СХІДНО-ЄВРОПЕЙСЬКИЙ
НЕВРОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ
EAST EUROPEAN JOURNAL OF NEUROLOGY
Міжнародний спеціалізований науково-практичний журнал
International Specialized Scientific & Practical Journal
ISSN 2411-5797
№ 6 (6), 2015
Засновники:
Founders
Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика
Ректор, академік НАМН України,
д.мед.н., професор Вороненко Юрій Васильович
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education
Rector – Academician of the National Academy of Medical Science of Ukraine, Professor Yuriy V. Voronenko
Громадська організація
«Всеукраїнська асоціація по неврології та рефлексотерапії»
Голова, д.мед.н., професор Свиридова Наталя Костянтинівна
Ukrainian Association of Neurology and Reflexology
Chief – Professor Natalia K. Svyrydova
Матеріали публікуються мовою оригіналу.
Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 21169-10969Р
видане Державною реєстраційною службою України 13.02.2015 р.
Журнал включено до переліку наукових фахових видань, в яких можуть публікуватись основні результати дисертаційних робіт(Наказ №1021 від 07.10.2015 МОН України)Рекомендовано до видання вченою радою Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, протокол №10 вд 16.12.2015 р.
Адреса редакції:
04112, Україна, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
Тел. +38 (099) 285-89-08
E-mail: in@nevrology.world
Друк:
Товариство з обмеженою відповідальністю «1 Дизайн»
Україна, 04073, місто Київ, проспект Московський 11, офіс 205,
будинок 4, офіс 23. Свідоцтво про внесення в Державний реєстр№ 37726294 від 06.06.2011 року.
Формат: 210х297мм. Офсетний друк. Тираж 1000 прим.

Головний редактор
Editor-in-Chief
Свиридова Наталя Костянтинівна
Natalia K. Svyrydova
Редакційна колегія
Editorial Board
Голова редакційної колегії
Head of the Editorial Board
Вороненко Ю.В.
Yuriy V. Voronenko
Члени редакційної колегії
Members of the Editorial Board
Боброва В.І. (м. Київ, Україна)
Барна О.М. (м. Київ, Україна)
Вернер О.М. (м. Київ, Україна)
Волошина Н.П. (м. Харків, Україна)
Воронков Л.Г. (м. Київ, Україна)
Гриб В.А. (м. Івано-Франківськ, Україна)
Губенко В.П. (м. Київ, Україна)
Демченко В.А. (м. Київ, Україна)
Литвиненко Н.В. (м. Полтава, Україна)
Паєнок А.В. (м. Львів, Україна)

Педаченко Ю.Є. (м. Київ, Україна)
Пономаренко Ю.В. (м. Київ, Україна)
Слободін Т.М. (м. Київ, Україна)
Соколова Л.І. (м. Київ, Україна)
Сон А.С. (м. Одеса, Україна)
Труфанов Є. О. (м. Київ, Україна)
Трінус К.Ф. (м. Київ, Україна)
Чуприна Г.М. (м. Київ, Україна)
Шекера О.Г. (м. Київ, Україна)
Редакційна рада
Editorial Council
Вдовиченко Ю.П. (м. Київ, Україна)
Волошин П.В. (м. Харків, Україна)
Головченко Ю.І. (м. Київ, Україна)
Дзяк Г.В. (м. Дніпропетровськ, Україна)
Косаківський А.Л. (Київ, Україна)
Ніколаєв В.Г. (м. Київ, Україна)
Педаченко Є.Г. (м. Київ, Україна)
Ben Burton (Great Yarmouth, UK)
Gordon Plant (London, UK)
Oksana Suchowersky (Edmonton, AB, Canada)
Stan Fisher (Houston, Texas, USA)**Відповідальний секретар**
Executive Secretary
Бондаренко Ганна Сергіївна
Anna S. Bondarenko
тел./phone: +38(044) 483-17-56
тел./phone: +38(099)285-89-08
e-mail: in@nevrology.world
Забороняється використання будь-яких матеріалів, включаючи статті та фотографії, без письмової згоди видавця. Авторські права захищено національним законодавством та міжнародними угодами. Думка авторів публікацій може не збігатися з точкою зору видавця. Відповідальність за вірогідність фактів, власних назв та іншої інформації, використаної в публікації, несе автор. Передрук та інше відтворення в якій-небудь формі в цілому або часткового статей, ілюстрацій або інших матеріалів дозволені тільки з обов'язковим посиланням на джерело. Усі права захищені.

