативних волокнах від ураженого міжхребцевого диска з гострим або хронічним рефлекторним спазмом вертебробазиллярних судин;
- подразнення зірчастого ганглія;
- атеросклеротичні зміни хребтових артерій, які порушують їх еластичність і призводять до патологічної звивистості та перегинів в екстракраніальному відділі.

У вигляді окремого патологічного стану розглядається задній шийний симпатичний синдром (ЗШСС), або шийна мігрень (синдром Барре). Клінічна картина ЗШСС, що є компресійним або рефлекторним синдромом, включає головний біль, вушні й очні симптоми, глоткові та гортанні прояви, гіпоталамічні порушення. Головні болі зазвичай мають пульсуючий нападopodobний характер, виникають за типом гемікранії, локалізуються в шийі або потилиці, іррадіюють у скроневу, тім'яну, завушну ділянки, чоло та очниці. За перебігом больовий синдром найчастіше є пароксизмальним, однак іноді пароксизми розвиваються на фоні перманентного болу меншої інтенсивності. Основою вушних симптомів ЗШСС (відчуття тиску та болю в зовнішньому слуховому проході, шум і дзвін у вухах, зниження слуху) є вегетативно-судинні розлади в завитці та лабіринті. Часто до патологічного процесу залучаються судини вестибулярного аналізатора. У таких випадках до симптомів приєднуються системні запаморочення з похитуванням при ході та відчуттям провалювання, нудота, блювання. Очні симптоми зазвичай являють собою погіршення гостроти зору, появу «туману в очах», «мушок» чи райдужних кіл перед очима, які супроводжуються болем в очницях. У більш тяжких випадках розвиваються

так звана цервікальна глаукома, зміни на очному дні, нейродистрофічний кератит. Глоткові прояви ЗШСС передбачають появу поколювання, відчуття печіння або наявності стороннього тіла, що спонукає до покашлювання. На висоті пароксизму може виникати захриплість голосу або афонія. У деяких хворих мігренозний пароксизм ЗШСС може перерости в гіпоталамічний з перебігом за симптоадrenalовим типом: із пришвидшеним серцебиттям, ознобом та тремтінням усього тіла; підвищенням артеріального тиску; порушенням діурезу; тривожністю.

Іншими патологічними станами, що є наслідками порушень з боку ШВХ, є синкопальний вертебральний синдром Унтерхарншейдта та дроп-синдром. Значна кількість таких хворих страждає нападами шийної мігрені з головними болями, нудотою, блюванням, слуховими та зоровими розладами. Основна характеристика цих синдромів – типові напади з втратою свідомості або без неї. Після нападу, крім різкої слабкості в нижніх кінцівках і загальної слабкості, спостерігаються сильні головні болі, шум у вухах, фотопсії, виражена вегетативна лабільність. У деяких випадках протягом 1-2 діб після синкопального стану відзначається гіперсомнія, безтямне мовлення, когнітивні порушення.

Порушення з боку ШВХ і грудного відділу хребта (ГВХ) можуть також спричинити кардіалгії. У медичній літературі використовуються різні визначення больових відчуттів у ділянці серця, зумовлених патологією хребта, зокрема цервікальна стенокардія, псевдостенокардія, вертебро- та спондилокардіальний синдром. Утім, наразі загальноприйнятим терміном для означення больового синдрому в лівій половині грудної клітки, спричиненого остеохондрозом ШГВХ, є поняття «вертеброгенна кардіалгія». Загалом остеохондроз ШГВХ, шийно-плечові радикуліти різноманітної природи, симпаталгії, міжреберна невралгія, подразнення нервових сплетень і стовбурів зони C₅-D₆ є надзвичайно частими причинами некоронарогенних болів у ділянці серця.

Основні симптоми остеохондрозу ШГВХ, що супроводжується кардіалгією, включають зв'язок болю з певними позами та рухами (при відведенні руки, заведенні руки за спину, підніманні руки вище горизонтального рівня, нахилі та повороті голови тощо); зв'язок кардіалгій з періодом загострення неврологічних проявів остеохондрозу та зникнення болів після лікування захворювань хребта.

