

Цереброкардіальні прояви остеохондрозу шийно-грудного відділу хребта

Науково-практична конференція «Від науки до практики», що відбулася в Дніпрі, мала на меті ознайомити практикуючих лікарів із науковими досягненнями світової медицини. Як і сама сімейна медицина, захід був надзвичайно багатограним й охопив широкий спектр тем.

До переліку питань, що розглядалися, увійшли стратегія і тактика розвитку первинної ланки медичної допомоги, аналіз основних скринінгових лабораторних тестів, лікування серцево-судинних захворювань, головні аспекти професійних патологічних станів, терапія остеоартрозу, м'язових спазмів, болю в спині, рецидивуючих респіраторних захворювань, закріпів, хвороб печінки тощо. Поряд із традиційними засіданнями програма конференції включала майстер-класи та секцію стендових доповідей.



Президент Української асоціації остеопорозу, Української асоціації менопаузи, андропаузи і захворювань кістково-м'язової системи, керівник відділу клінічної фізіології і патології опорно-рухового апарату ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України» (м. Київ), доктор медичних наук, професор Владислав Володимирович Поворознюк

провів майстер-клас, присвячений цереброкардіальним проявам остеохондрозу шийно-грудного відділу хребта, у ході якого охарактеризував найважливіші передумови та симптоми цих проявів, а також продемонстрував виконання основних фізикальних діагностичних тестів.

– Висока частота розвитку дегенеративно-дистрофічних змін шийного відділу хребта зумовлена його анатомічними особливостями. Тіла шийних хребців відокремлені одне від одного не на всій протяжності. У бічних відділах тіла хребців витягнуті вгору і немов охоплюють тіло хребця, який лежить вище. Витягнуті вгору краї тіл називають гачкоподібними відростками, а їх з'єднання з тілом вищерозташованого хребця – унковертебральними зчленуваннями, або суглобами Люшка. Ще однією важливою особливістю шийних хребців є наявність широкого та вигнутого поперечного відростка, в якому розміщується поперечний отвір. Ці отвори утворюють канал, у якому проходить хребтна артерія.

Церебральні порушення при остеохондрозі шийного відділу хребта розвиваються у зв'язку з особливими умовами формування заднього церебрального судинного басейну (вертебро-базиллярного) та прямими іннерваційними зв'язками вегетативних гангліїв ший із церебральними судинами. Описано багато зумовлених остеохондрозом хребта чинників, які спричиняють недостатність кровообігу у вертебро-базиллярному басейні. Серед них компресія вертебральної артерії розростаннями країв унковертебрального з'єднання аж до значного її перегибу; сублюксація за Ковачем (підвивих переднього кута верхнього суглобового відростка нижче розміщеного хребця, при якому він розташовується спереду від заднього горбика поперечного відростка вище розташованого хребця і перетискає хребтову артерію); подразнення періартеріального вегетативного сплетення (вертебрального нерва) і рефлекторний спазм судин вертебро-базиллярної системи; патологічна імпульсація по судинно-рухових вегетативних волокнах з ураженого міжхребцевого диска і рефлекторний спазм судин вертебро-базиллярного басейну; подразнення зірчастого ганглія, з якого бере початок вертебральний нерв; атеросклеротичні зміни хребтових артерій, що порушують їхню еластичність і призводять до патологічної звивистості та перегибів в екстракраніальному відділі.

В окрему нозологію відведено задній шийний симпатичний синдром (шийна мігрень, синдром Барре), клінічна картина якого складається з таких ознак, як головний біль, вушні й очні симптоми, глоткові та гортанні симптоми, гіпоталамічні порушення. Головні болі в цьому випадку мають судинний пульсуючий характер, часто за типом гемікранії, є нападаподібними,

локалізуються в шії або потилиці, іррадіюють в скроневу, завушну, тім'яну та фронтальноорбітальну ділянки. Болі локалізуються в шкірі поверхні голови лише у 22% хворих, натомість у більшості до патологічного процесу залучені судини оболонки мозку та церебральних структур. За перебігом больові прояви зазвичай є пароксизмальними, однак іноді пароксизми виникають на тлі постійного болю.

