



Т.І. Насонова

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

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 у 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 працездатність. Як симптом цервікалії входить до клінічної картини цілого спектра неврологічних, ревматологічних, травматологічних, терапевтичних та інших захворювань. У практиці лікаря-невропатолога БУШ посідає друге місце в трійці найрозповсюдженіших 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 пацієнт (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; Куприченко Н., 2007). Проте вирішальні аспекти – порушення трофіки хрящової тканини та регулярні перевантаження хребетно-рухового сегмента. Нерідкою причиною гострого та підгострого підвидів БУШ є хлостові 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 поперечних відростках шийних хребців; особлива морфологічна будова I та II шийних хребців; наявність унковертебральних суглобів; велика рухомість з переважанням у верхньому відділі ротацийних, а в нижньому – флексорно-екстензорних рухів; відносно вузький хребтовий канал (рис. 1).

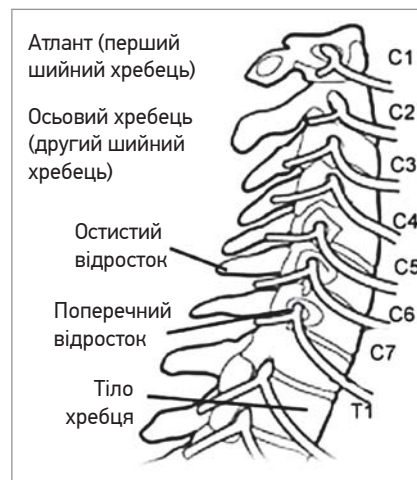


Рис. 1. Особливості будови шийного відділу хребта

Більшість випадків БУШ становить т. зв. неспецифічний БУШ, який не пов'язаний із серйозними проблемами та закінчується повним одужанням. Зазвичай причину цього виду болю точно встановити неможливо. В такому випадку больовий синдром найчастіше провокується певними рухами, переохолодженням, тривалим вимушеним положенням голови, як-от робота за комп'ютером. При тривалій комп'ютерній роботі шийному відділу хребта доводиться утримувати досить важку голову, що є суттєвим навантаженням на хребці та м'язи.

Так звана комп'ютерна, чи технологічна, шия (computer neck, tech neck) є однією з найвагоміших проблем XXI століття. Цей синдром визначається як початковий етап дегенерації шийного відділу хребта внаслідок хронічного навантаження при постійному нахилі голови під час роботи за комп'ютером або користування смартфоном (Fares J. et al., 2017).

Навантаження на шию залежить від кута нахилу голови, який утворюється вертикально та умовною лінією, проведеною від сьомого шийного хребця до атланта-потиличного суглоба.

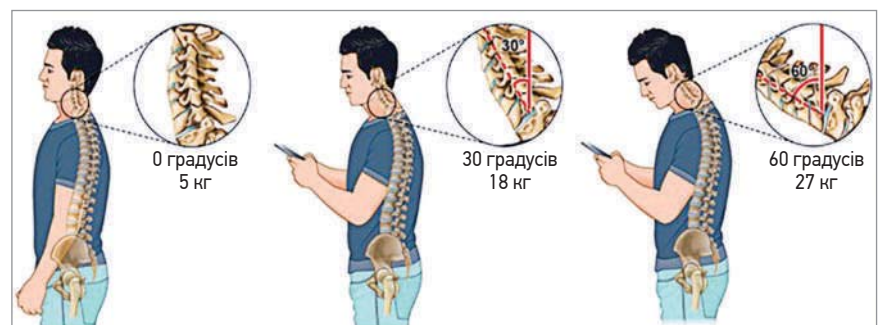


Рис. 2. Навантаження на шию залежно від кута нахилу голови (Fares J. et al., 2017)

В нейтральній позиції голова дорослої людини важить 5 кг, а при нахилі навантаження зростає у понад 5 разів (рис. 2) (Fares J. et al., 2017).

У випадку роботи за комп'ютером навантаження на шию також залежить від положення шиї та інших частин тіла, тому для профілактики БУШ необхідно належно пристосувати своє робоче місце та виробити звичку дотримання правильного положення передбачає такі аспекти (рис. 3):

- ✓ розташуйте монітор прямо перед собою, щоб уникнути потреби нахилити чи повертати голову під час роботи;
- ✓ ніколи не притискайте телефон до вуха плечем; тримайте телефон у руці чи користуйтеся навушниками;
- ✓ обирайте крісло з підлокітниками, щоб мати можливість розслабити плечі;
- ✓ якщо при потрібній висоті крісла стопи не дістають до землі, користуйтеся підставками;
- ✓ пристосуйте висоту крісла відповідно до зросту та висоти стола;
- ✓ спина має бути притиснута до стільця (Karic-Skrijelj M. et al., 2008).



