

Диференційна діагностика цервікогенних больових синдромів



С.Г. Сова

12-15 вересня в м. Львів (з онлайн-трансляцією) відбулася міжнародна науково-практична конференція «XV Нейросимпозіум». У рамках цього наукового заходу з доповіддю, присвяченою проблематиці цервікогенних больових синдромів, виступив професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук Сергій Геннадійович Сова.

На початку доповіді спікер звернув увагу на актуальність проблеми, яку, зокрема, підтвердило дослідження BURDEN, проведене в Німеччині в 2020 році. Це дослідження продемонструвало, що за частотою виникнення цервікалії та цервікокраніалгії практично не відрізняються від болю в нижній ділянці спини, особливо в жінок. Майже в 40% випадків біль одночасно турбує у двох локалізаціях.

Така частота поширення болю в шії на-самперед зумовлена хронічним стресом, емоційною напругою, персистувальною депресією, виникненням міофасціального, м'язово-тонічного синдромів; у 80% випадків біль має неспецифічний характер. Якщо врахувати всі причини цервікалії, 18% із них займають спондилоартропатії. До інших причин також належать:

- «текстова / комп'ютерна шія»;
- невротії спинномозкових нервів і гілок шийного сплетення;
- компресійно-ішемічні радикулопатії, синдром верхньої апертури грудної клітки;
- фіброміялгія та ноципластична цервікалія;
- спінальні стенози;
- оперізувальний герпес;

Таблиця 1. Індикаторні ділянки, за якими проводиться топічна діагностика неврологічних розладів

Корінець / сегмент	Індикаторна ділянка
C2	Потилиця
C3	Шія
C4	Надключична зона
C5	Дельтоподібна зона
C6	Великий палець
C7	Середній палець
C8	Мізинець
D1	Внутрішня поверхня передпліччя

- вісцерогенні болі (кардіальна патологія, захворювання ЛОР-органів, шлунково-кишкового тракту) тощо.

Візуалізація допомагає установити точний діагноз, але це не вирішує проблеми ранньої діагностики, оскільки, за даними J.G. Jarvik і співавт. (2002) та R. Chou і співавт. (2016), у 95% випадків на МРТ знаходять дегенеративні зміни різного ступеня в пацієнтів без скарг (30% – протрузії міжхребцевих дисків,

Таблиця 2. Сенсорні індикаторні ділянки, за якими проводиться топічна діагностика неврологічних розладів

Плечове сплетення (ПС)	Сенсорна індикаторна ділянка
Первинний верхній	Плече
Первинний середній	Зовнішня поверхня передпліччя, тил кисті
Первинний нижній	Долона, мізинець, літтьова поверхня кисті
Нерв	Індикаторна ділянка
Великий потиличний	Медіальні відділи потиличної зони
Малий потиличний	Латеральні відділи потиличної зони
Великий вушний	Шкіра за вушною мушлею, мочка вуха
Поперечний нерв шії	Передньобочкова поверхня шії
Надключичні нерви	Надключична ділянка

20% – стеноз спінального каналу, 7% – кили міжхребцевих дисків).

Саме тому лише клініко-рентгенологічне зіставлення надає змогу встановити правильний топічний діагноз.

Міофасціальний больовий синдром (МФБС) виникає унаслідок тривалого перебування в нефізіологічній позі, перевантаження нетренованих м'язів, переохолодження, емоційних розладів, захворювань внутрішніх органів і хребта.

Міжнародні діагностичні критерії МФБС (Тревелл Д. і Сімонс Д., 1989)

Великі (необхідна наявність усіх 5):

- скарги на локальний або регіональний біль;
- обмеження обсягу рухів;
- пальпаторно тугий тяж (ТТ) у м'язі;
- ділянка підвищеної чутливості в межах ТТ;
- наявність зони відображеного болю для ураженого м'яза.

Малі (необхідна наявність 1 із 3):

- відтворюваність болю при стимуляції ТТ (симптом стрибка);
- здригання під час пальпації ТТ;
- зменшення болю в разі розтягнення ураженого м'яза.

Доповідач наголосив, що варто пам'ятати про «німі» тригерні точки, які не спричиняють класичного регіонального болю і слабкості ураженого м'яза. Такі точки провокують відбитий біль; їхнє виявлення є важливим як для встановлення діагнозу, так і для призначення терапії. У багатьох випадках пацієнту достатньо продемонструвати декілька вправ, які він повинен регулярно робити, щоб мати відчутне полегшення або навіть усунення симптомів.

Поширеною проблемою є міофасціальний синдром трапецієподібного м'яза, за наявності якого під час м'язово-мануального тестування пацієнт визначає біль у шії (верхня ділянка), коли:

- за фіксованого хребта та голови піднімає лопатку;
- при фіксованій лопатці розгинає голову і шию.

