

# Діагностика і лікування потиличної невралгії та цервікогенного головного болю

У лютому відбувся медичний форум Ukraine Neuro Global 2024, організований ГО «Українська асоціація медичної освіти» (м. Київ). Під час заходу обговорювалися найактуальніші проблеми сучасної неврології. У рамках форуму відбувся сателітний симпозиум «Актуальні питання фармакотерапії в неврології». Словомала в.о. завідувача кафедри неврології Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика (м. Київ), доктор медичних наук, професор Марина Анатоліївна Тріщинська з доповіддю «Краніоцервікалії: особливості діагностики та лікування».



М.А. Тріщинська

– Краніоцервікалія – проблема, яка поєднує головний біль і біль у шиї, що спричиняє погіршення якості життя. Розповсюдженими вторинними головними болями з потиличною локалізацією як ключовою ознакою є потилична невралгія (occipital neuralgia, ON) і цервікогенний головний біль (cervicogenic headache, CGH). ON – односторонній / двобічний нападоподібний (стріляючий чи колючий) біль у задній ділянці голови – в зоні іннервації великого, малого та/або третього потиличного нерва; іноді супроводжується зниженням чутливості або дизестезією в ураженій ділянці та пов'язаний із чутливістю залучених нервів. CGH – головний біль, спричинений ураженням шийного відділу хребта (кісток, дисків, м'яких тканин); зазвичай (але не завжди) супроводжується болем у шиї.

Незважаючи на те що між цими двома станами існує певна клінічна схожість, чіткі додаткові ознаки можуть допомогти клінічно диференціювати головний біль при ON і CGH, механічно пов'язаний із конвергенцією між верхніми шийними ноцицептивними аферентами та тригемінальними ноцицептивними аферентами в тригеміноцервікальному комплексі. Це дозволяє зрозуміти, чому біль, що виникає при ураженні верхніх шийних нервів, досягає ділянок голови, які іннервуються трійчастими аферентами, наприклад орбітальної, лобової та тім'яної ділянок (Bogduk N., 2004).

Слід пам'ятати, що в шийному трійчастому шляху низхідні волокна трійчастого нерва взаємодіють зі спинномозковими нервами та спинномозковим трактом, а висхідний трійчасто-таламичний тракт несе інформацію назад до середнього мозку, таламуса і кори головного мозку. Великий потиличний нерв (ВПН) – найчистіший чутливий нерв в організмі; походить від дорсальної гілки C2, щоб іннервувати шкіру голови, яка покриває задню ділянку черепа (до маківки). Малий потиличний нерв походить від дорсальної гілки C2 (іноді C3), щоб іннервувати шкіру голови латеральніше зони ВПН, а також шию позаду та вище від вуха. Третій потиличний нерв відходить від дорсальної гілки C3 та іннервує покриви нижньої потиличної ділянки голови і верхньої ділянки шиї.

ON характеризується нападоподібним, одностороннім або двобічним болем стріляючого, гострого або колючого характеру. Біль виникає над задньою ділянкою скальпа, іррадіює вгору до передньої ділянки голови, слідує розподілу великого, малого та/або третього потиличного нерва. Біль може поширюватися до лобово-орбітальної зони за рахунок з'єднання трійчастого нерва з потиличними нервами.

ON має певні клінічні особливості. Так, біль при ON зазвичай іррадіює від підпотиличної ділянки до маківки та є одностороннім у 85% пацієнтів. Можуть відбуватися тяжкі та пароксизмальні напади, що тривають від секунд

до хвилин. У проміжках між пароксизмами можуть бути постійний тупий біль на території потиличного нерва, дизестезія або алодинія. Постійний потиличний біль за відсутності будь-якої супутньої дизестезії чи алодинії може свідчити про джерело болю із шийних структур. Зазвичай відчувається болючість ураженого нерва, гілок; може виявлятися тригерна точка болючості в зоні іннервації великого потиличного нерва чи в зоні іннервації C2. Може спостерігатися поколювання, зумовлене легким натисканням або перкусією в зоні іннервації, відоме як симптом Тінеля, а також біль при гіперекстензії або ротации шиї, коли пацієнти знаходяться в ліжку (знак подушки).

