



Цервикокраниалгии – вертеброгенные и не только: вопросы диагностики и лечения

В неврологической практике встречаются пациенты с симптомами, требующими дифференциальной диагностики и персонализированного лечения. В рамках симпозиума «Проблемные вопросы неврологического пациента» прозвучал доклад д.м.н., доцента кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова Игоря Николаевича САМАРЦЕВА, посвященный практическим аспектам диагностики и ведения пациентов с шейной радикулопатией.

В клинической неврологической практике боль в области верхнего плечевого пояса встречается у 14% пациентов. Дифференциальная диагностика и ведение пациентов с болью в области шеи и пациентов с болью других локализаций существенно отличаются. В общей структуре неврологических заболеваний, сопровождающихся болевым синдромом, шейная радикулопатия занимает особое место.

В 2020 г. были опубликованы результаты исследования ШЕРПА, посвященного рациональной оптимизации дифференциальной диагностики и терапии вертеброгенной шейной радикулопатии¹. На предварительном этапе исследования на основании данных анамнеза, жалоб пациентов, клинических симптомов и результатов дополнительных методов обследования (магнитно-резонансная томография (МРТ), электронейромиография (ЭНМГ) и электромиография (ЭМГ)) диагноз шейной радикулопатии верифицирован у 42 (25,5%) из 165 пациентов с болью в области шеи. Чаще ошибочно диагностировали шейную радикулопатию у больных с ортопедической патологией (синдромами сдавления ротаторов плеча и карпального канала), туннельными синдромами. Пациенты с подтвержденным

диагнозом шейной радикулопатии в дальнейшем включались в исследование.

Показано, что наиболее эффективным способом диагностики шейной радикулопатии остается использование в ходе неврологического обследования специализированных тестов. Инструментальные методы не всегда подходят для дифференциальной диагностики вертеброгенной шейной радикулопатии. Данные реальной практики свидетельствуют о высоком риске получения ложноположительных результатов при использовании нейровизуализационных методов у пациентов с болью в области верхнего плечевого пояса. Так, при выполнении МРТ шейного отдела у 57% пациентов старше 64 лет без клинических проявлений шейной радикулопатии обнаруживают экструзии межпозвонковых дисков с признаками компрессии шейных спинномозговых корешков². В свою очередь ЭНМГ и ЭМГ также имеют ограничения. Например, специфичность ЭМГ составляет 74–93%, чувствительность – не более 30–50% для подтверждения диагноза радикулопатии¹. Таким образом, методы клинической диагностики наиболее эффективны при выявлении шейной радикулопатии.

Докладчик представил ряд клинических случаев пациентов с болью в области верхнего плечевого пояса.

Пациент, 37 лет, предъявляет жалобы на боль в области правого плеча, лопатки (5–9 баллов по визуальной аналоговой шкале). Боль усиливается в ночное время и нарушает сон. Болевой синдром беспокоит в течение двух недель. Неврологический статус без особенностей, движения в плечевом суставе без существенных ограничений, незначительная болезненность в области плеча при заведении руки за спину. По данным МРТ шейного отдела, значимых изменений не выявлено. Пациенту проведено обследование в соответствии с диагностическим комплексом СПАСИБО (тест Спурлинга, Парез мышц верхней конечности, тест натяжения Спинномозговых корешков для верхней конечности (Upper limb tension test, ULTT), паттерн зоны Боли, тест Отведения плеча).

По словам И.Н. Самарцева, одним из информативных диагностических тестов является ULTT (аналог теста Ласега) для шейных спинномозговых корешков. При выполнении теста для диагностики острой шейной радикулопатии плечо сидящего пациента отводится до угла 90°, предплечье находится в положе-

¹ Самарцев И.Н., Живолупов С.А., Воробьева М.Н. и др. Рациональная оптимизация дифференциальной диагностики и терапии вертеброгенной шейной радикулопатии (исследование ШЕРПА). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020; 120 (9): 37–46.

² Teresi L.M., Lufkin R.B., Reicher M.A., et al. Asymptomatic degenerative disk disease and spondylosis of the cervical spine: MR imaging. Radiology. 1987; 164 (1): 83–88.



II Всероссийский открытый неврологический дискуссионный форум
PATIENT CASES (Санкт-Петербург)

нии пронации, сгибание также до угла 90°. Далее плечо пассивно ротируется кнаружи до угла 90°. В этом положении проводится разгибание кисти в лучезапястном суставе до угла 90°. Предплечье полностью пассивно разгибается. Для максимального растяжения спинномозгового корешка пациент наклоняет голову в противоположную от исследуемой верхней конечности сторону. Положительным результатом считается возникновение боли или парестезий. Тест крайне специфичный. Он может быть положительным не только при шейной радикулопатии, но и при других вариантах воспаления спинномозговых корешков, в частности при синдроме Персонейджа – Тернера, локальной форме синдрома Гийена – Барре. Еще одним тестом, позволяющим диагностировать шейную радикулопатию, является паттерн зоны боли, описываемой пациентом. При шейной радикулопатии пациент прежде всего предъявляет жалобы на боль в области плеча и лопатки.