Основні скарги:

- ниючий біль у шії, міжлопатковій зоні, надпліччі, лопатці та плечі;
- слабкість відповідних рухів.

На другому місці за частотою – синдром м'яза, що піднімає лопатку, для якого характерний ниючий біль у шії, верхньомедіальному куті лопатки, руці та ділянці серця.

Під час тестування визначається посилення болю при:

- відтягиванні руки та лопатки вперед;
- напруженій прониції кисті, заведеної за поперець.

Також спостерігається зниження м'язової сили порівняно зі здоровим боком при високоспецифічних і чутливих резистивних тестах.

Міофасціальний синдром ремінних м'язів голови характеризується такими симптомами:

- біль у шії з іррадіацією в тім'я;
- біль у шії та міжлопатковій зоні з іррадіацією в зовнішній кут ока та скроню;
- слабкість відповідних рухів.

Для діагностики додатково використовуються резистивні тести.

Диско-радикулярний конфлікт (або компресійно-ішемічна радикулопатія) належить до сегментарних порушень і має таку симптоматику:

- біль у руці, надпліччі, потиличній ділянці є сильнішим, ніж у шії;
- біль посилюється під час рухів, кашлю, чхання (вертеброгенний характер);
- сегментарно-корінцеві сенсорно-моторні та вегетативні порушення;
- позитивний симптом натягу Нері;
- анталгічна поза, рефлекторний сколіоз, м'язовий дефанс.

Для кожного корінця і сегмента існують індикаторні ділянки, за якими проводиться топічна діагностика неврологічних розладів у ділянці шії (табл. 1, 2).

Професор С.Г. Сова зазначив, що для топічної діагностики неврологічних розладів у ділянці шії також важливим є визначення індикаторного м'яза (табл. 3).

Пальпація точок виходу нервів – проєкційних точок – у ділянці потилиці та шії дозволяє доповнити діагностичну картину (табл. 4).

Для диференційної діагностики сегментарних порушень зручно у використанні є таблиця 5.

Доповідач зауважив, що abortивні форми деяких захворювань можуть супроводжуватися тривалою цервікалією, як-от herpes zoster. За підозри на таке захворювання (особливо в пацієнтів літнього віку з обтяженим онкологічним анамнезом) варто врахувати такі нюанси, характерні для оперізувального лишая:

- односторонній біль, свербіж, парестезія, дизестезія (нейропатичний характер) у межах дерматому;
- одночасна поява еритематозних макул, папул, везикул, пустул, кірочок через 5-7 днів;
- зазвичай увесь дерматом, рідко – декілька, ще рідше – білатерально;
- рідко – локальна лімфаденопатія, про-дром;
- торакальні дерматоми (55%), зони трійчастого нерва (20%), шийні (13%), поперекові (13%), крижові (2%) дерматоми;

Нуклео_{ЦМФ} Форте
ВІДНОВЛЮЄ ЗВ'ЯЗКИ

Сприяє регенерації нервового волокна

- Відновлює передачу нервового імпульсу
- Зменшує потребу в анальгетиках
- Послідовність лікування: від ін'єкцій до капсул - сприяє зворотному розвитку діабетичної нейропатії, згідно з даними клінічного та електро-нейроміографічного обстеження*

ferrer

Показання. Лікування нейропатії кістково-суглобового (шия, радікулі), метаболічного (алкогольна, діабетична полінейропатія), інфекційного походження (опорозувальний лишай, за паразити Бетца, Нервове зміщення, тричастого нерва, мікробіотична невралгія, лейшманія, паразитарні полінейропатії), токсичного (травма, тривале про використання антибіотиків, вітамінних комплексів, селену, цинку, цитостатиків, стероїдних засобів).
У разі виникнення побічної реакції, уникати подальшого застосування препарату, проконсультуватися з лікарем.
Противопоказання. Відсутні відома реакція на окремі компоненти препарату.
*Результати клінічних досліджень Nucleo ЦМФ Форте наведено в файлі рефератів Nucleo ЦМФ Форте на сайті ferrer.com.ua.