Фактори ризику ON включають неправильне положення (або рухи) шиї, спазми трапецієподібного та груднинно-ключично-соскоподібного м'язів.

ON може бути фенотипом посттравматичного головного болю, CGH, болю після встановлення вентрикулоперитонеального шунта (від місцевого подразнення шунтовою трубкою).

Згідно з IHS Classification ICHD-3, діагностичними критеріями ON є:

- ✓ односторонній / двобічний біль у зоні іннервації великого, малого та/або третього потиличного нерва, що відповідає критеріям B-D;
- ✓ біль має щонайменше 2 з таких 3 характеристик:

- повторюваний у вигляді пароксизмальних нападів тривалістю від кількох секунд до хвилин;
- тяжкий за інтенсивністю;
- стріляючий, колючий або різкий;
- ✓ біль, пов'язаний з дизестезією та/або алодинією, очевидними під час нетравматичної стимуляції шкіри голови та/або волосся:

- 1 або 2 з такого:
  - а) болючість над ураженими гілками нерва;
  - б) тригерні точки при виході великого потиличного нерва або за розподілу C2;
- ✓ біль тимчасово зменшується за допомогою місцевої анестетичної блокади ураженого нерва (або нервів);
- ✓ не краще пояснюється іншим діагнозом ICHD-3.

Біль при ON може досягати лобово-орбітальної ділянки через тригеміноцервікальні міжнейрональні зв'язки ядер трійчастого нерва. ON слід відрізнити від потиличного болю, що виникає в атлантаксіальному ураженні чи ураженні зигапофізарних суглобів або міофасціальному синдромі м'язів шиї та/або прилеглих ділянок.

Причини класичного варіанта CGH – розлад або ураження шийного відділу хребта чи м'яких тканин. Головний біль має часовий зв'язок з ускладненням шийного відділу. Обсяг рухів шиї може бути зменшений. Головний біль можна посилити провокаційними маневрами в шиї. Причинно-наслідковий зв'язок слід розглядати в контексті клінічної картини та підозрюваного основного захворювання.

Фактори ризику CGH – біла раса, поперекова радикулопатія в анамнезі, регулярний підйом важких вантажів, куріння, управління вібрвальними механізмами, керування машиною, травма.

Діагностичні критерії CGH (за IHS Classification ICHD-3):

- ▶ будь-який головний біль, що відповідає критерію C;
- ▶ клінічні та/або візуалізаційні докази ушкодження чи ураження шийного відділу хребта або м'яких тканин шиї, які можуть спричинити головний біль;
- ▶ докази причинно-наслідкового зв'язку, що підтверджуються щонайменше двома з такого:

- головний біль розвинувся в часовому сенсі до початку захворювання шиї або появи ураження;
- головний біль значно зменшився або зник паралельно з покращенням чи усуненням ушкодження або ураження шийного відділу хребта;
- діапазон рухів шийного відділу зменшується, а головний біль значно посилюється під час провокаційних маневрів;
- головний біль припиняється після діагностичної блокади шийної структури або її нервового забезпечення;

▶ не пояснюється іншим діагнозом ICHD-3.

Лікування краніоцервікалії включає нефармакологічні заходи (масаж, прохолодні компреси, фізичні вправи, покращення постави, фізіотерапію, черезшкірну електричну стимуляцію нервів, блокади з анестетиком) і фармакологічний підхід (нестероїдні протизапальні препарати, трициклічні антидепресанти, міорелаксанти, протисудомні засоби). Для більшості пацієнтів із компресійною шийною радикулопатією є консервативна терапія.