Остеохонрдоз шийного відділу хребта та його наслідки: діагностика та лікування (клінічний випадок)

- **Свиридова Н.К.**
  завідуючий кафедри неврології та рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор
- **Інгула Н.І.**
  аспірант кафедри неврології та рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

Резюме

Термін «міалгія» означає «м'язовий біль», який виникає раптово і супроводжується неприємними відчуттями при рухах чи здавлюванні м'язів. Крім різких болів, міалгія проявляється набряком, виникненням запалених ділянок, порушенням проникності мембран м'язових клітин. Залишається найчастішою причиною звернення хворих до лікаря, як до невролога, так і до сімейного лікаря. Виникнення міалгій та гострого головного болю пов'язано з багатьма причинами судинного характеру, психічним перенапруженням, ліквородинамічними розладами, наявністю тригерних зон, а також дегенеративно-дистрофічними ураженнями шийного відділу хребта.

В статті описаний клінічний випадок з практики - ведення пацієнта з міалгією та гострим головним болем змішаного генезу, методи обстеження та основні аспекти лікування. Відмічається позитивний ефект від лікування препаратом Фламідез, що має широкий спектр дії при больових синдромах різного генезу.

Ключові слова: остеохондроз шийного відділу хребта, міалгія, гострий головний біль, класифікація, діагностика лікування, Фламідез.

Термін «міалгія» означає «м'язовий біль», який виникає раптово і супроводжується неприємними відчуттями при рухах чи здавлюванні м'язів. Крім різких болей, міалгія проявляється набряком, виникненням запалених ділянок, порушенням проникності мембран м'язових клітин. Всупереч поширеній думці, симптоми міалгії можуть проявитися навіть у абсолютно здорових людей, тому лікування спрямоване на усунення проблеми, що стала причиною болю (запальний процес, м'язовий спазм, порушення кровообігу та ішемії м'язових тканин, метаболічні порушення). Біль має гострий або хронічний перебіг, що завжди утруднює диференційну діагностику та тактику лікування. Так, наприклад, хронічний біль характеризується тривалістю проявів до 15 днів на місяць, що являє собою загальноприйнятий етап прогресування болю та ускладнює перебіг коморбідних станів. Важливе місце в диференціальній діагностиці міалгій займають лабораторно-інструментальні методи дослідження (імунологічні тести, визначення рівня специфічних «м'язових» ферментів, в першу чергу, креатинфосфокінази (КФК). При пошкодженні клітин відбувається вивільнення КФК і надходження її в кров, чим обумовлюється її важлива роль в диференціальній діагностиці міалгій. Умовно всі міалгії можна поділити на дві основні групи: асоційовані з підвищенням плазмової активності КФК і без такої. До захворювань, для яких характерне поєднання міалгій з підвищенням активності КФК, відносять в першу чергу запальні міозити, токсичне ушкодження м'язів, травми м'язів, деякі метаболічні міопатії, м'язові болі при виражених фізичних навантаженнях. У першу чергу необхідно визначити, хронічний або гострий варіант міалгії, а також визначити наявність певного тригерного фактора її виникнення. За патогенезом біль поділяють на судинний (мігренозний), біль напруги, ліквородинамічний біль, інфекційно-токсичний біль, невралгічний біль.

Судинний біль проявляється як артеріодилятаторний, що виникає внаслідок зниження тонусу і дилятації артерій, надмірному розтягуванні судин пульсовим об'ємом крові; артеріоспастичний – виникає внаслідок підвищення тонусу і спазму артерій, підвищення артеріального опору перфузійного тиску; венозний – при зниженні тонусу вен і недостатності венозного відтоку з порожнини черепа. Типовою скаргою при надмірному розтягуванні судин пульсовим об'ємом крові є відчуття ритмічних, синхронних з пульсом ударів в голові. Подібні скарги виникають у хворих з артеріальною гіпотонією, коли через психічну або фізичну напругу підвищується артеріальний тиск. При крайньому ступені артеріальної гіпотонії - паретичної вазодилятації - головний біль з пульсуючого

переходить в тупий, тиснучий або розпираючий. При судинному спазмі пацієнти скаржаться на здавлюючий, або тупий головний біль, що може супроводжуватися нудотою, потемнінням в очах, «мушки» перед очима, запамороченням. Цей стан характерний для симпатико-адреналових пароксизмів та гіпертонії. Венозний головний біль виникає при недостатності тонусу вен головного мозку або при безпосередньому ураженні вен при системних судинних захворюваннях. Це тупий розпираючий біль, що характеризується відчуттям тяжкості в голові або в області потилиці та виникає, переважно, зранку після сну, посилюється при тривалій роботі з низько опущеною головою, при нападах кашлю чи фізичному навантаженні.

