

## Пацієнт із болем у шиї в практиці сімейного лікаря, або Що таке комп'ютерна шия



Т.І. Насонова

Під час роботи науково-практичної фахової школи-семінару «Клінічні рекомендації в загальній практиці сімейного лікаря та терапевта», що відбулася 21 квітня, провідні українські спеціалісти представили слухачам сучасні клінічні протоколи та найактуальнішу доказову інформацію на різноманітну тематику. Доцент кафедри неврології № 1 Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика (м. Київ), доктор медичних наук Тетяна Іванівна Насонова привернула увагу аудиторії до проблеми болю в шиї (БУШ).

За кількістю років, прожитих з обмеженням фізичних можливостей, БУШ посідає четверте місце в світі після болю в спині, депресії та залізодефіцитної анемії. За даними різних авторів, протягом року БУШ відчувають 12-72% працездатного населення світу, при цьому частіше страждають жінки, а з віком частота такого болю збільшується. В 1,7-11,5% випадків БУШ спричиняє непрацездатність. Як симптом цервікалія входить до клінічної картини цілого спектра неврологічних, ревматологічних, травматологічних, терапевтичних та інших захворювань. У практиці лікаря-невропатолога БУШ посідає друге місце в трійці найрозповсюджених больових синдромів і зустрічається в 43% пацієнтів.

Відповідно до американських статистичних даних, до неврологів звертається лише 3% пацієнтів з болем у спині та шиї, до лікарів невідкладної допомоги – 4%, до ортопедів і лікарів спортивної медицини – 8%, до мануальних терапевтів – 40%. На частку лікаря загальної практики припадає 34%, тобто приблизно кожен третій па-

цієнт (Kosloff T. et al., 2013). Такі показники обґрунтовують важливість обізнаності сімейних лікарів із цією проблемою. В Україні статистика щодо цього питання відсутня, проте досвід демонструє, що нерідко спостерігається самолікування або консультації з фармацевтом.

Факторами ризику виникнення БУШ є низка зовнішніх (інтенсивне фізичне навантаження, травми, різкі рухи, підйом важких предметів, недостатня фізична активність, шкідливі звички, вплив вібрації, сидяча робота) та внутрішніх (надлишкова маса тіла, високий зріст, генетична схильність, вагітність, депресія, старіння) чинників (Дубовская Н.С., Дубовская С.С., 2009; Куприненко Н., 2007). Проте вирішальні аспекти – порушення трофіки хрящової тканини та регулярні перевантаження хребетно-рухового сегмента. Нерідкою причиною гострого та підгострого підвидів БУШ є хлистові травми, які спостерігаються при дорожньо-транспортних пригодах, падінні з висоти, пірнанні.

Шийному відділу хребта притаманні деякі особливості, які сприяють виникненню болю, зокрема, наявність кісткового каналу для хребтової артерії, утвореного отворами в поперекових відростках шийних хребців; особлива морфологічна будова I та II шийних хребців; наявність унковертебральних суглобів; велика рухомість з переважанням у верхньому відділі ротаційних, а в нижньому – флексорно-екстензорних рухів; відносно вузький хребтовий канал (рис. 1).

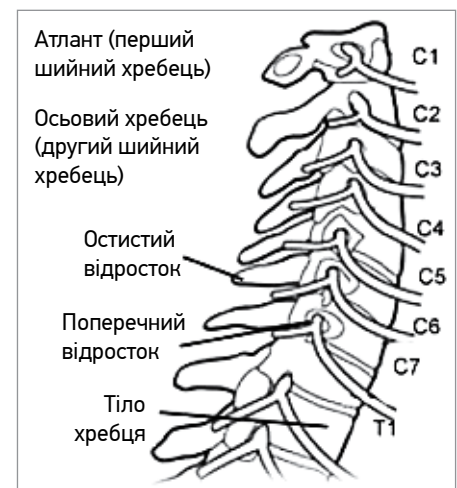


Рис. 1. Особливості будови шийного відділу хребта



килою міжхребцевого диска, невеликими переломами хребта внаслідок остеопорозу, травмами, звуженням хребтового каналу, інфекційним ураженням хребта (остеомиєліт, абсцес), пухлинним (у т. ч. метастатичним) ураженням, хронічним навантаженням на м'язи та сухожилля шийї, вродженими аномаліями, системними захворюваннями сполучної тканини, ревматоїдним артритом, фіброміалгією тощо. Окремо виділяють т. зв. відображений біль при захворюваннях внутрішніх органів (стенокардії, езофагіті, тиреоїдиті) та психогенний біль.