Ефективний препарат для регенерації мієлінової оболонки, відновлення функціональності аксона та зменшення нейропатичного болю – Нуклео ЦМФ Форте, який має унікальний склад 4 нуклеотидів – попередників нуклеїнових кислот (ДНК і РНК): цитидинмонофосфат (СМР), уридинмонофосфат (УМР), уридиндифосфат (UDP) і уридинтрифосфат (УТР). Ці молекули забезпечують відновлення структурних складових нейронів і шваннівських клітин (фосфоліпідів, гліколіпідів, глікопротеїнів, глікоцеребросидів), нейропротекцію в умовах ішемії нервового волокна, анагетичну дію.

Крім того, УТР – сигнальна молекула запуску регенерації шваннівських клітин та ремієлінізації; забезпечує надолуження енергодефіциту, покращення трофіки нерва та м'яза (Martínez T. et al., 2011). Також УТР довів свою антиноцицептивну дію (зменшення нейропатичного болю і сенситизації) (Andó R.D. et al., 2010).

Нуклео ЦМФ Форте в пацієнтів із компресійною нейропатією має достовірну перевагу над вітаміном В<sub>12</sub> у монотерапії у зменшенні болю та поліпшенні функціонального стану пацієнтів (Goldberg H. et al., 2017).

Іншим препаратом, який використовується в комплексній терапії краніоцервікалії, є Веносміл – інноваційна молекула гідросміну, що містить одночасно ліпофільні та гідрофільні фрагменти, а це забезпечує швидке всмоктування із шлунково-кишкового тракту, високу біодоступність (до 80%) і швидку дію. Гідросмін пригнічує рівні циклооксигенази-2, фактора некрозу пухлин, інтерлейкіну-6 (ІЛ-6), простагландину Е2, а також інгібує ядерний фактор каппа В.

Гідросмін посилює деформованість еритроцитів, отже, змінює розподіл регіонарного кровотоку зі зменшенням в'язкості крові, що зумовнює достатню оксигенацію тканин, а тому зменшує їхню гіпоксію. Завдяки цим властивостям препарат Веносміл зменшує в'язкість крові, колаген-індуковану агрегацію тромбоцитів, покращує реологічні властивості еритроцитів і оксигенацію тканини, зменшує капілярну проникність, ламкість капілярів і набряк, поліпшує циркуляцію лімфи, діє на веномоторний тонус і венозний відтік, нормалізує функцію венозної стінки, а також усуває наслідки венозного стазу, спричиненого варикозною дилатацією. Результати нещодавнього дослідження продемонстрували, що гідросмін може бути потенційною молекулою для зупинки прогресування та розвитку остеартрити (Luo Jun, Yu Mingchuan et al., 2023).

Підготував **Олександр Соловій**

**Нуклео ЦМФ Форте**  
ВІДНОВЛЮЄ ЗВ'ЯЗКИ

Сприяє регенерації нервового волокна

- Відновлює передачу нервового імпульсу
- Зменшує потребу в анальгетиках
- Послідовність лікування: від ін'єкцій до капсул - сприяє зворотному розвитку діабетичної нейропатії, згідно з даними клінічного та електро-нейроміографічного обстеження\*

Показання. Лікування невропатії кістково-суглобового (заплеччя, ступні), метаболічного (діабетична поліневропатія), інфекційного походження (паростричковий ішемічний синдром Базеля, Нейролітисис, синдром Гілла-Барре, синдром Гілла-Барре, синдром Гілла-Барре, синдром Гілла-Барре).  
Льодий реакції. Не були спостережені. У разі з'ясування чутливості до активних речовин, включаючи аспірин, саліцилати, салицилати, гідрокортизон.  
У разі виникнення особливих реакцій, зупинити застосування препарату, проконсультуватися з лікарем.  
Противопоказання. Високі ступні реакції на окремі компоненти препарату.  
\*Результати клінічного дослідження Nucleo ЦМФ Форте (за даними дослідження (Luo Jun, Yu Mingchuan) 2023) 10.21.23.

**ferrer**

Інформація для фахівців у сфері охорони здоров'я, для поширення на спеціалізованих семінарах, конференціях і симпозиумах з медичної тематики