Для оцінки функціонального стану ШГВХ застосовуються такі інструменти: оцінка біомеханіки, тест Спурлінга-Сковілля, тест дистракції ШВХ, тест компресії міжхребцевих отворів, компресійний тест Джексона, згинальний і розгинальний компресійний тести, проба Адсона, тест Райта, проба Бертші-Рооше. Важливе значення для діагностики має рентгенографія ШГВХ. На спондилограмах у бічній проекції у пацієнтів з вертеброгенними кардіалгіями можуть виявлятися структурно-функціональні зміни, як-от: зниження висоти міжхребцевих дисків у задній ділянці хребетних сегментів C₄-C₆ і в передній ділянці хребетних сегментів D₂-D₄; нестабільність на рівні сегментів C₃-C₅, наявність кісткових розростань по задньому краю та локальний кіфоз C₅-C₆ (у молодому та середньому віці); аналогічні зміни на рівні сегментів C₄-C₆, D₂-D₇ (у літньому та старечому віці).

Враховуючи демографічні прогнози, можна стверджувати, що частка населення віком понад 60 років продовжуватиме стабільно зростати, а отже, актуальність порушень з боку ШГВХ також підвищуватиметься. При цьому що стосується старіння популяції, то йдеться не лише про вікові дегенеративні зміни з боку всіх органів і систем, а й про фізіологічний дефіцит статевих гормонів. Близько третини тривалості життя жінки проходить у стані естрогенної недостатності, яка може супроводжуватися вазомоторними та психоемоційними розладами, кардіалгіями. Біль у ділянці серця відзначається у 24,7% жінок у клімактеричному періоді. Для клімактеричних кардіалгій характерний чіткий зв'язок із настанням клімаксу, періодичність нападів (у дні

очікуваних менструацій), зменшення частоти нападів після настання менопаузи, відсутність об'єктивних ознак ураження серця, припинення болів після призначення замісної гормонотерапії. Для чоловіків також характерний пізній гіпогонадизм, який проявляється раптовою гіперемією обличчя, шийі, верхньої половини тулуба; відчуттям припливу жару; коливаннями артеріального тиску; кардіалгіями; запамороченням; відчуттям нестачі повітря. У зв'язку із цим при обстеженні пацієнтів вікової категорії понад 60 років лікарю слід бути особливо уважним.

У лікуванні описаних вище захворювань опорно-рухового апарату провідна роль належить нестероїдним протизапальним препаратам (НПЗП). Однак великі метааналізи продемонстрували, що не всі НПЗП є однаково дієвими. Наприклад, не було виявлено доказів сприятливого впливу парацетамолу в будь-якій дозі. Вважається, що найбільш ефективним стосовно зменшення вираженості больового синдрому та покращення функцій є диклофенак (препарат Диклоберл, «Берлін-Хемі АГ», Німеччина) у дозі 150 мг/добу. Разом із тим у кожному окремому випадку лікарі повинні індивідуально обирати препарат з урахуванням усіх наявних даних щодо його безпеки та ефективності.

Як відомо, НПЗП протидіють болю та запаленню, блокуючи циклооксигеназу (ЦОГ), проте арахідонова кислота метаболізується й іншим шляхом – під дією 5-ліпооксигенази (5-ЛОГ), у ході чого формуються лейкотрієни – «провокатори» запалення, виразок, бронхоспазму й алергійних розладів. За умов інгібування виключно ЦОГ ліпооксигеназний шлях метаболізму арахідонової кислоти активується, тому оптимально обирати НПЗП, які блокують як ЦОГ, так і 5-ЛОГ. Такими препаратами є німесулід (Німесил, «Берлін-Хемі АГ», Німеччина) та диклофенак (Диклоберл). Концепція подвійної блокади ферментів метаболізму арахідонової кислоти є новою стратегією безпечного лікування НПЗП (Charlier C., Michaux C., 2003).

Поряд із цим важливо, що німесулід (Німесил) здатен блокувати колагеназу – важливий чинник руйнування хрящової тканини – на 92%, що значною мірою перевищує аналогічний показник для мелоксикаму, піроксикаму, індометацину та парацетамолу (Barracchini A. et al., 1998).