Особливої уваги потребують такі ознаки БУШ: біль розвивається на тлі ревматоїдного артриту, ВІЛ/СНІДу чи онкологічного захворювання; біль посилюється з плином часу; біль іррадіює в руку, що може супроводжуватися слабкістю, незграбністю чи онімінням; спостерігається різка втрата маси тіла або лихоманка; змінюється хода чи порушується функція тазових органів; в анамнезі відзначається травма; біль не провокується рухами в шийному відділі хребта; в пацієнтів з ознаками мезенхімальної дисплазії після фізичних навантажень з'являється пульсуючий біль. В останньому випадку слід ретельно моніторувати стан таких хворих, оскільки в них зростає ризик інсультів.

Збираючи анамнез у пацієнта з БУШ, варто з'ясувати, чи є таке положення тіла, в якому біль зменшується або зникає. Відсутність такого положення – несприятливий симптом. Загалом при БУШ саме скарги, анамнез та огляд (а не нейровізуалізаційні дослідження) є основним діагностичним інструментом.

Згідно із класифікацією Робочої групи з БУШ (The Neck Pain Task Force), БУШ можна розподілити на біль без явної патології шийного відділу хребта, що незначно впливає на щоденну активність; біль без явної патології, який суттєво обмежує щоденну активність; біль, котрий супроводжується клінікою радикулопатії, а також біль з ознаками тяжкої патології шийного відділу хребта (Guzman J. et al., 2008). У вітчизняній рутинній практиці БУШ частіше розподіляють на цервікалгію, цервікокраніалгію (БУШ з іррадіацією в голову) та цервікобрахіалгію (БУШ

з іррадіацією в плече та руку). При цервікалгії біль зазвичай помірний, посилюється при рухах і в певному положенні тіла, нерідко супроводжується обмеженням рухомості з вимушеним положенням голови за типом гострої кривошийї. При обстеженні, крім обмеження рухомості, можна виявити болючість при пальпації фасеткових суглобів і зв'язок, напруження шийї, локальні ущільнення шийних м'язів (тригерні точки). В більшості випадків біль минає протягом декількох днів, рідше – тижнів. Своєю чергою, при цервікокраніалгії біль локалізується в шийній та потиличній ділянках, є одностороннім, іррадіює у скроню, вухо, лобно-орбітальну зону, зумовлюється/посилюється рухами і тривалим перебуванням у вимушеному положенні. Характер болю переважно тупий, інтенсивність – низька чи середня. Паралельно можуть з'являтися парестезії волосистої частини голови, біль при розчісуванні волосся.

Ще однією проблемою, асоційованою з БУШ, є вертебробазиллярна недостатність (ВБН); її клінічні ознаки – запаморочення, головний біль, порушення координації, погіршення пам'яті, зниження слуху, шум у вухах, диплопія, ністагм, дисфагія тощо. Нерідко пацієнти із зазначеними ознаками потрапляють одразу до невропатолога з діагнозом «Інсульт» або «Гостре порушення мозкового кровообігу у вертебро-базиллярному басейні» та лише тоді, коли при проведенні магнітно-резонансної томографії не виявляють жодних змін, починають шукати істинну причину проблеми.

Більшість лікарів вважають причиною вестибулярних розладів шийний остеохондроз. Ця стереотипна точка зору є надзвичайно поширеною в медичному середовищі. В разі гострої появи вестибулярних симптомів нерідко ставлять діагноз «Шийний остеохондроз, синдром хребтової артерії», проте часто запаморочення є наслідком ВБН, а не остеохондрозу.