Корінець / сегмент	Індикаторний м'яз
C1-C3	Не мають
C4	Діафрагма
C5	Дельтоподібний
C6	Біцепс
C7	Трицепс
C8	Короткі згиначі мізинця і IV пальця
D1	Міжкісткові
Плечове сплетення	Індикаторний м'яз
Первинний верхній	Дельтоподібний, біцепс, плечопроменевий
Первинний середній	Розгиначі пальців
Первинний нижній	Згиначі пальців, міжкісткові

Структура	Проекційна точка
Шийні корінці	Проекція відповідного міжхребцевого суглоба
Великий потиличний	Межа зовнішньої та середньої 1/3 лінії між остистим відростком C2 та соскоподібним відростком (8)
Малий потиличний	Позаду кріплення m. sternocleidomastoideus (9)
Великий вушний нерв	Задній край m. sternocleidomastoideus на межі верхньої та середньої третини (7)
Поперечні нерви шиї	
Діафрагмальний нерв	Латеральніше кріплення m. sternocleidomastoideus до ключиці
Надключичні нерви	Середина заднього краю m. sternocleidomastoideus
Первинний верхній стовбур ПС	Латеральніше m. sternocleidomastoideus на рівні C5-C6 суглоба (т. Ерба)

Ознака	Корінець	Сегмент
Болі	+	-
Симптоми натягу	+	-
Симптом Спурлінга	+	-
Симптом Берчі	+	-
Обмеження рухів	+	-
Компенсаторний анталгічний сколіоз	+	-
Провідникові чутливі та рухові розлади	-	+
Двобічна симптоматика	-	+
Залучення ≥2 сегментів (корінців)	-	+
Фасцикуляції (особливо дрібнопучкові)	-	+
Порушення глибокої чутливості	+	-

• лабораторне дослідження – в разі невпевненості (атипові форми: безвисипкова форма, синдром Рамсея – Ханта, ураження очей чи геніталій);

- постгерпетична невралгія (хронізація);
- Розповсюдженою причиною хронічного болю також є фіброміалгія, з якою зазвичай пацієнти приходять від ревматологів. Типовими локалізаціями болю в такому випадку є:
 - місця кріплення підпотилічних м'язів;
 - простір між поперечними паростками C5-C7;
 - середина верхнього краю трапецієподібного м'яза;
 - кріплення надостового м'яза до медіального краю лопатки;
 - кістково-хрящове з'єднання II ребра;
 - 2 см дистальніше зовнішнього надвиростка плеча;
 - верхній зовнішній квадрант сідниці;
 - задня поверхня великого вертлюга;
 - медіальний надвиросток стегнової кістки.

Для встановлення діагнозу фіброміалгії такі симптоми в пацієнта мають тривати >3 міс (критерій хронічного болю за IASP):

- хронічний м'язово-скелетний біль із болючістю в типових точках (6 з 9);
- втомлюваність, скутість (особливо вранішній);
- порушення сну та когніції (мислення, пам'яті, концентрації уваги);
- відсутність мімікрічних хвороб і станів.

Важлива особливість фіброміалгії – дифузний біль у м'язах і неможливість визначити тригерну точку, пропальпувати міогелоз, що характерно для МФБС. Найчастіше вона є наслідком емоційного розладу, поширеного в активних жінок, котрі завжди знаходяться «на низькому старті», тобто це психосоматика, що складно корегується без участі психотерапевта.

Діагностика цервікогенних больових синдромів передбачає такі кроки:

- скарги, анамнез;
- огляд: оцінка симетрії вертикальних і горизонтальних топографічних ліній, біомеханіки м'язових ланцюгів у статиці та динаміці, деформації;
- пальпація;
- клінічний скринінг: неврологічний огляд, провокативні тести (м'язово-мануальне тестування), терапевтичний огляд;
- інструментальні методи;
- лабораторне обстеження.

На первинному огляді дуже важливим є експрес-скринінг цервікогенних больових синдромів:

- оцінка постави та положення шиї / голови;
- за іррадіації у руку – оцінка кольору, трофіки, пульсу;
- сегментарна / корінцева симптоматика, раптовість, червоні прапорці;
- скринінгові тести Спурлінга, Берчі;
- біль при гіперрозгинанні та нахилі голови в хворий бік – корінцевий;
- біль за повороту голови в хворий бік і гіперрозгинання – фасетковий;
- біль у разі нахилу голови в протилежний бік – міофасціальний.

Тест Адсона, який дозволяє виявити скаленус-синдром: позитивний компресійний синдром (особливі характеристики пульсу на a. radialis) за нахилу голови назад і повороту в хворий бік, а також із затримкою дихання під час глибокого вдиху на 30 с.

Також важливо враховувати наявність венонних дисемій, які мають свої особливості в шийному відділі:

- венонний головний біль;
 - ✓ набряклість обличчя;
 - ✓ гірше зранку чи при певних положеннях шиї, голови;
 - ✓ симптоматика підвищення внутрішньочерепного тиску: нудота, фоно- і фотофобія, біль під час натискання на очні яблука;
 - ✓ полегшення за прийому венотоніків та охолодження;
 - ✓ значна метеозалежність;
- вибухання вен шиї та голови;
- погіршення при нахилі вперед;
- венонні зміни на очному дні, погіршення зору;
- неврологічна симптоматика пов'язана з набряком і збільшенням внутрішньочерепного тиску (судоми, запаморочення);
- суб'єктивні (легкі) нейрокогнітивні розлади та емоційна дисфункція;
- ціаноз і теплий набряк в/к, парестезії, посилення в певних положеннях.