Рис. 3. Правильне положення тіла за столом при роботі за комп'ютером

При хронічному болі особливе значення має психогенний фактор: у разі схильності до депресій та тривоги усунути біль може виявитися значно тяжче.

ARTOKSAN

нестероїдний протизапальний та протиревматичний препарат

Мистецтво знеболення

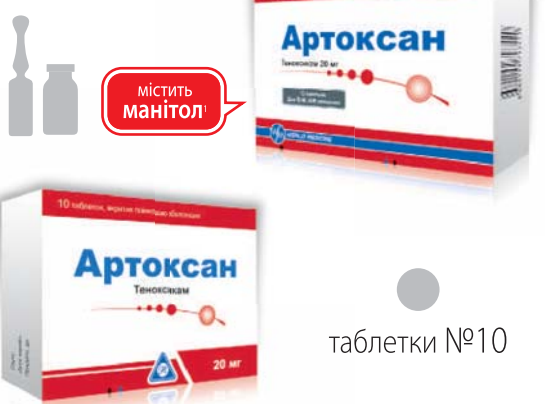
2 форми



т е н о х і с а м

- Застосування 1 раз на добу¹
- Потужна знеболювальна дія²
- Хондропротекторний ефект³

ліофілізат №3



таблетки №10

протизапальний

аналгетичний

жарознижуючий

¹ Інструкція з медичного застосування лікарського засобу Артоксан. ² Теносікам. А.Е. Каратеве (ФГБНУ НІИР ім. В.А. Насоновой, Москва) // Клиническая фармакология и терапия. – 2017. – №25(5). – С.44-50. ³ Локальная периферическая терапия при остеоартрите И.Р.Гафаров, Ф.С. Мусина, С.Ю. Глазунов // РМЖ. – 2019. – №4. – С.7-10

АРТОКСАН (розчин). Показання. Поліпшення болю та запалення при остеоартриті та ревматоїдному артриті. Короткочасне лікування гострих захворювань опорно-рухового апарату, включаючи розташування, вивихи та інші ушкодження м'яких тканин. При значених показаннях препарат застосовують у разі неможливості застосування теносікаму у формі таблеток. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини або до інших компонентів препарату. Наявність в анамнезі симптомів підвищеної чутливості до ацетилсалicyлової кислоти та інших нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП). Редікуюча виразкова хвороба/кровотеча в активній формі або рецидиви в анамнезі виразкової хвороби Крона, гастрит тяжкого ступеня. Наявність в анамнезі шлунково-кишкових кровотеч та перфораций, пов'язаних з попередньою терапією НПЗП. Цереброваскулярна кровотеча в анамнезі або інші порушення згортання крові. Тяжка серцева, печінкова, ниркова недостатність. III тримістр вагітності. Період годування груддю. Дитячий вік (до 18 років). **Побічні реакції.** Найчастіше проявляються побічні реакції з боку травного тракту – ерозивно-виразкове ураження травного тракту, у т.ч. ульцерогенна дія. Часто – анорексія, запаморочення, головний біль, диспепсія, нудота, блювання, метеоризм, запор, діарея, дистрес-синдром, стоматит, частіше – шлунково-кишкова виразка, кровотечі та перфорация. Рідко – тремор, бронхоспазм, застосування аспіну, дистрес. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Мідфарм Вайт Сін. А.Ш. Туреччина. **Заявник.** УОРДІ МЕДИЦИН ЛТД. **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ МОЗ України №1270 від 06.07.2018 р. РІ №11/16802/01/01. **АРТОКСАН (таблетки).** **Показання.** Поліпшення болю та запалення при остеоартриті та ревматоїдному артриті. Короткочасне лікування гострих захворювань опорно-рухового апарату, включаючи розташування, вивихи та інші ушкодження м'яких тканин. У разі неможливості перорального застосування теносікаму також доступний у формі для в/в та в/м введення. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини або до інших компонентів препарату. Наявність в анамнезі симптомів підвищеної чутливості до ацетилсалicyлової кислоти та інших нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП). Редікуюча виразкова хвороба/кровотеча в активній формі або в анамнезі. Наявність в анамнезі шлунково-кишкових кровотеч та перфораций, пов'язаних з попередньою терапією НПЗП, гастрит тяжкого ступеня. Цереброваскулярна кровотеча в анамнезі або інші порушення згортання крові. Тяжка серцева, печінкова, ниркова недостатність. III тримістр вагітності. Період годування груддю. Дитячий вік (до 18 років). **Побічні реакції.** Найчастіше проявляються побічні реакції з боку травного тракту – ерозивно-виразкове ураження травного тракту, у т.ч. ульцерогенна дія. Часто – анорексія, запаморочення, головний біль. Дуже часто – гастрит, біль у епігастрії, абдомінальний біль та дискомфорт, диспепсія, нудота, блювання, метеоризм, запор, діарея, дистрес-синдром, стоматит, частіше – шлунково-кишкова виразка, кровотечі та перфорация. Рідко – тремор, бронхоспазм, застосування аспіну, дистрес. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** УОРДІ МЕДИЦИН ЛТД. **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ МОЗ України №2362 від 18.12.2018 р. РІ №11/17118/01/01. **Інформація надана скорочено.** З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату. **Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження в рамках спеціалізованих заходів з медичної тематики.** Інформація про рецептурні лікарські засоби для професійної діяльності спеціалістів у галузі охорони здоров'я. **Питання та інформація щодо фармакологію за тел.:** +38 097 693 71 18 / patmasozzor@biolita.ua

Тел.: +38 044 495 25 30; info@wm-marketing.com.ua Тел.: +380 567 905 509; info@rtp-service.com.ua

Крім неспецифічного БУШ видокремлюють біль, обумовлений спондилозом і спондилоартрозом, кілою міжхребцевого диска, невеликими переломами хребта внаслідок остеопорозу, травмами, звуженням хребтового каналу, інфекційним ураженням хребта (остеомиєліт, абсцес), пухлинним (у т. ч. метастатичним) ураженням, хронічним навантаженням м'язів та сухожилля ший, вродженими аномаліями, системними захворюваннями сполучної тканини, ревматоїдним артритом, фіброміалгією тощо. Особливо 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 кривоший. При обстеженні, крім обмеження рухомості, можна виявити болочість при пальпації фасеткових суглобів і зв'язок, напруження ший, 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 супроводжуються 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 анальгетиків 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. 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, теноксикам). Препарат теноксикаму 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

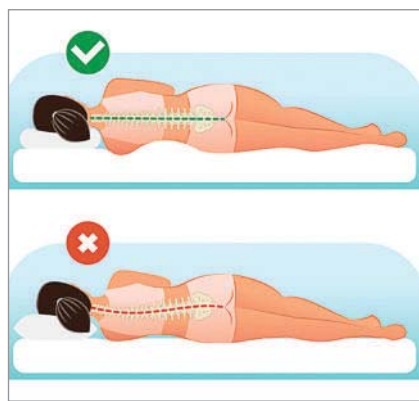


Рис. 4. Правильне положення тіла під час сну

циклооксигенази з гальмуванням утворення простагландинів і порушення проведення больових імпульсів у спинному мозку. Анальгетичний 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 теноксикаму 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.

Теноксикам (Артоксан) добре проникає через захисний запальний вал гранулоцитів у зону запалення, реалізуючи в ній свої ефекти. Піку концентрації у синовіальній рідині теноксикам 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 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 кокрнівські 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⁺-K⁺-АТФ-ази, посилення антиоксидантного захисту, протидію апоптозу, виражений нейрорепаративний ефект, стимуляцію процесів нейро- й ангіогенезу. Роноцит представлений у двох дозах: 500 та 1000 мг цитиколіну в 4 мл розчину для ін'єкцій. 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

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 кровообігу¹
- Черепно-мозкова травма та її неврологічні ускладнення¹
- Когнітивні порушення¹

¹Інструкція.

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 порушення поведінки внаслідок хронічних судинних і дегенеративних церебральних розладів. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини та/або до інших допоміжних речовин лікарського засобу. Підвищений тиск парасимпатичної нервової системи. **Побічні реакції.** Сильний головний біль, вертиго, галюцинації, артеріальна гіпертензія, артеріальна гіпотензія, тахікардія, задишка, нудота, блювання, діарея, реакції гіперчутливості, у т. ч. висипання, гіперемія, ексантема, кропив'янка, пурпура, свербіж, ангіоневротичний набряк, анафілактичний шок, сонливість, зміни у місці введення. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** ФармаВиж Сан. ве Тідж. А.Ш., Туреччина. ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України №2854 від 10.12.2020 р. РП №УА/18484/01/01, РП №УА/18484/01/02. Інформація надана скорочено. З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження в рамках спеціалізованих заходів з медичної тематики. Інформація про рецептурні лікарські засоби для професійної діяльності спеціалістів у галузі охорони здоров'я. Питайся та інформація щодо фармакологія за тел.: +38 097 693 71 18 / farmakonadzor@biokitna.ua

WORLD MEDICINE
Pharmaceutical Company

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

www.worldmedicine.ua