Вушними симптомами є відчуття тиску та болю в зовнішньому слуховому проході, шум і дзвін у вухах, зниження слуху. В основі цих скарг лежать вегетативно-судинні розлади в завитку та лабіринті. Дуже часто в патологічний процес залучаються судини вестибулярного аналізатора; в цих випадках у пацієнтів виникають системні запаморочення з похитуванням при ходьбі, відчуттям провалювання, нудотою, блюванням.

Очні симптоми зазвичай поєднуються з болями в очниці, що посилюються при поворотах ока. Ці симптоми включають погіршення гостроти зору, появу туману, мушок або райдужних кіл перед очима. У тяжких випадках розвиваються так звана цервікальна глаукома, зміни на очному дні, нейродистрофічний кератит.

У глотці іноді виникають парестезії у вигляді поколювання, печіння або відчуття стороннього тіла, яке спонукає до відкашлювання. На висоті пароксизму голос може ставати хрипким або ж виникає афонія. У деяких хворих мігренозний пароксизм переростає в гіпоталамічний, частіше з перебігом за симпатоадреналовим типом: із серцебиттям, ознобом і тремтінням у всьому тілі, підвищенням артеріального тиску, порушенням діурезу, фобіями.

Значна частина пацієнтів з остеохондрозом шийного відділу хребта страждають на синкопальний вертебральний синдром Унтерхарншейдта та дроп-синдром. У такому випадку напади без втрати свідомості тривають кілька хвилин, із втратою свідомості – дещо довше. Повернення свідомості відбувається швидше при перебуванні пацієнта в горизонтальному положенні. Після нападу, крім різкої слабкості в нижніх кінцівках і загальної слабкості, спостерігаються сильні головні болі, шум у вухах, фотопсії, виражена вегетативна лабільність. У деяких випадках протягом 1-2 діб після синкопального стану відзначаються гіперсомнія, безтямна мова.

Що стосується болю в ділянці серця, зумовленого хворобами хребта, для опису цього стану використовуються низка термінів, як-от «цервікальна стенокардія», «псевдостенокардія», «вертеброкардіальний синдром», «спондилокардіальний синдром», з-поміж яких загальноприйнятою є дефініція «вертеброгенна кардіалгія». Загалом біль у серці може бути наслідком не лише безпосередньо кардіоваскулярних патологічних станів (аневризми аорти, тромбоемболія легеневої артерії, інфаркт міокарда, стенокардія, перикардит), а й некоронарогенних хвороб, зокрема остеохондрозу шийного та грудного відділів хребта; захворювань периферичної нервової системи (шийно-плечові радикуліти різної природи, симпаталгії, міжреберні невралгії, подразнення нервових сплетень і стовбурів зони С5-Д6); тривожних розладів; патології ребер і хрящів (травми, запалення, синдром Тітце); синдрому передньої грудної стінки; інфекційних процесів (оперізувальний лишай, епідемічна міалгія); хвороб шлунково-кишкового тракту (езофагоспазм, виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, хвороби жовчного міхура), легень і плеври (інфаркт легень, пневмоторакс, плеврит, пневмонія), середостіння (медіастиніт). Кардіалгії також супроводжують клімакс у жінок і віковий гіпогонадизм у чоловіків. Враховуючи демографічні прогнози, що вказують на старіння популяції, поширеність вертеброгенних кардіалгій й надалі зростатиме.

Для оцінки функціонального стану шийного відділу хребта застосовуються визначення його біомеханіки, тест Спурлінга-Сковілля, тест дистракції шийного відділу хребта, тест компресії міжхребцевих отворів, компресійний тест Джексона, згинальний і розгинальний

компресійний тести, проба Адсона, тест Райта, проба Бертші-Рооше тощо.

Основними характеристиками вертеброгенних кардіалгій є зв'язок болю з певними позами та рухами (відведення руки, заведення її за спину, піднімання вище горизонтального рівня, нахили та повороти голови тощо); виникнення болю при натисканні на голову під час нахилу злегка вперед і в бік ураження (симптом Спурлінга-Сковілля); асоціація кардіалгій із загостренням неврологічних проявів остеохондрозу; зникнення болю в серці після лікування остеохондрозу.