Лікування цервікогенних больових синдромів полягає у такому:

- індивідуалізований етіотопічний підхід;
- навчання, ортопедія, психотерапія, спосіб життя;
- охоронний режим, функціональний спокій, масаж, кінезіотерапія, рефлексотерапія;
- патогенетична та симптоматична терапія (нестероїдні протизапальні препарати, глюкокортикоїди, анестетики, антиконвульсанти, антидепресанти, опіоїди) + ад'юванти (міорелаксанти, венотоніки – Веносміл®, нуклеотиди – Нуклео Ц.М.Ф. форте);
- фізіотерапія, хірургічне лікування.

Спікер звернув увагу на засіб при венонних головних болях Веносміл® – гідросмін, який завдяки водорозчинності має кращу біодоступність.

Веносміл®:

- покращує гемореологічні властивості, зменшує в'язкість крові за рахунок зменшення колаген-індукованої агрегації тромбоцитів, поліпшення реологічних властивостей еритроцитів і оксигенації;
- знижує капілярну проникність і ламкість капілярів, що сприяє зменшенню набряку та поліпшенню циркуляції лімфи;
- нормалізує функцію венонної стінки внаслідок впливу на венотонічний тонус і венонний відтік, усуває наслідки венонного стазу, спричиненого варикозною дилатацією.

Веносміл® чинить системний вплив на цереброваскулярне русло:

- покращує лімфовенозне повернення;
- поліпшує гемореологію та гемодинаміку: знижує в'язкість крові й нормалізує розподіл кровотоку;
- сприяє покращенню оксигенації мозку;
- покращує гемолікворну циркуляцію.

Рекомендований курс прийому: 200 мг 3 р/день протягом 2 міс, за потреби може бути довше.

У клінічній практиці при різноманітних нейропатичних болях широко використовуються нуклеотиди, одним із прикладів яких є Нуклео Ц.М.Ф. форте, що містить достатню дозу ЦМФ, УМФ, УДФ й УТФ. Саме такий склад нуклеотидів впливає на P2X-рецептори, за рахунок яких відбуваються стимуляція шванівських клітин і вплив на нейропатичний біль.

Дослідження продемонстрували, що уридиндифосфат та уридинтрифосфат пригнічують спінальну трансмісію болю, при цьому спікер зауважив, що УДФ й УТФ присутні лише в ін'єкціях Нуклео Ц.М.Ф. форте в найвищих концентраціях (з наявних в Україні нуклеотидів).

Кокранівська база даних наводить системний огляд із Нуклео Ц.М.Ф. форте, який

у пацієнтів із компресійною нейропатією має перевагу перед вітаміном B₁₂ у монотерапії болю та поліпшенні функціонального стану пацієнтів.

Нуклео Ц.М.Ф. форте містить комбінацію нуклеотидів з доведеною ефективністю при нейропатіях. Унікальний склад сприяє регенерації мієлінової оболонки, відновленню функціональності аксона та зменшенню нейропатичного болю.

Нуклео Ц.М.Ф. форте у капсулах рекомендований по 1 капсулі 3 р/день протягом 1-6 міс. Ін'єкційно використовується впродовж 9-12 днів по 1 ампулі/день.

Першочергово Нуклео Ц.М.Ф. форте рекомендований при хронічних демієлінізуювальних процесах, тривалих дискорадикулярних конфліктах та поліневротичних ураженнях.

Підготувала **Олена Костюк**



Веносміл® (гідросмін)



Системний вазопротектор потрійної дії у коморбідного пацієнта

- зменшує прогресування атеросклеротичного ураження
- зміцнює капіляри та контролює лімфо-венозне повернення, усуваючи набряки
- поліпшує оксигенацію тканин та зменшує в'язкість крові

Інструкція для медичного застосування препарату ВЕНОСМІЛ (VENOSMIL)

Склад: 1 капсула містить гідросмін 200 мг; Лікарська форма. Капсули. Фармакотерапевтична група. Ангіопротектори. Капіляростабілізуючі засоби, біофлавоноїди. Показання. Препарат застосовується для короточасного полегшення (протягом двох, трьох місяців) набряків та симптомів, пов'язаних з хронічною венонною недостатністю. Протипоказання. Підвищена чутливість до діючої речовини або інших компонентів препарату. Побічні реакції. Звичайно лікування препаратом переноситься добре. Найчастіші побічні реакції: з боку травного тракту - біль у шлунку, нудота, з боку шкіри - тріщини, свербіж, з боку центральної нервової системи - слабкість, головний біль. Виробник. Фаес Фарма, С.А., Іспанія

Інструкція наведена в скороченому варіанті.

Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики

