

БОЛЬ В ШЕЕ (ЦЕРВИКАЛГИЯ): СИНДРОМЫ И МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ*

Н.А. Шостак, Н.Г. Правдюк

Российский государственный медицинский университет, Москва

Приведены причины возникновения цервикалгии, ее классификации, а также методы лечения и реабилитации заболевания.

Ключевые слова: боль в шее, синдром трудного выдоха, лекарственная терапия.

Цервикалгия – одна из важных проблем современной медицины. Многочисленные скрининговые обследования людей трудоспособного возраста показали, что в течение года от 12 до 71% из них испытывают боль в шее; при этом частота цервикалгии, ассоциированной с нетрудоспособностью, составляет от 1,7 до 11,5%. Повторные болевые эпизоды возникали в последующие 1–5 лет жизни у 50–85% больных. Ежегодные расходы на ведение и лечение пациентов с цервикалгиями конкурируют с финансовыми затратами на лечение пациентов с болью в нижней части спины и головной болью.

Проблема цервикалгии носит мультидисциплинарный характер, так как ее симптомы присутствуют в клинической картине целого спектра неврологических, ревматологических, травматологических, терапевтических и других заболеваний.

Наиболее частые причины болей в шее

Неспецифические причины:

- дисфункция дугоотростчатых суставов;
- миофасциальный синдром (МФС);
- протрузии и грыжи межпозвоночных дисков (МПД);
- кривошея;
- артроз фасеточных суставов.

Травма:

- межпозвоночных суставов, МПД, мышц и связок, переломы и вывихи позвонков (в том числе «хлыстовая» травма).

Ревматические заболевания:

- ревматоидный артрит (РА);
- ювенильный хронический артрит;
- серонегативные спондилоартриты (анкилозирующий спондилит, псориатический артрит, артриты при воспалительных заболеваниях кишечника, синдром Рейтера);
- ревматическая полимиалгия;
- фибромиалгия;
- идиопатический диффузный гиперостоз скелета.

Инфекционные заболевания:

- костей: остеомиелит, туберкулез (в том числе дисцит);

- иной локализации: шейный лимфаденит, полиомиелит, столбняк, опоясывающий герпес, менингит, менингизм, малярия, абсцесс глотки или заглочного пространства.

Новообразования:

- первичные;
- метастатические (15%);
- рак Панкоста (сдавление плечевого сплетения при раке верхней доли легкого);
- миелома;
- опухоль глотки или заглочного пространства.

Эндокринные заболевания:

- острый тиреоидит;
- болезнь Педжета.

Психогенная боль.

Отраженная боль при:

- заболеваниях внутренних органов;
- сердечно-сосудистых заболеваниях (ишемическая болезнь сердца);
- болезнях пищевода (в том числе инородное тело);
- раке легкого;
- внутричерепных объемных образованиях (субарахноидальное кровоизлияние, опухоль, абсцесс).

Клиническая классификация цервикалгии подразумевает выделение вертеброгенных и невертеброгенных причин. Кроме того, боли в шее принято подразделять с учетом локализации основного болевого синдрома и характера иррадиации болей. Если боль локализуется только в шее, ее называют цервикалгией; при иррадиации боли в руку, голову или межлопаточную область применяют термины «цервикобрахиалгия», «цервикокраниалгия» и «цервикоторакалгия» соответственно.

К наиболее распространенным вертеброгенным цервикалгиям относят дисфункцию дугоотростчатых суставов и связочного аппарата (функциональные блоки), МФС, спондилез (протрузии и грыжи МПД, артроз фасеточных суставов), объединенные в группу неспецифических причин боли в шее.

Дисфункция дугоотростчатых суставов и связочного аппарата

Для дисфункции дугоотростчатых суставов характерны:

- тупая (реже – острая) боль в шее, чаще по утрам, после сна в неудобном положении (больные нередко говорят, что их «продуло»); боль усиливается при движениях и уменьшается в покое;
- иррадиация боли в затылок, ухо, лицо и висок (при поражении верхнешейного отдела позво-

* Справочник практического врача, 2008, № 2.

ночника) или в плечо, особенно в надлопаточную область (при поражении нижнешейного отдела; иррадиация боли в руку нехарактерна);

- усиление боли при движениях и ослабление ее в покое;

При осмотре:

- напряжение мышц шеи, односторонняя болезненность в проекции пораженного сустава;
- изменения на рентгенограммах отсутствуют.

Шейный спондилез объединяет весь комплекс поражений позвоночно-двигательного сегмента (снижение высоты МПД, протрузии и грыжи МПД, остеофитоз, артроз фасеточных суставов) дегенеративного характера, который чаще всего затрагивает верхнешейные и нижнешейные позвонки.

Грыжи МПД, имеющие клиническое значение, наиболее часто локализуются на уровне CV–CVI и CVI–CVII. Болевой синдром при грыжевом выпячивании шейного МПД имеет следующие особенности:

- острое начало после физической нагрузки, неловкого движения или травмы;
- усиление боли в шее и руке при кашле, чиханье, натуживании, сдавлении яремных вен (вследствие давления в эпидуральном пространстве);
- усиление боли в шее и руке при наклоне головы, вращении головы в больную сторону с ее запрокидыванием;
- «вынужденное» положение головы с легким наклоном вперед и сторону, противоположную локализации боли.

Артроз фасеточных суставов. Вклад артроза фасеточных суставов в происхождение болей в шее увеличивается с возрастом. Особенности болевого синдрома при спондилоартрозе шейного отдела:

- боль в шее провоцируется легкой травмой, неудачным движением, переохлаждением, длительным пребыванием в неудобной позе (в том числе – во время сна); у части больных отмечается постоянный характер цервикалгии;
- боль усиливается при разгибании шеи и/или наклоне в сторону более пораженного сустава;
- при вовлечении в процесс верхнешейных суставов боль иррадирует в область затылка и лба, среднешейных суставов – в область надплечья и плеча, нижнешейных – в лопатку и межлопаточную область;
- ограничение подвижности шейного отдела, особенно при разгибании; сгибание и ротация, как правило, сохранены; пальпация фасеточных суставов болезненна (обычно с 2 сторон);
- выявляются рентгенологические признаки спондилеза (снижение высоты МПД, остеофиты, артроз фасеточных суставов).

Поражения шейного отдела позвоночника при ревматических заболеваниях. Спектр спондилогенных причин цервикалгии дополняют поражения шейного отдела позвоночника при ревматических заболеваниях. При РА позвоночник вовлекается в патологический процесс у 80% больных после 10 лет заболевания. Эрозивно-деструктивный процесс на уровне I и II шейных позвонков приводит к развитию атлантоаксиального подвывиха, определяющегося по смещению позвонка C1 по отношению к CII и ос-

ложняющегося нестабильностью шейного отдела позвоночника.

Необходимо помнить, что смещение позвонков – это лишь рентгенологический признак, а нестабильность позвоночника – клинический симптомокомплекс, включающий в себя боль и неврологические нарушения.

Однако поражение позвоночника при РА не ограничивается лишь вовлечением в процесс первых 2 позвонков.

В сегментах CII–CVII на фоне деструкции межпозвонковых суставов, размягчения и разрыва межкостных связок, спондилодисцита, который представляет собой специфическое ревматоидное поражение диска, развиваются субаксиальная нестабильность и подвывих позвонков, встречающийся у каждого 4-го больного РА с поражением шейного отдела позвоночника. Симптомы поражения шейного отдела позвоночника варьируют от локальной боли в области шеи, затылка до неврологических проявлений в виде парестезии, иррадиирующей в руку, усиливающейся при сгибании, разгибании и ротации головы. Тяжелые неврологические осложнения, проявляющиеся симптомами «длинного пути» – недержанием мочи, кала, слабостью нижних конечностей – при РА встречаются достаточно редко.

Смещение позвонков диагностируют при рентгенографии шейного отдела позвоночника в положении максимального сгибания и разгибания. При нестабильности атлантоаксиального сустава достаточно боковой рентгенографии; при этом увеличивается расстояние между зубовидным отростком II позвонка и передней дугой атланта (в норме у женщин – до 2,5 мм, у мужчин – до 3 мм). По результатам зарубежных исследований, частота нестабильности шейных позвонков коррелирует с частотой деструкции пястно-фаланговых суставов кистей, что наблюдается чаще у мужчин и дает основание для рентгенологического обследования шейного отдела позвоночника в первую очередь у лиц мужского пола.