Ліквородинамічний біль виникає при змінах внутрішньочерепного тиску і дислокації внутрішньочерепних структур. При внутрішньочерепній гіпертензії біль має розпираючий характер та посилюється при кашлі, напруженні. При внутрішньочерепній гіпотензії втрачається «ліквorна подушка», тому біль посилюється в положенні стоячи, при ходьбі – кожен крок «віддає в голову» гострим, прострілюючим болем.

Тригемінальна невралгія – біль, що має хронічний, рецидивуючий перебіг, переважно виникає у хворих старше 50 років, з локалізацією в зоні іннервації однієї або декількох гілок трійчастого нерва. Зустрічається у 3-7% серед усіх цефалгій, хворіють частіше жінки (5:3). Етіологія пов'язана з компресією корінця V нерва в місці входження його з патологічно звитою судиною - 90% (передня верхня мозочкова артерія), пухлинами мосто-мозочкового кута - 5% та демієлінізацією нерва.

Діагностичні критерії тригемінальної невралгії - пароксизмальні напади болю тривалістю від декількох секунд до 2-х хвилин, що вражають одну або більше гілок трійчастого нерва і відповідають критеріям В і С:
Біль має принаймні одну з таких характеристик: інтенсивний, різкий, поверхневий або колючий; провокується з тригерної ділянки або внаслідок дії тригерних факторів.

Напади болю стереотипні в окремих пацієнтів.
Немає клінічних ознак неврологічного дефіциту.
Не відносяться до інших захворювань.
Тривалість лікування залежить від ступеню виразності і характеру больового синдрому.

Краніальні невралгії характеризуються такими проявами, як:

Синдром Сладера – характеризується спонтанним різким болем у орбіті, біля кореня носа, у ділянці верхньої щелепи, симпаталгічного характеру. Біль іррадіює у скроню, лоб, тім'я, око, вушну раковину, завушну ділянку, потилицю, шию, лопатку, плече, кисть, тулуб з іпсилатерального боку. Мають місце вегетативні прояви під час больового нападу: почервоніння обличчя, кон'юнктиви, підсилення сльозо- та слиновиділення, набряклість і почервоніння слизової носа, набряклість обличчя з іпсилатерального боку. Тривалість пароксизму 20-50 хвилин, іноді – до 48 годин.

Синдром Файля (невралгія відієвого нерва) – характеризується пароксизмальним болем у ділянці ока, орбіти, носа, з іррадіацією в обличчя, а іноді і в плече. Біль виникає вночі, триває до декількох годин і пов'язаний з ураженням відієвого нерва (гілочки із системи лицьового нерва і симпатичного сплетення).

Синдром ураження вушного вузла (невралгія вушного вузла) – характеризується нападами одностороннього симпаталгічного болю, тривалістю до 1 години, що локалізуються у скроневій, нижньощелепній, навколовушній ділянках (попереду від зовнішнього слухового проходу), з іррадіацією в підборіддя, зуби, шию, які супроводжуються відчуттям закладеності вуха, збільшенням слиновиділення на іпсилатеральному боці.

Тривалість лікування залежить від ступеню виразності і характеру больового синдрому. За відсутності ефекту від консервативного лікування застосовується хірургічне втручання на різних структурах нерва: ретрогасеральна радикотомія, термодеструкція півмісяцевого вузла, стереотаксичні операції руйнування ядра спінального тракту.

Окципітальна невралгія проявляється ураженням великого потиличного нерва. Анатомічні особливості проходження цього нерва створюють умови для виникнення тунельного синдрому (ком-

пресійно-ішемічна невропатія). Клініка: ниючий біль з відчуттям ломоти в верхньошийній і потиличній ділянках, відчуття затерплості, стягування шкіри, поколювання. Спочатку біль турбує лише вночі, потім і вдень при нахилах голови вперед або назад, посилюється при поворотах голови в здоровий бік. Об'єктивно знижуються больова та інші види чутливості в потиличній ділянці, болючість при глибокій пальпації точки виходу великого потиличного нерва (внутрішня третина лінії, що з'єднує соскоподібний відросток і потиличний бугор, і місця прикріплення нижнього косого м'язу голови до другого шийного хребця.

Ураження малого потиличного нерва зустрічаються рідше і пов'язані з компресійно-ішемічним ураженням великого потиличного нерва (рівень СІІ –СІІІ), який іннервує шкіру потиличної ділянки і верхню частину вушної раковини. Клінічно характеризуються, як біль, затерплість, парестезії по зовнішній поверхні потиличної ділянки, переважно в нічний і ранковий час. Об'єктивно характерно зниження больової чутливості в зоні іннервації малого потиличного нерва і болючість при пальпації в точці його виходу. Діагностичні критерії включають пароксизмальний колючий біль з постійною болючістю між нападами або без неї, в зоні іннервації великого, малого і/або третього потиличних нервів; затерплість над ураженим нервом; біль тимчасово полегшується блокадою нерва місцевими анестетиками.