Тест Спурлинга, известный с 1944 г., один из наиболее распространенных тестов для определения шейной радикулопатии, выполняется в положении сидя. Врач кладет руку на голову пациента, после чего тот начинает разгибание в шейном отделе позвоночника и одновременно наклоняет голову в сторону боли. О шейной радикулопатии свидетельствует возникновение или усиление боли в области плеча.

Кроме того, специфичным при шейной радикулопатии считается тест отведения плеча в положении сидя: при отведении плеча выра-

женность болевого синдрома снижается.

Определение пареза мышц также имеет важное диагностическое значение. Наличие шейной радикулопатии подтверждают жалобы пациента на парез кистей, нарушение подвижности верхних конечностей. В ряде случаев поражение спинномозговых корешков CV–CVI и CVII клинически проявляется парезом сгибателей и разгибателей предплечья. Кроме того, у пациентов с шейной радикулопатией может выявляться симптом медиальной крыловидной лопатки. Правильно интерпретируя результаты указанных тестов, можно провести дифференциальный диагноз шейной радикулопатии. При болевом синдроме препаратами выбора признаны нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), характеризующиеся высокой анальгетической активностью и быстрым наступлением обезболивающего эффекта. Среди НПВП особого внимания заслуживает декскетопрофен – терапевтически активный правоповращающий S-энантиомер кетопрофена. За счет исключения фармакологически бесполезного R-энантиомера снижается риск возникновения побочных эффектов. Декскетопрофен в отличие от своего предшественника ассоциируется с быстрым наступлением анальгетического эффекта при использовании меньших доз.

Для купирования болевого синдрома различной интенсивности в клинической практике широко применяют препарат декскетопрофена Дексалгин® 25. По эффективности препарат

превосходит другие НПВП. Эффективность препарата Дексалгин® в уменьшении боли при движении и боли в ночное время превышает таковую трамадола. Кроме того, частота развития нежелательных явлений на фоне применения препарата Дексалгин® существенно ниже, чем при использовании трамадола³.

Сравнение эффективности и безопасности декскетопрофена и кетопрофена в купировании боли после ортопедических операций показало, что оба препарата эквивалентны с точки зрения обезболивающей активности, но декскетопрофен характеризуется наиболее оптимальным профилем безопасности⁴.

И.Н. Самарцев отметил, что при умеренной и острой боли пациентам назначают Дексалгин® в дозе 25 мг в течение 5–7 дней. Далее при наличии остаточного болевого синдрома можно применять нимесулид (Нимесил). Нимесулид в отличие от других НПВП селективно подавляет циклооксигеназу 2, ингибирует агрегацию и миграцию нейтрофилов, выработку гистамина и медиаторов воспаления, синтез металлопротеиназы⁵.

Эффективность нимесулида в купировании острой и хронической боли подтверждается результатами ряда клинических испытаний. Доказана высокая эффективность нимесулида при остеоартрите. Так, в исследовании изучали обезболивающее действие нимесулида и целекоксиба у пациентов с остеоартрозом коленного сустава. Установлено, что нимесулид купирует боль эффективнее целекоксиба. Авторы исследования подтвердили, что нимесулид – действенное средство для симп-

³ Metscher B., Kübler U., Jahnle-Kracht H. Dexketoprofen-trometamol and tramadol in acute lumbago. Fortschr. Med. Orig. 2001; 118 (4): 147–151.

⁴ Zippel H., Wagenitz A. Comparison of the efficacy and safety of intravenously administered dexketoprofen trometamol and ketoprofen in the management of pain after orthopaedic surgery: a multicentre, double-blind, randomised, parallel-group clinical trial. Clin. Drug Investig. 2006; 26 (9): 517–528.

⁵ Kress H.G., Baltov A., Basiński A., et al. Acute pain: a multifaceted challenge – the role of nimesulide. Curr. Med. Res. Opin. 2016; 32 (1): 23–36.



томатического лечения остеоартрита⁶.

Применение некоторых селективных НПВП может быть связано с повышенным риском острого инфаркта миокарда. В одном из исследований оценивали риск развития острого инфаркта миокарда при использовании отдельных НПВП. Согласно полученным результатам, относительный риск развития острого инфаркта миокарда на фоне применения нимесулида достигает минимальных значений по сравнению с другими представителями этого класса препаратов⁷.