Загалом остеохондроз є одним з найчастіших діагнозів у пацієнтів з болями в спині, головними болями та запамороченнями. Слід зауважити, що безсимптомні протрузії дисків, які не супрово-

джуються жодними клінічно значимими проблемами, спостерігаються в 35% пацієнтів віком 25-39 років і в 100% випадків хворих віком понад 60 років, тому під час діагностики слід обов'язково зіставляти дані нейровізуалізаційних досліджень з результатами неврологічного обстеження. Аналогічно, безсимптомні кили міжхребцевих дисків зустрічаються набагато частіше за кили, що супроводжуються больовим синдромом, при цьому навіть розмір виявленої кили не має значення: основними факторами, які обумовлюють наявність болю, є напрямок, у якому поширюється кила, а також вираженість аутоімунної реакції організму у відповідь на пролабування диска.

Наразі для лікування гострого неспецифічного скелетно-м'язового болю в спині рекомендовано збереження активності, а також застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), центральних анагетиків і міорелаксантів. Можна застосовувати акупунктуру, масаж, стретчинг, мануальну терапію, однак не рекомендовані ліжковий режим, антиконвульсанти, антидепресанти, системні кортикостероїди та тракції (Knaggs R. et al., 2017).

Надзвичайно важливий етап лікування – бесіда з пацієнтом, під час якої слід у доступній для сприйняття формі пояснити, що прогноз є сприятливим, а проведення рентгенографії, комп'ютерної чи магнітно-резонансної томографії на початковому етапі не потрібне. Варто інформувати пацієнта про доброякісний характер захворювання, високу ймовірність швидкого одужання і необхідність збереження активного способу життя, соціальної, професійної та побутової діяльності. Міжнародні та європейські рекомендації наголошують на важливості збереження активного способу життя та уникненні ліжкового режиму. Якщо ліжковий режим все-таки потрібен, його тривалість не має перевищувати 2 днів. У гострому періоді болю слід обмежити значні фізичні навантаження, тривале сидіння та лежання, проте незначна фізична активність буде корисною, оскільки сприяє покращенню трофіки тканин.

Важливий аспект лікування – вибір відповідного матрацу для сну.

БУДУВАННЯ... ЯК ВИЖИВАННЯ...

**РОНОЦИТ**

Розчин для ін'єкцій



... досягнувши головного мозку,  
**ЦИТИКОЛІН** вбудовується  
у клітинні,  
цитоплазматичні  
та мітохондріальні  
мембрани,  
беручи участь у ПОВУДОВІ  
фракції фосфоліпідів  
мембран нейронів...



- Інсульт, гостра фаза порушень мозкового кровообігу та лікування ускладнень і наслідків порушень мозкового кровообігу<sup>1</sup>
- Черепно-мозкова травма та її неврологічні ускладнення<sup>1</sup>
- Когнітивні порушення<sup>1</sup>

Інструкція

**РОНОЦИТ. Показання.** Інсульт, гостра фаза порушень мозкового кровообігу та лікування ускладнень і наслідків порушень мозкового кровообігу. Черепно-мозкова травма та її неврологічні наслідки. Когнітивні порушення та лікування порушень мозкового кровообігу. Підвищення чутливості до діючої речовини та/або до інших допоміжних речовин лікарського засобу. Підвищений тонус парасимпатичної нервової системи. **Побічні реакції.** Сильний головний біль, вертіго, галюцинації, збільшення гіпертензії, артеріальна гіпотензія, тахікардія, запам'ятовування, діарея, нудота, блювання, дратва, реакції гіперчутливості, у т.ч. висипання, гіперемія, ексантема, кропив'янка, пурпура, свербіж, ангіоневротичний набряк, анафілактичний шок, сонливість, зміни у місці введення. **Категорія вагітності.** За ризиком. **Версія.** Формування СІЛ в Україні. **Торговельна назва.** УОПД МЕДИЦИН ПЛАН САН. ВЕ. ПДЖ. А.Ш. Туреччина. ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України №2854 від 10.12.2020 р. АТІ МКІА/19484/01/01, АТІ МКІА/19484/01/02. Інформаційні набірні оповіщення. З повагою інформуйте про препарати можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження в рамках спеціалізованих закладів з медичної практики. Інформація про рецептурні лікарські засоби для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Патентна інформація щодо формування за тел.: +380976937118 / farmacosci@worldmed.com



Тел.: +38 044 495 25 30  
e-mail: info@wm-marketing.com.ua  
www.worldmedicine.ua

Порівняння жорстких і напівжорстких матраців у рандомізованому багатоцентровому дослідженні виявило перевагу напівжорстких матраців для зменшення болю та ступеня непрацездатності (Kovacs F.M. et al., 2003). Значення має також висота подушки: не слід обирати занадто низьку чи занадто високу (рис. 4).