Що стосується безпеки німесуліду (препарату Німесил), у директиві Європейського агентства з лікарських засобів (ЕМА, 2012) цитується епідеміологічне дослідження (n=588 827, з них 251 013 приймали німесулід). Було встановлено, що порівняльний ризик шлунково-кишкової кровотечі в групі німесуліду (препарату Німесил) є найменшим і становить 1,5%. Досить рідко такі ускладнення спостерігалися і в групі диклофенаку (препарат Диклоберл) – у 3,2% випадків, натомість у кетопрофену цей показник дорівнював 5,5%, у піроксикаму – 5,7%, у кеторолаку – 21,8%. Частота шлунково-кишкових кровотеч у разі застосування мелоксикаму втричі перевищувала таку для німесуліду (препарату Німесил) і становила 4,5%. Відповідно до даних ЕМА, німесулід (Німесил) також належить до п'ятірки НПЗП, найбільш безпечних для печінки, оскільки на 1 млрд призначених добових доз зазначеного препарату припадає лише 5,90 випадку ураження цього органа. Для порівняння: на 1 млрд доз ібупрофену припадає 8,20 зафіксованого випадку гепатотоксичності, індометацину – 12,41, етодолаку – 14,13, кеторолаку – 51,74 випадку.

Таким чином, вертеброгенні розлади з боку головного мозку та серця є розповсюдженою проблемою сучасної медицини, що часто супроводжується діагностичними помилками та несправильно підібраним лікуванням. Основою терапії захворювань опорно-рухового апарату є застосування НПЗП. Німесулід (Німесил, «Берлін-Хемі АГ», Німеччина) та диклофенак (Диклоберл, «Берлін-Хемі АГ», Німеччина), інгібуючи ЦОГ та 5-ЛОГ, реалізують подвійну блокаду запалення, болю й алергії. Важливо, що ці препарати є високобезпечними НПЗП з мінімальною побічною дією на травний тракт і печінку.

Підготувала Лариса Стрільчук





**ПРЕПАРАТ
РОКУ 2018**

Переможець у номінації «Препарат року» серед категорії
рецептурних лікарських засобів за результатами XIX конкурсу
професіоналів фармацевтичної галузі України «Панацея 2018»⁺

«Препарат року»⁺



німесулід **Німесил**[®]

30 пакетиків, гранули для
оральної суспензії¹

100 мг німесуліду у кожному
пакетику, по 100 мг два рази на
добу¹

курс лікування до 15 днів¹

Нестероїдний протизапальний засіб¹



більш низький ризик гастроінтестинальних
геморагічних ускладнень у порівнянні
з багатьма іншими НПЗП^{2,3}

інгібує колагеназу (до 91,9%)^{4*}

інгібує IL-1 β ^{5*}, IL-6^{5*,6}, IL-8^{5*} та субстанцію "P"⁶

додаткове інгібування ФНП- α ^{**} (до 70%)^{7*}

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я.

Фармакотерапевтична група: неселективні нестероїдні протизапальні засоби. Код АТХ M01A X17..

Склад: 1 однодозовий пакет по 2 г гранул містить німесулід 100 мг.

Показання: Лікування гострого болю. Лікування первинної дисменореї. Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії. Рішення про призначення німесуліду повинно прийматися на основі оцінки усіх ризиків для конкретного пацієнта. **Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії.**

Спосіб застосування та дози. Дорослим та дітям старше 12 років призначають 100 мг німесуліду (1 однодозовий пакет) 2 рази на добу після їди. Максимальна тривалість курсу лікування Німесилом – 15 днів. **Протипоказання.** Відома підвищена чутливість до будь-якого компоненту препарату, тяжке порушення функції нирок або печінки та інше.