Головний біль напруги є однією з найпоширеніших форм головного болю. Як правило, такий біль виникає у відповідь на психічне перенапруження, викликане гострим або хронічним стресом, і супроводжується підвищенням тонусу шкіри голови. Пацієнти скаржаться на відчуття стиснення голови («як обручем стягнуло»). Головний біль напруги характеризується дифузною та, обов'язково, двобічною локалізацією, причому одна із половин голови може боліти більш інтенсивніше, іноді можуть з'являтися супутні симптоми світло- та звукобоязні, нудота. Відчуття пульсації в голові для цього головного болю не характерно. Часто біль напруги триває весь день і наростає до вечора. Нерідко, головний біль може спровокувати рефлекторна напруга шийних м'язів при тривалій роботі за комп'ютером, роботі з дрібними предметами, при водінні автомобіля та інше. Головний біль напруги дуже часто посилюється або провокується мінливими метеоумовами (зниженням атмосферного тиску, температури повітря, хмарністю з опадами), тому, метеозалежні пацієнти частіше скаржаться на цей вид головного болю. Це захворювання зумовлено дистрофічними процесами кістково-зв'язкового апарату у шийному відділі хребта, що має місце при міжхребцевому остеохондрозі, артрозі та ін. Найчастішою скаргою у хворих є тупий, ниючий біль в потилиці або в лобно-скронево-очноямковій області, що може супроводжуватися відчуттям приливу крові, пастозністю і онімінням обличчя. Для успішної діагностики та патогенетичного лікування пацієнта потрібно визначити основний тип болю. Особливо це важко зробити коли ми маємо справу із змішаним типом головного болю, зумовленим комбінованою дією судинного, м'язового, ліквородинамічного, невралгічного механізмів і психалгії. Але якщо правильно розпізнається провідний механізм головного болю і своєчасно призначити адекватну терапію, то повторний головний біль іншого типу зменшується чи повністю проходить або навіть не встигає виникнути. При комбінації різних патогенетичних механізмів головного болю ефективним буде тільки комбіноване лікування.

Клінічний випадок

Пацієнтка К., 50 років, була госпіталізована в ІІ неврологічне відділення КЗ КОР «Київської обласної клінічної лікарні» в плановому порядку 06.11.2015 р. на дообстеження та лікування.

На момент госпіталізації хвора скаржилася на частий гострий м'язовий та головний біль стискаючого, тупого характеру, переважно в потилиці, скронях та в шийному відділі хребта, що посилюється після фізичного навантаження, підвищенні артеріального тиску, та особливо при зміні погоди. Періодично запаморочення, підвищення артеріального тиску (max. до 170/100 мм. рт.ст.), підвищену тривогу, поганий сон.

Анамнез захворювання. Зі слів хворої, хворіє близько 10 років, коли вперше з'явився біль у шийному відділі хребта після фізичного перенавантаження. Лікувалася за місцем проживання з приводу шийного радикуліту з покращенням. З того часу біль в шиї періодично загострювався, а

через 2 роки приєднався і головний біль. 6 років тому почала відмічати підвищення артеріального тиску до 150-160/90-100 мм.рт.ст. Гіпотензивні препарати приймає регулярно протягом 1 року. Протягом останніх півроку біль в голові та шиї став частішим, особливо загострюється після фізичного та психічного навантаження.

Анамнез життя. Інфекційні захворювання заперечує. Травм, в тому числі і черепно-мозкових не було. Операцій не було. Алергологічний анамнез не обтяжений.

Об'єктивний огляд хворого. Загальний стан середньої тяжкості. Шкіра, видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору, без висипань. Лімфатичні вузли при пальпації не збільшені, безболісні. При аускультації – дихання везикулярне, хрипи не вислуховуються; серцеві тони ритмічні, звучні. Артеріальний тиск 140/80 мм.рт.ст., пульс - 68 уд/хв. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Печінка, селезінка не збільшені. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Набряки відсутні.

Фізіологічні відправлення в нормі. Онкоогляд без особливостей.