Из других причин атлантоаксиального подвывиха следует назвать травму, псориатический и идиопатический спондилит, заглоточный абсцесс.

Боль в шее, сопровождающаяся ограничением движений во всех плоскостях, характерна для *анкилозирующего спондилита*. Боль и воспалительный процесс на уровне позвоночно-двигательных сегментов сопровождается рефлекторным напряжением мышц шеи, сменяющимся с течением времени анкилозированием дугоотростчатых суставов и оссификацией фиброзных колец МПД с формированием синдесмофитов.

Для оценки функциональной активности позвоночника на шейном уровне измеряют расстояние «подбородок–грудина», которое в норме должно составлять 0 см. Степень выраженности шейного кифоза определяют с помощью пробы Форестье: больного ставят спиной к стене и просят прижать к ней лопатки, ягодицы и пятки. После этого ему предлагается коснуться стены затылком, не поднимая подбородка выше обычного уровня. Невозможность соприкосновения затылка и стены свидетельствует о поражении шейного отдела, а расстояние, измеренное в см, может служить динамическим показателем выраженности этого поражения.

Рекомендации по ведению больных с болью в шее (Neck Pain Task Force, 2008)	
Градация	Признак
I	Нет симптомов и признаков, свидетельствующих о серьезной структурной патологии; нет и/или присутствует незначительное ограничение повседневной активности; не требуется дополнительных исследований и лечения; вероятен ответ на минимальные вмешательства
II	Нет симптомов и признаков, свидетельствующих о серьезной структурной патологии; повседневная активность ограничена; необходимы применение противовоспалительной терапии и ранняя активация для предотвращения длительной недееспособности
III	Нет симптомов и признаков, свидетельствующих о серьезной структурной патологии, однако присутствуют неврологические симптомы; требуются дополнительные методы обследования и комплексная терапия
IV	Имеются признаки органического поражения (травма, миелопатия, опухолевое поражение, системные заболевания); показаны безотлагательное обследование и специализированная терапия

Дебют анкилозирующего спондилита с поражения шейного отдела позвоночника наиболее характерен для лиц женского пола, в связи с чем в клинической практике выделен «женский» вариант этой болезни.

Метастатическое поражение позвоночника. При метастатическом поражении позвоночника шейный отдел вовлекается в патологический процесс в 10% случаев (грудной – в 70%, поясничный – в 20%). Чаще всего в позвоночник метастазируют рак молочной железы, предстательной железы и легкого и несколько реже – меланома, рак почки и рак щитовидной железы. Боли в шее, в частности, характерны для синдрома Панкоста, когда за 7–12 мес до установления диагноза рака легких (чаще – в области верхушки или верхней легочной борозды) появляется боль в руке и шее с последующим развитием синдрома Горнера (птоз, миоз) на стороне поражения и атрофии мышц кисти.

Миофасциальные синдромы. Среди болевых синдромов в области шеи особое место занимает синдром «грудного выхода» (синдром передней лестничной мышцы, синдром Наффцигера), возникающий в результате рефлекторного напряжения передней лестничной мышцы (ПЛМ), вызванного раздражением нервных корешков при вертеброгенной патологии в шейном отделе, и развития МФС. ПЛМ натянута между поперечными отростками III–IV шейных позвонков и первым ребром. Между мышцей и ребром проходит подключичная артерия и плечевое сплетение, которые сдавливаются при напряжении мышцы. Это приводит к появлению онемения, покалывания и нарушению чувствительности в IV–V пальцах кисти, по внутренней поверхности кисти и предплечья, к формированию отека над основанием II–V пальцев и на тыльной поверхности кисти, а также к скованности движений в пальцах, усиливающейся в утренние часы. Для данного синдрома характерны тоническое напряжение ПЛМ, сосудистые расстройства – похолодание конечности, цианоз, онемение, отечность, исчезновение пульса на лучевой артерии при подъеме руки вверх и наклоне головы в пораженную сторону (проба Адсона). Иногда у больных определяется припухлость (псевдоопухоль Ковтуновича) в области надключичной ямки, обусловленная обратимым лимфостазом на фоне компрессии лимфатических сосудов.

При развитии МФС на уровне лестничных мышц важное диагностическое значение приобретает проба на спазм лестничных мышц (максимальный поворот го-

ловы в сторону локализации боли и энергичное опускание подбородка в надключичную ямку, что приводит к сокращению лестничных мышц, активации в них триггерных точек – ТТ – и вызывает характерный паттерн отраженной боли).

Самостоятельную роль в происхождении цервикалгий может играть МФС мышц шеи и плечевого пояса (трапециевидной мышцы; мышцы, поднимающей лопатку; многораздельной мышцы; мышцы, выпрямляющей позвоночник) и др.

МФС трапециевидной мышцы развивается при охлаждении, длительной напряженной позе. ТТ в верхней порции трапециевидной мышцы имеют характерный паттерн боли с возникновением цервикобрахиалгии. ТТ в средней порции трапециевидной мышцы вызывают жгучую боль в межлопаточной области. Они активируются при длительном удерживании вытянутых вперед рук (например, при управлении автомобилем). При длительном сидении за столом с наклоном туловища вперед формируются и активируются ТТ в нижней части трапециевидной мышцы.

Лечение больных с цервикалгиями

Специальной комиссией по изучению проблемы болей в шее (Neck Pain Task Force, 2008) предложены рекомендации по ведению и лечению больных с цервикалгиями (см. таблицу).

Рекомендации по лечению больных с I и II типами цервикалгии (кроме «хлыстовой» травмы) (Neck Pain Task Force, 2008):

- образовательные программы;
- кратковременное ограничение двигательной активности;
- физические упражнения;
- мануальные методики;
- акупунктура;
- анальгетики (нестероидные противовоспалительные препараты – НПВП, парацетамол);
- массаж;
- низкочастотная лазерная терапия.

Сомнительный эффект применения дают:

- воротник (корсет);
- ультразвуковая терапия, электростимуляция мышц, чрескожная нервная стимуляция (TENS);
- введение глюкокортикоидов в область фасеточных суставов;
- радиочастотная денервация (термоденервация).

Хирургические вмешательства не показаны при I и II типах болей в шее.

Проведение рентгенографии, компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии показано только пациентам с болью в шее III и IV градаций.

«Золотым стандартом» обезболивающей и противовоспалительной терапии являются НПВП. Использование локальных форм НПВП – весьма эффективный метод лечения болевого синдрома в шее. Наиболее удачной разновидностью локальной терапии является гель. В отличие от мазевой формы препарат на гелевой основе быстрее и в большей концентрации проникает в ткани.

Одно из современных средств локального применения – гель «Фастум», в состав которого входят кетопрофен и вещества, обеспечивающие проведение действующего средства через дерму и подлежащие ткани.

Кетопрофен в гелевой форме практически не кумулируется в организме, его биодоступность – около 5%, что обеспечивает хорошую переносимость при минимальном системном действии. Гель наносят (втирающими движениями) 1–2 раза в день тонким слоем. Продолжительность использования локального НПВП-содержащего средства – около 2 нед; при необходимости продления терапии рекомендуется перерыв в использовании. Фастум-гель показан также при боли в спине, болевом синдроме при ревматических заболеваниях, ушибах, вывихах, растяжении.

Препарат оказывает противовоспалительное и обезболивающее действие, не вызывает побочных эффектов, что обуславливает целесообразность его использования как в режиме монотерапии, так и в комплексном лечении болевых синдромов в широкой врачебной практике.

В заключение необходимо еще раз остановиться на важнейшей проблеме ведения больных с цервикалгиями. Следовательно, цервикалгии – лишь синдромальный диагноз; поэтому в каждом конкретном случае необходимо следовать алгоритму обследования больных, стремиться к нозологической идентификации, чтобы с позиций мультидисциплинарного подхода составить индивидуальную программу лечения и реабилитации пациента, основанную на принципах доказательной медицины.

PAIN IN THE NECK (CERVICALGIA): SYNDROMES AND METHODS OF REHABILITATION

N.A. Shostak, N.G. Pravdyuk

Russian State Medical University, Moscow

The paper presents the causes of cervicalgia and its classification. It also describes the methods of its treatment and rehabilitation.

Key words: *pain in the neck, difficult expiration syndrome, drug therapy.*