Побічні дії. Анемія, еозінофілія, тромбоцитопенія, панцитопенія, пурпура, підвищена чутливість, анафілаксія, гіперкаліємія, відчуття страху, нервозність, нічні жахливі сновидіння, запаморочення, головний біль, сонливість, енцефалопатія (синдром Рейє), нечіткий зір, вертиго (запаморочення), тахікардія, гіпертензія, геморагія, лабільність артеріального тиску, приливи, задишка, астма, бронхоспазм, діарея, нудота, блювання, запор, метеоризм, гастрит, кровотеча у травному тракті, виразка та перфорація 12 палої кишки або шлунка, біль у животі, диспепсія, стоматит, випороження чорного кольору, збільшення рівня ферментів печінки, гепатит, миттєвий (фульмінантний) гепатит, із летальним кінцем у тому числі, жовтяниця, холестаза, свербіж, висип, підвищена пітливість, еритема, дерматит, кропив'янка, ангіоневротичний набряк, набряк обличчя, еритема поліформна, синдром Стівенса-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз, дизурія, гематурія, затримка сечовипускання, ниркова недостатність, олігурія, інтерстиціальний нефрит, набряк, нездужання, астения, гіпотермія та інше.

Повний перелік показань, протипоказань, побічних ефектів, а також докладну інформацію про спосіб та особливості застосування препарату можна знайти в інструкції для медичного застосування препарату Німесил[®] від № 1495 від 29.11.2017.

Виробник. Файн Фудс енд Фармасьютикалз Н.Т.М. С.П.А. / Fine Foods & Pharmaceuticals N.T.M. S.P.A.

Місцезнаходження. Віа Гріньяно, 43 - 24041 Брембате (БГ), Італія / Via Grignano, 43 - 24041 Brembate (BG), Italy.

¹ Інструкції для медичного застосування препарату Німесил[®] від № 1495 від 29.11.2017.

² Laporte JR, Ibanez L, Vidal X, Vendrell L and Leone R. Upper Gastrointestinal Bleeding Associated with the Use of NSAIDs. Drug Safety 2004; 27 (6): 411-420.

³ Castellsague J, Pisa F, Rosolen V, Drigo D, Riera-Guardia N, Giangreco M, Clagnan E, Tosolini F, Zanier L, Barbone F and Perez-Gutthann S. Risk of upper gastrointestinal complications in a cohort of users of nimesulide and other nonsteroidal anti-inflammatory drugs in Friuli Venezia Giulia, Italy. Pharmacoepidemiology and Drug Safety 2013 Apr;22(4):365-75. doi: 10.1002/pds.3385. Epub 2012 Dec 11.

⁴ Barracchini A, Franceschini N, Amicosante G, Oratore A, Minisola G, Pantaleoni G and Giulio di A. Can Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs Act as Metalloproteinase Modulators? An In-vitro Study of Inhibition of Collagenase Activity. J. Pharm. Pharmacol. 1998; 50: 1417-1423, (адаптовано таб.1).

⁵ Kimura T, Iwase M, Kondo G, Watanabe H, Ohashi M, Ito D, Nagumo M. Suppressive effect of selective cyclooxygenase-2 inhibitor on cytokine release in human neutrophils. Int Immunopharmacol. 2003 Oct;3(10-11):1519-28.

⁶ Bianchi M, Brogginini M, Balzarini P, Franchi S, Sacerdote P. Effects of nimesulide on pain and on synovial fluid concentrations of substance P, interleukin-6 and interleukin-8 in patients with knee osteoarthritis: comparison with celecoxib. Int J Clin Pract. 2007 Aug;61(8):1270-7. Epub 2007 Jun 22.

⁷ Bennett A and Villa G. Nimesulide: an NSAID that preferentially inhibits COX-2, and has various unique pharmacological activities. Exp. Opin. Pharmacother., 1 (29), 277-286, 2000.

⁺ Еженедельник "Аптека", №38 (1159), 01.10.2018, 2 с. "Берлін-Хемі/А. Менаріні": успіх, перевірений роками.

^{*} Дослідження "in vitro".

^{**} У високих концентраціях, експериментальні дослідження на тваринах.

За додатковою інформацією про препарат звертайтеся за адресою:
Представництво "Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ" в Україні,
02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044)494-33-88, факс: (044) 494-33-89



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**