Неврологічний статус. Свідомість ясна. Астенізована. Очні щілини D=S, зіниці D=S, фотореакція збережена, жива. Рух очних яблук в повному об'ємі, дещо болісний. Горизонтальний дрібнорозмашистий ністагм в крайніх відведеннях. Обличчя симетричне. Язик по середній лінії. М'язова сила та м'язовий тонус в нормі. Сухожилкові та періостальні рефлекси: з рук D=S, живі; черевні рефлекси збережені; колінні, ахілові рефлекси D=S, пожвавлені. Патологічні стопні симптоми негативні. Чутливих порушень не показує. Відзначається болючіть остистих відростків, паравертебральних точок верхнього шийного відділу хребта та остистих відростків поперекового відділу хребта. Незначна напруженість паравертебральних м'язів шийного відділу хребта I ст. з обох сторін. Пальце-носову пробу виконує невпевнено. В позі Ромберга похитування, що посилюється при пробі з навантаженням. Функція тазових органів не порушена. Менінгеальні знаки на момент огляду негативні.

Проведене обстеження.

1. Лабораторні методи обстеження.

Загальний аналіз крові (02.11.15): Hb - 122 г/л, Er - 4,1*1012/л, L - 6,5*109/л, глюкоза - 4,2 ммоль/л, ШОЕ - 8 мм/год.

Загальний аналіз сечі (02.11.15): кількість - 100 мл, колір – світло-жовтий, питома вага – 1015, білок та цукор не виявлено, лейкоцити – 2-3 в полі зору.

Біохімічний аналіз крові (02.11.15): загальний білірубін - 11 мкмоль/л (прямий - 0, непрямий - 11 мкмоль/л), тимолова проба - 1,9 од; АЛТ - 0,21 мкмоль/л, АСТ - 0,14 мкмоль/л, креатинін - 0,05 мкмоль/л, сечовина - 3,0 ммоль/л, загальний білок - 67,9 г/л.

Ліпідограма (07.11.15): холестерин загальний - 6,4 ммоль/л, тригліцериди - 1,5 ммоль/л, холестерин ліпопротеїдів високої щільності - 1,2 ммоль/л, холестерин ліпопротеїдів низької щільності - 4,4 ммоль/л, холестерин ліпопротеїдів дуже низької щільності - 0,8 ммоль/л, індекс атерогенності - 4,3.

2. Інструментальні методи обстеження.

МРТ головного мозку (29.10.14): Вогнищеві зміни головного мозку дисциркуляторного характеру (рис. 1).

Рис.1 *Вогнищеві зміни головного мозку дисциркуляторного характеру.*

Ro-графія шийного відділу хребта з функціональними пробами (09.11.15): Ознаки міжхребцевого остеохондрозу у вигляду асиметричного звуження ширини міжхребцевих щілин; деформації замикальних пластинок, крайові остеофіти, як продовження замикальних пластинок, по передній та задній поверхнях тіл хребців. Унковертебральний артроз. Ретролістез тіл С4, С5 до 2 мм. При максимальному згинанні антеролістез тіла С4 до 2 мм (рис. 2).

Рис.2 *Ознаки міжхребцевого остеохондрозу у вигляду асиметричного звуження ширини міжхребцевих щілин; деформації замикальних пластинок, крайові остеофіти, як продовження замикальних пластинок, по передній та задній поверхнях тіл хребців. Унковертебральний артроз. Ретролістез тіл С4, С5 до 2 мм. При максимальному згинанні антеролістез тіла С4 до 2 мм.*

Дуплексне сканування судин голови та шиї (11.11.15): УЗ-картина стенозуючого атеросклерозу брахіоцефальних артерій, малого діаметру обох хребетних артерій. Вертеброгенна деформація обох хребетних артерій.
Реоенцефалографія (06.11.15): В басейні внутрішньої сонної артерії. Зліва: кровонаповнення в нормі; тонус крупних та середніх артерій в нормі, тонус дрібних артерій та артеріол підвищений на 21%, гіпертонус; тонус венул в нормі; венозний відтік порушений. Справа: кровонаповнення в нормі, тонус крупних та середніх артерій в нормі, тонус дрібних артерій та артеріол підвищений на 20%, гіпертонус, тонус венул в нормі; венозний відтік порушений. В басейні хребтової артерії. Зліва: кровонаповнення в нормі; тонус крупних та середніх артерій в нормі, тонус дрібних артерій та артеріол підвищений на 22%, гіпертонус; тонус венул в нормі; венозний відтік порушений. Справа: кровонаповнення в нормі, тонус крупних та середніх артерій в нормі, тонус дрібних артерій та артеріол підвищений на 23%, гіпертонус, тонус венул в нормі; венозний відтік порушений.
Ехо-енцефалографія (06.11.14): Ехографічних даних, вказуючи на зміщення серединних структур головного мозку, гідроцефалію не виявлено. Коефіцієнт пульсації 37,5 % (норма – не більше 20%).

Електроенцефалограма (09.11.15): загальномозкові зміни біотоків мозку, представлені дезорганізованою активністю у вигляді чергування високочастотних альфа і бета ритмів з одиничними деформованими низькоамплітудними комплексами, переважно праворуч в задньо-лобно-центральних областях. Пароксизмальна активність та іритативні зміни не зареєстровані. Судомна готовність мозку не зареєстрована.
Електрокардіограма (02.11.15): Ритм синусовий, правильний. ЧСС-77 уд/хв. Нормальне положення ЕВС. Помірні зміни міокарду.
Флюорографія (01.09.15): Легені та серце в межах нормі.

3. Консультації суміжних спеціалістів.

Окуліст (09.11.15): Очне дно: ДЗН блідо-рожеві, межі чіткі, артерії звужені, вени повнокровні, звивисті. Д-з: Міопія середнього ступеня. Гіпертонічна ангіопатія сітківки I ступеню обох очей.
Кардіолог (09.11.15): ІХС: атеросклеротичний кардіосклероз. Артеріальна гіпертензія, ступінь 1, ризик помірний. СН 0. Дані рекомендації.

Клінічний діагноз.

Церебральний атеросклероз. Артеріальна гіпертензія. Дисциркуляторна енцефалопатія I-II стадії з вестибуло-координаторними порушеннями, вегетативною дисфункцією, стійким цефалгічним та церебрастенічним синдромами.
Гостра міалгія на тлі остеохондрозу шийного відділу хребта. Унковертебральний артроз. Нестабільність шийних хребців в сегментах С4, С5 до 2 мм.
Аналізуючи отримані дані, головний біль нашої пацієнтки має змішаний характер, оскільки присутній і судинний компонент у вигляді підвищеного тонусу дрібних артерій та артеріол, а також порушення венозного відтоку в обох судинних басейнів головного мозку та вертеброгенний компонент у вигляді вираженого остеохондрозу шийного відділу хребта з наявністю нестабільності між хребцевих сегментів. Крім цього, у пацієнтки визначається малий діаметр обох хребетних артерій, що ще більше погіршує ситуацію при наявності дегенеративно-дистрофічних змін шийного відділу хребта. Враховуючи все вищевказане пацієнтці проводилось комбіноване лікування.

Лікування.

Мета лікування больового синдрому - посилення позитивного терапевтичного ефекту НПЗП, з одного боку, а з іншого боку - ослаблення проявів побічних реакцій і їх негативних наслідків. Першими кроками до цього були спроби проведення комбінованої терапії НПЗП з представниками інших фармакологічних груп. Препарат Фламідез відповідає зазначеним вимогам, оскільки є раціональною комбінацією серратіопептидази (протеолітичного ферменту, що має фібринолітичну дію, протизапальну і протинабрякову активність) з диклофенаком калію і парацетамолом, для яких характерна протизапальна, анальгезуюча, жарознижувальна та антиагрегаційна властивість (Вікторов А.П., 2008) .
Серратіопептидаза при монотерапії позитивно зарекомендувала себе вже протягом останніх 25 років у лікуванні пацієнтів з посттравматичними і післяопераційними набряками, а також при зниженні

болю і запалення при ревматичних захворюваннях. Вона потенціює дію НПЗП, тому часто призначається в комбінації з ними.
Відмічають наступні фармакологічні ефекти серратіопептидази, що направлені на попередження або зниження активності запального процесу:
серратіопептидаза зменшує запалення за допомогою гідролізу біологічно активних речовин – медіаторів запалення (брадикініну, гістаміну, серотоніну та ін.), шляхом зменшення дилятації капілярів і регуляції їх проникності;

серратіопептидаза блокує інгібітори плазміну і таки чином сприяє фібринолітичній активності останнього, розщеплює мікротромби фібрину, попереджає закупорку капілярів і сприяє розсмоктуванню ексудату, зменшенню набряклості і відновленню мікроциркуляції;

серратіопептидаза зменшує інтенсивність больового синдрому за допомогою блокади вивільнення, наприклад, брадикініну в зоні запалення подразнення нервових закінчень.

Особливістю диклофенаку калію є те, що він розпадається при низьких значеннях pH (шлункового соку) і починає всмоктуватися в шлунку, приводячи до анальгезуючого ефекту через 20-40 хвилин. При болю слабкої та середньої інтенсивності широко застосовують парацетамол, який є анальгетиком вибору, особливо у високих дозах. У комбінації з диклофенаком їх анальгезуюча дія пролонгується (Вікторов О.П., 2008). Вивчення ефективності та безпеки препарату Фламідез у 105 пацієнтів з больовим синдромом різного генезу було проведено в лікувально-профілактичних закладах м Луганська та Луганської області під загальним керівництвом Луганського регіонального відділення ДФЦ МОЗ України. На початку дослідження інтенсивність болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) склала в середньому 4,60, що відповідає помірному болю. Проте вже через 2 дні після початку застосування Фламідеза рівень інтенсивності болю достовірно знизився в 1,52 рази. Важливо підкреслити ту обставину, що до кінця прийому хворими Фламідеза (4-й і 5-й день) інтенсивність болю по ВАШ була мінімальною. Більше того, у деяких пацієнтів до кінця прийому препарату скарги на біль зовсім відсутні. Зазначені дані дозволяють зробити висновок про реалізацію вираженою анальгезуючою активністю Фламідеза при болю різного генезу в умовах 5 денного застосування.

Вивченні ефективності та безпеки препарату Фламідез у пацієнтів з больовим синдромом різного генезу також проведено на базі Львівської комунальної міської лікарні швидкої медичної допомоги під керівництвом професора О.Р. Піняжко, завідувача кафедри фармакології Львівського національного медичного університету, керівника регіонального відділу ДФЦ МОЗ України. Висока ефективність препарату підтверджена у 100 пацієнтів гінекологічного та травматологічного профілю, а також з больовим синдромом, обумовленим щелепно-лицевою хірургічною патологією. Застосування Фламідеза виявилося ефективним, безпечним і добре переносилося пацієнтами. Отримані результати дозволили зробити висновок, що препарат Фламідез має виражену протизапальну, жарознижувальну і анальгетичну дію при больовому синдромі після травматологічних і ортопедичних оперативних втручань. Його застосування протягом 5 днів дозволило знизити показник ВАШ на 2,08-2,65 см. Препарат не викликав змін з боку клінічних та біохімічних показників крові і сечі, що свідчить про відсутність токсичної дії на печінку, нирки і систему крові.

Фламідез показав високу ефективність, добру переносимість і достатню безпеку при медичному застосуванні, що дозволяє рекомендувати його для подальшого застосування в клінічній практиці з метою фармакотерапії при больовому синдромі запального і незапального генезу. Таким чином, дослідження ефективності та безпеки препарату Фламідез (вкриті оболонкою таблетки, що містять 500 мг парацетамолу, 50 мг диклофенаку калію, 15 мг серратіопептидази у формі гранул з кишечно-розчинним покриттям), проведене в 2009 році в лікувально-профілактичних установах різних регіонів України за участю 305 пацієнтів різного профілю (травматологічного та ортопедичного, гінекологічного, стоматологічного, загальнотерапевтичного) з больовим синдромом різного генезу в

госпітальних та амбулаторних умовах свідчить про високу протизапальну і анальгезуючу ефективності, а також достатню безпеку препарату.
Спосіб застосування препарату Фламідез: таблетки, вкриті оболонкою, слід приймати цілими, запиваючи великою кількістю питної води. Препарат Фламідез рекомендується приймати після прийому їжі. Дорослим, як правило, рекомендується призначення 1 таблетки двічі або тричі на добу. Підліткам, як правило, рекомендується призначення 1 таблетки один або два рази на добу. При тривалій терапії дозу препарату слід зменшити до 2 таблеток на добу для дорослих і 1 таблетки на добу для підлітків. Максимальна рекомендована добова доза препарату Фламідез для дорослих становить 3 таблетки. Препарат слід приймати протягом мінімального періоду до усунення симптомів захворювання. У разі необхідності призначають повторний курс терапії. Враховуючи ці дані, наша пацієнтка отримувала препарат Фламідез по 1 таблетці з рази на добу протягом 7 днів.

В якості протиішемічного, ноотропного та антиоксидантного препарату - Тіоцетам 10 мл внутрішньовенно краплинно на 100 мл 0,9% фізіологічного розчину протягом семи днів. Для зняття м'язово-тонічного синдрому був призначений міорелаксант Тізалуд 2 мг 3 рази на добу п'ять днів і далі по 2 мг 1 раз на добу перед сном ще протягом п'яти днів. З приводу помірно виражених змін показників ліпідограми було призначено гіполіпідемічний препарат групи статинів – розукард 10 мг 1 раз на добу протягом 1 місяця з наступним підвищенням дози до 20 мг 1 раз на добу під контролем печінково-ниркових проб та ліпідограми. Також пацієнтка продовжила прийом антигіпертензивних препаратів (бісопролол 5 мг вранці) та аспірину 100 мг на добу, що постійно приймала. Крім медикаментозної терапії було призначено комплекс фізіотерапевтичних процедур, що включали магнітолазеротерапію та електрофорез з еуфіліном та платифіліном на комірцеву ділянку, що чергувалися кожного дня. Хворій проводились: масаж комірцевої ділянки та вздовж хребта, лікувальну фізкультуру, яка була направлена на укріплення м'язів шийного відділу хребта та курс голкорефлексотерапії.
На сьомий день лікування стан хворої значно покращився, міалгія та гострий головний біль пройшов, зменшилась болючість при пальпації м'язів шийного відділу та поворотах голови, при пальпації паравертебральних точок шийного відділу хребта, значно зменшилась астенізованість та покращився настрій. Вона була виписана із стаціонару з рекомендаціями щодо продовження прийому антигіпертензивних препаратів та антикоагулянтів, повторних курсів фізіотерапії та лікувальної гімнастики.

Література

1. Баринов А.Н. Цервикогенная головная боль - дифференциальная диагностика и лечение / Баринов А.Н., Пархоменко Е.В // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2012. - № 3. - С. 24-28.
2. Antonaci F. Cervicogenic headache: a real headache / Antonaci F., Sjaastad O. // Curr Neurol Neurosci Rep. - 2011.
3. Табеева Г.Р. Новое в лечении эпизодической головной боли напряжения / Табеева Г.Р., Азимова Ю.Э. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2010. - № 4.
4. Шток В.Н. Головная боль. 2-е изд. - 2007. - С. 472.
5. Маркус Д.А. Головная боль. - 2010. - С. 224.
6. Baigi K, Stewart WF. Headache and migraine: a leading cause of absenteeism. / Baigi K, Stewart WF. // Handb Clin Neurol. – 2015. - № 131. – P.447-463.
7. Викторов А. П. Комбинированные препараты НПВЛС: новые технологии фармакотерапии болевого синдрома / Викторов А. П. , Лукьянчук В И, Мамчур В И, Пиняжко О Р // Укр.медичний часопис. - 2009. - №10.- С.47-54

Остеохондроз шейного отдела позвоночника и его последствия: диагностика и лечение
(клинический случай)

- **Свиридова Н.К.**

д.мед.н., професор, заведующий кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика

- **Ингула Н.И.**

  аспирант кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика

Резюме

Термин «миалгия» означает «мышечную боль», которая возникает внезапно и сопровождается неприятными ощущениями при движениях или нагрузках на мышцы. Кроме резких болей, миалгия проявляется отечностью, возникновением воспаленных участков, нарушением проницаемости мембран мышечных клеток. Вопреки распространенному мнению, симптомы миалгии могут проявиться даже у абсолютно здоровых людей, а при наличии диагноза миалгии лечение направлено на устранение проблемы, ставшей причиной боли (воспалительный процесс, мышечный спазм, нарушения кровообращения и ишемия мышечных тканей, обменных нарушений в организме). Возникновение миалгии и острой головной боли связано со многими причинами сосудистого характера, психическим перенапряжение, ликвородинамическими расстройствами, наличием триггерных зон, а также дегенеративно-дистрофическими поражениями шейного отдела позвоночника. В статье описан клинический случай из практики - ведение пациента с миалгией и острой головной болью смешанного генеза, методы обследования и основные аспекты лечения. Отмечается положительный эффект от лечения препаратом Фламидез, имеющим широкий спектр действия при болевых синдромах различного генеза.

Ключевые слова: остеохондроз шейного отдела позвоночника, миалгия, острая головная боль, классификация, диагностика, лечение, Фламидез

Cervical osteochondrosis: diagnosis and treatment (clinical cases)

- **Svyrydova N.K.**
- **Ingula N.I.**

  Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Summary

The term «myalgia» means «muscle pain» that occurs suddenly and is accompanied by the sensation of movement or stress on the muscles. In addition to sharp pain, myalgia evident swelling, occurrence of inflamed areas, a violation of the permeability of the membranes of muscle cells. Contrary to popular belief, the symptoms of myalgia may occur even in perfectly healthy people, and in the presence of the diagnosis myalgia treatment is aimed at addressing the problems that caused pain (inflammation, muscle spasms, circulatory disorders and muscle tissue ischemia, metabolic disorders in the body). The occurrence of acute myalgia and headache associated with many causes of vascular nature, mental strain, liquorodynamic disorders, the presence of trigger zones, and degenerative-dystrophic lesions of the cervical spine. This article describes a clinical case study - of patients with acute myalgia and headache mixed genesis, methods of examination and the basic aspects of the treatment. There is a positive effect of treatment with Flamidez having a broad spectrum of activity in pain syndromes of different genesis.

Keywords: cervical osteochondrosis, myalgia, severe headache, classification, diagnosis, treatment, Flamidez