Кроме того, данные исследований и реальной практики подтверждают, что частота поражения печени на фоне применения нимесулида не превышает аналогичного показателя при использовании других НПВП⁸.

Таким образом, преимущества перед другими НПВП и приемлемый профиль безопасности нимесулида очевидны.

Докладчик представил клинический случай пациента с болевым синдромом.

Пациент, 32 года, предъявляет жалобы на боль, напряжение мышц в области правого надплечья, изменение цвета кожи, онемение, похолодание руки. Симптомы возникают на протяжении трех месяцев после физической нагрузки (работа, связанная с длительным нахождением рук в поднятом положении). Неврологический статус без патологии. Ультразвуковое исследование (УЗИ) сосудов верхней конечности патологии не выявило. В данном случае можно предположить наличие синдрома грудного выхода (скаленус-синдром), относящегося к нечетко очерченной группе заболеваний, характеризующихся болью и парес-

тезиями в кистях, шее, плечах или руках, а также сдавливанием плечевого сплетения (и подключичных сосудов) там, где они проходят через выходное отверстие грудной клетки. Стандартных методов диагностики этого состояния нет. Чаще синдром грудного выхода развивается в результате повреждения лестничных мышц.

Наиболее информативным для выявления синдрома грудного выхода считается тест Roos. Для его выполнения пациента просят поднять руки вверх и поработать ими от трех до пяти минут. Во время проведения теста пациент озвучивает свои ощущения и определяет локализацию боли.

В рассматриваемом случае у пациента выявлена гипертрофия передней лестничной мышцы вследствие ее подрыва, возможно в процессе физической работы (повреждение мышцы с вторичным сдавливанием сосудистого нервного пучка).

В заключение И.Н. Самарцев прокомментировал сложный клинический случай пациентки с болью в области верхнего плечевого пояса.

Пациентка, 63 года, жалуется на жгучую, периодическую стреляющую боль в области правого плеча, правой руки в течение года. Последний месяц отмечала нарастание слабости правой руки. МРТ шейного отдела позвоночника, проведенная в поликлинике по месту жительства, показала шейный радикулит (экструзии C5–C7 с компрессией корешков). Назначенное лечение не привело к улучшению состояния. Пациентка обратилась в Центр боли, где ей диагностировали скаленус-синдром. Выполнена блокада лестничной мышцы

под УЗИ-контролем. В дальнейшем на фоне продолжающегося болевого синдрома, по данным МРТ, пациентке поставлен диагноз «отрыв сухожилий мышц вращательной манжеты плеча», рекомендовано хирургическое вмешательство.

По словам докладчика, после обращения пациентки за консультацией, при неврологическом обследовании были выявлены синдром Горнера (птоз, миоз) и атрофия трапецевидной мышцы. Выяснилось, что пациентка восемь лет назад перенесла операцию по поводу рака молочной железы. В ходе дальнейших исследований у нее диагностировали местный рецидив рака молочной железы с метастазированием в верхушку легкого. При этом опухоль, которая проросла через плечевое сплетение, повредила симпатический ствол, вызвав синдром Горнера, а затем – добавочный нерв. В течение года пациентке не смогли поставить правильный диагноз, поскольку в качестве диагностического метода использовали МРТ шейного отдела позвоночника. Злокачественный процесс распространялся по мягким тканям. Наличие в анамнезе онкологического заболевания требовало своевременного выявления синдрома Горнера, который развивается при поражении симпатического пути шейного отдела и может свидетельствовать о развитии опухоли Панкоста.

Завершая выступление, И.Н. Самарцев подчеркнул, что топическая диагностика служит основой для постановки клинического диагноза. Необходимым условием ведения неврологических пациентов с болевым синдромом является персонализированный подход к диагностике и лечению. *

⁶ Bianchi M., Broggin M., Balzarini P., et al. Effects of nimesulide on pain and on synovial fluid concentrations of substance P, interleukin-6 and interleukin-8 in patients with knee osteoarthritis: comparison with celecoxib. *Int. J. Clin. Pract.* 2007; 61 (8): 1270–1277.

⁷ Masclee G.M.C., Straatman H., Arfè A., et al. Risk of acute myocardial infarction during use of individual NSAIDs: a nested case-control study from the SOS project. *PLoS One.* 2018; 13 (11): e0204746.

⁸ Venegoni M., Da Cas R., Menniti-Ippolito F., Traversa G. Effects of the European restrictive actions concerning nimesulide prescription: a simulation study on hepatopathies and gastrointestinal bleedings in Italy. *Ann. Ist. Super. Sanita.* 2010; 46 (2): 153–157.