Як уже зазначалося, у фармакотерапії БУШ провідні позиції посідають НПЗП (наприклад, теносикам). Препарат **теносикаму Артоксан (World Medicine)** має протизапальний, знеболювальний та жарознижувальний ефект; його період напіввиведення становить 72 год, що дозволяє застосовувати препарат **1 р/добу**.

Артоксану притаманний **подвійний механізм усунення болю**: блокада циклооксигенази з гальмуванням утворення простагландинів і порушення проведення больових імпульсів у спинному мозку. **Аналгетичний ефект цього препарату настає досить швидко (0,5-2 год)**. Своєю чергою, протизапальна дія Артоксану ґрунтується на гальмуванні перекисного окиснення ліпідів, стабілізації мембран лізосом, гальмуванні агрегації нейтрофілів, зменшенні проникності капілярів тощо. Артоксан представлений у **двох лікарських формах: таблетки в плівковій оболонці по 20 мг теносикаму та ліофілізат для розчину для ін'єкцій з розчинником (по 20 мл в одному флаконі)**. До складу ін'єкційної форми Артоксану входить **манітол**, завдяки чому цей препарат усуває набряки в місці запалення, пришвидшуючи настання знеболювального ефекту, та чинить хондропротекторну дію.

Теносикам (Артоксан) добре проникає через захисний запальний вал гранулоцитів у зону запалення, реалізуючи в ній свої ефекти. **Піку концентрації у синовіальній рідині теносикам досягає вже через 60 хв.** Для порівняння, для ібупрофену й індометацину цей показник становить 210 хв, для диклофенаку – 240 хв, а для кетопрофену – 360 хв. Сфера застосування Артоксану дуже широка; препарат показаний при подагрі, хворобі Бехтерева, ревматоїдному артриті, остеоартриті, посттравматичному

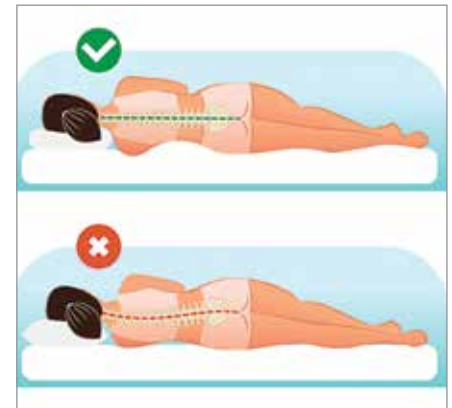


Рис. 4. Правильне положення тіла під час сну

запаленні м'яких тканин та опорно-рухового апарату, больовому синдромі різного генезу, БУШ, болю в спині, нирковій кольці та інфекційно-запальних захворюваннях нирок.

Що стосується ВБН, то велику доказову базу щодо її лікування має **цитиколін (Роноцит, World Medicine)**. Цьому препарату присвячено 3 кокранівські огляди, 1 міжнародний протокол, 255 досліджень та понад 20 інших друкованих праць. Роноцит є універсальним мембранопротектором для лікування захворювань нервової системи, які супроводжуються ушкодженням нервових клітин. Роноциту притаманний багатогранний механізм дії, який включає пригнічення синтезу фосфоліпази А2 з відповідним зменшенням накопичення жирних кислот, відновлення вмісту фосфоліпідів клітинних мембран, покращення холінергічної передачі, модуляцію дофамін- і глутаматергічної нейротрансмісії, відновлення функціонування Na<sup>+</sup>-K<sup>+</sup>-АТФ-ази, посилення антиоксидантного захисту, протидію апоптозу, виражений нейрорепаративний ефект, стимуляцію процесів нейро- й ангиогенезу. **Препарат застосовують у вигляді внутрішньовенних або внутрішньом'язових ін'єкцій; рекомендована доза для дорослого пацієнта становить 500-2000 мг/добу залежно від тяжкості стану. При гострих і невідкладних станах максимальний ефект досягається за призначення препарату впродовж перших 24 год після появи симптомів.**

Підготувала **Лариса Стрільчук**