На бічних спондилограмах пацієнтів із вертеброгенними кардіалгіями визначаються такі структурно-функціональні зміни, як зниження висоти міжхребцевих дисків у задній ділянці хребетних сегментів С4-С6 та в передній ділянці сегментів Д2-Д4; нестабільність на рівні сегментів С3-С5, наявність кісткових розростань по задньому краю та локальний кіфоз на рівні С5-С6 (у молодому та середньому віці); аналогічні зміни на рівні С4-С6, Д2-Д7 (у літньому та старечому віці). Хворим із симптомами, схожими на ознаки ішемічної хвороби серця, притаманне зниження висоти міжхребцевих дисків на рівні сегментів С6-С7, часто з крайовими кістковими розростаннями тіл хребців.

Основою лікування остеохондрозу й остеоартрозу є нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). Масштабний метааналіз B.R. da Costa і співавт. (2016) виявив, що найефективнішим НПЗП стосовно зниження болю та покращення функцій опорно-рухового апарату наразі є диклофенак (Диклоберл, компанія «Берлін-Хемі АГ», Німеччина) в дозі 150 мг/добу. Доказів сприятливого впливу парацетамолу отримано не було.

Слід зауважити, що за умов блокади циклооксигенази (ЦОГ) має місце так званий ефект субстратної активації, тобто посилюється метаболізм арахідонової кислоти незаблокованим ліпооксигеназним шляхом. Тому оптимальний НПЗП має блокувати не лише ЦОГ, а й 5-ліпооксигеназу (ЛОГ), оскільки утворені під її впливом лейкотрієни С4, D4 та E4 сприяють компенсаторному підсиленню запалення, а також провокують низку побічних ефектів (виразки шлунково-кишкового тракту, бронхоспазм, алергічні явища) (Charlier C., Michaux C., 2003). Препаратами, що забезпечують таке подвійне інгібування, є диклофенак (Диклоберл, «Берлін-Хемі АГ», Німеччина) та німесулід (Німесил, «Берлін-Хемі АГ», Німеччина). Важливо також, що німесулід на 92% блокує колагеназу, протидіючи пошкодженню суглобового хряща. Натомість для індометацину та парацетамолу цей ефект виражений незначно (Barracchini A. et al., 1998).

Німесулід активно застосовується в 50 країнах світу та 10 країнах Єврозоюзу. Відповідно до даних Європейського агентства з лікарських засобів, німесулід належить до 5 найбільш гепатобезпечних НПЗП. До числа лідерів у цьому аспекті разом із німесулідом входять також диклофенак і целекоксиб. Важливо, що застосування німесуліду супроводжується низьким ризиком шлунково-кишкових кровотеч (1,5%). Для порівняння: аналогічний ризик для мелоксикаму втричі вищий (4,5%), а для кеторолаку – більший майже в 15 разів (21,8%). Диклофенак також характеризується відносно невеликою імовірністю гастроінтестинальних кровотеч (3,2%).

Таким чином, лікування вертеброгенних кардіалгій та інших цереброкардіальних проявів остеохондрозу шийно-грудного відділу хребта передбачає передусім терапію основного захворювання. Основою лікувальної тактики в разі хвороб опорно-рухового апарату є застосування НПЗП. Оскільки найважливішими вимогами до НПЗП є висока протизапальна та знеболювальна ефективність, подвійна блокада ЦОГ-2 та 5-ЛОГ і висока безпека для печінки та шлунково-кишкового тракту, оптимальними препаратами цього класу є німесулід (Німесил, «Берлін-Хемі АГ», Німеччина) та диклофенак (Диклоберл, «Берлін-Хемі АГ», Німеччина). Ці лікарські засоби ефективно блокують всі шляхи запалення, болю й алергії, усуваючи клінічні прояви остеохондрозу.

Підготувала Лариса Стрільчук



