

## 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-

чается боль в плече с иррадиацией в прекардиальную и межлопаточную область, усиливающаяся при движении. Кроме того, Р. Сулик рассказал об этиологии и особенностях течения цервикокраниального синдрома, указав на критерии цервикогенной боли: провокация движениями головы, поддержание анталгического положения головы, облегчение после блокады, положительная реакция на тракцию, шейный воротник.

Еще одно распространенное состояние, симптомом которого является боль в шее, — цервикомедуллярный синдром. Предрасполагающими факторами к развитию данного синдрома являются унковертебральные, фасеточные экзостозы, узость эпидурального пространства нижней части шейного отдела позвоночника, гипертрофия желтой связки, сужение спинномозгового канала менее 13 мм. Среди непосредственных причин развития цервикомедуллярного синдрома докладчик выделил новую протрузию, обострение артроза, асептическое воспаление мягких тканей, травму.

Особое внимание уделено методам осмотра пациентов, которые могут применять не только врачи-неврологи, но и семейные врачи и терапевты.

Лечение при боли в шее в зависимости от причины и тяжести заболевания может быть консервативным или хирургическим. Консервативное лечение включает тепло, иммобилизацию шейного отдела позвоночника (включая ночь), лечебную физкультуру, медикаментозную терапию. В случае отсутствия динамики возможно хирургическое вмешательство.

Р. Сулик порекомендовал пациентам с сильной болью в шее при грыже и компрессии корешков начинать лечение с нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) с выраженным противовоспалительным действием, например такого, как диклофенак. При этом лучше начинать с курса инъекций, а затем перейти на капсульные формы диклофенака пролонгированного действия. Даже если ранее пациент принимал диклофенак в таблетированной форме и эффекта не было, следует назначить данный препарат в форме инъекций, поскольку в этом случае пиковая концентрация активного действующего вещества будет выше. Важной особенностью препарата является то, что он доступен в пяти основных лекарственных формах выпуска. Так, известна форма выпуска — раствор для инъекций в ампулах по 2 мл, в состав которого наряду с диклофенаком входит лидокаин, оказывающий дополнительное обезболивающее действие. Это способствует уменьшению ноцицепции и вероятности развития вторичных гнойных осложнений. Также диклофенак доступен в форме ректальных капсул и кишечнорастворимых таблеток, которые обеспечивают более

простую форму приема лекарственного средства для пациента по сравнению с инъекциями. Они актуальны в том случае, если по каким-то причинам инъекционное введение препарата затруднительно. В этом случае оптимальным выбором, по мнению докладчика, является ректальная форма введения, обеспечивающая сопоставимую пиковую концентрацию активного вещества с инъекционной формой. Таким образом, терапию при боли в шейном отделе позвоночника рекомендуется начинать либо с инъекционных, либо с ректальных форм диклофенака. На следующем этапе, когда острая боль купирована, актуальными будут капсулы пролонгированного действия для перорального применения, которые обеспечивают длительный период сохранения концентрации активного вещества — до 24 ч. Другой удобной формой выпуска препарата является трансдермальный пластырь, обеспечивающий до 12 ч непрерывного воздействия.

Важно отметить, что диклофенак вместе с хорошим обезболивающим и противовоспалительным эффектом обладает приемлемым профилем безопасности, в частности относительно осложнений со стороны почек и сердечно-сосудистой системы. В контексте применения диклофенака в форме инъекций и других непероральных формах введения особый интерес представляет его профиль почечной безопасности в сравнении с другими, в том числе высокоселективными НПВП. Так, докладчик привел данные исследования почечной безопасности (с участием около 200 тыс. пациентов в возрасте старше 65 лет) различных НПВП в сравнении с целекоксибом — одним из представителей группы селективных НПВП. Согласно результатам данного исследования, риск развития острой почечной недостаточности при применении диклофенака даже ниже, чем при приеме целекоксиба. Наряду с НПВП при шейной боли можно применять прегабалины и витамины группы В.

Р. Сулик также отметил, что применение массажа может быть показано только после исчезновения острой боли. Так, при хроническом цервикальном синдроме показан глубокий, разминающий, вибрационный массаж, а при рецидивирующем — перкуторный в положении сидя с наклоном головы на стол. При этом после массажа должно наступать облегчение. Другим методом облегчения боли, обладающим тем не менее существенными ограничениями относительно возможности применения, является электролечение, которое способно облегчить боль, особенно мышечной природы.

В случае неэффективности прогревания, использования воротника и применения анальгетиков при остром болевом синдроме шейного отдела позвоночника может применяться блокада.

*Евгения Лукьянчук*