

Боль в шее: дифференциальный диагноз и основные подходы к лечению

👁 Н.А. Шостак, Н.Г. Правдюк

*Кафедра факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова
Российского государственного медицинского университета им. Н.И. Пирогова*

Цервикалгия является одной из важных проблем медицины. В статье представлены современные данные по дифференциальной диагностике болей в шее, наиболее частые причины, включая травмы, инфекционные и неинфекционные заболевания, новообразования и др. Обсуждается классификация болей в шее и основные подходы к терапии неспецифической цервикалгии.

Ключевые слова: боль в шее, цервикалгия.

Боль в шее (цервикалгия) — одна из важных проблем современной медицины, имеющая мультидисциплинарный характер. Многочисленные скрининговые обследования показали, что в течение года 12–72% людей трудоспособного возраста испытывают боль в шее, при этом у 1,7–11,5% пациентов цервикалгия приводит к нетрудоспособности.

Симптомы цервикалгии присутствуют в клинической картине целого спектра неврологических, ревматологических, травматологических, терапевтических и других заболеваний. **Наиболее частые причины болей в шее:**

неспецифические причины:

- дисфункция дугоотростчатых суставов;
- миофасциальный синдром (МФС);
- протрузии и грыжи межпозвонковых дисков (МПД);
- кривошея;
- артроз фасеточных суставов;

травмы:

- межпозвоночных суставов;
- МПД;
- мышц и связок;

- переломы и вывихи позвонков (в том числе “хлыстовая” травма);
- ревматические заболевания:**

- ревматоидный артрит;
- ювенильный хронический артрит;
- серонегативные спондилоартриты (анкилозирующий спондилит, псориатический артрит, артриты при воспалительных заболеваниях кишечника, синдром Рейтера);
- ревматическая полимиалгия;
- фибромиалгия;
- идиопатический диффузный гиперостоз скелета;

инфекционные заболевания:

- костей — остеомиелит, туберкулез (в том числе дисцит);
- другие — шейный лимфаденит, полиомиелит, столбняк, опоясывающий лишай, менингит, менингизм, малярия, абсцесс глотки или заглоточного пространства;

новообразования:

- первичные;
- метастатические;
- рак Панкоста (сдавление плечевого сплетения при раке верхней доли легкого);
- миелома;
- опухоль глотки или заглоточного пространства;

Контактная информация: Правдюк Наталья Григорьевна, pravda547@yandex.ru

эндокринные заболевания:

- острый тиреоидит;
- болезнь Педжета;
- психогенная боль;**
- отраженная боль:**
- при заболеваниях внутренних органов (сердечно-сосудистые, болезни пищевода, в том числе инородное тело в пищеводе, рак легкого);
- при внутричерепных объемных образованиях (субарахноидальное кровоизлияние, опухоль, абсцесс).

Клиническая классификация болей в шее подразумевает выделение **вертеброгенных и невертеброгенных** причин. Кроме того, боли в шее принято подразделять с учетом локализации основного болевого синдрома и характера иррадиации болей. Если боль локализуется только в шее, ее называют цервикалгией, при иррадиации боли в руку, голову или межлопаточную область применяют термины цервикобрахиалгия, цервикокраниалгия и цервикоторакалгия.

К наиболее распространенным **вертеброгенным цервикалгиям** относят дисфункцию дугоотростчатых суставов и связочного аппарата (функциональные блоки), МФС, спондилез (протрузии и грыжи МПД) и артроз фасеточных суставов, которые объединяют в группу неспецифических причин боли в шее.

Для **дисфункции дугоотростчатых суставов** (рис. 1) характерны:

- тупая (реже острая) боль в шее, чаще по утрам, после сна в неудобном положении (больные нередко говорят, что их “продуло”);
- иррадиация боли в затылок, ухо, лицо и висок (при поражении верхнешейного отдела позвоночника) или в плечо, особенно в надлопаточную область (при поражении нижнешейного отдела), тогда как иррадиация в руку нехарактерна;
- усиление боли при движениях и ослабление ее в покое;

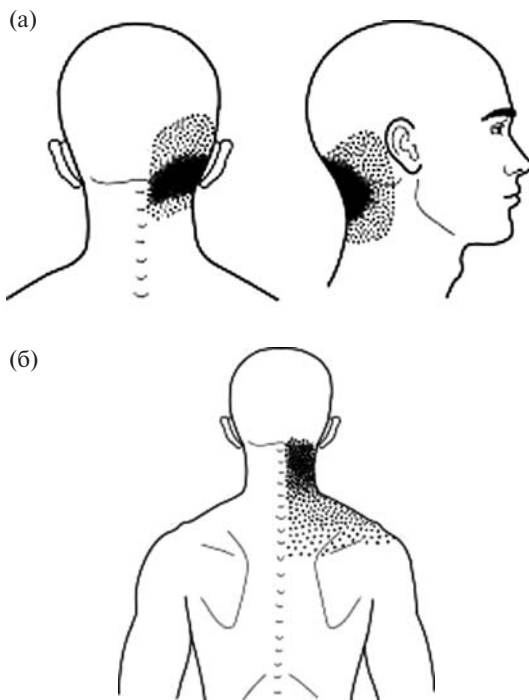


Рис. 1. Локализация боли при дисфункции фасеточных суставов на уровне: а — C_2 ; б — C_3 .

- при осмотре — напряжение мышц шеи, односторонняя болезненность в проекции пораженного сустава;
- изменения на рентгенограммах отсутствуют.

Шейный спондилез объединяет весь комплекс поражений позвоночно-двигательного сегмента дегенеративного характера (снижение высоты МПД, протрузии и грыжи МПД, остеофитоз, артроз фасеточных суставов), который чаще всего затрагивает верхнешейные и нижнешейные позвонки.

Грыжи МПД, имеющие клиническое значение, наиболее часто локализуются на уровне C_5-C_6 и C_6-C_7 . Болевой синдром при грыже шейного МПД имеет следующие особенности:

- острое начало после физической нагрузки, неловкого движения или травмы;
- усиление боли в шее и руке при кашле, чихании, натуживании, сдавлении ярем-

ных вен (за счет повышения давления в эпидуральном пространстве);

- усиление боли в шее и руке при наклоне головы и при вращении головы в боковую сторону с ее запрокидыванием;
- “вынужденное” положение головы с легким наклоном вперед и в сторону, противоположную локализации боли.

Вклад артроза фасеточных суставов в происхождение болей в шее увеличивается с возрастом. Особенности болевого синдрома при **спондилоартрозе шейного отдела**:

- боль в шее провоцируется легкой травмой, неудачным движением, переохлаждением, длительным пребыванием в неудобной позе (в том числе во время сна); у части больных отмечается постоянный характер боли;
- боль усиливается при разгибании шеи и/или наклоне в сторону более пораженного сустава;
- при вовлечении верхнешейных суставов боль иррадирует в область затылка и лба, среднешейных суставов — в область надплечья и плеча, нижнешейных — в лопатку и межлопаточную область;
- ограничение подвижности шейного отдела позвоночника, особенно при разгибании (сгибание и ротация, как правило, сохранены);
- пальпация фасеточных суставов болезненна (обычно с двух сторон);
- выявляются рентгенологические признаки спондилеза (снижение высоты МПД, остеофиты, артроз фасеточных суставов).

Спектр спондилогенных причин цервикалгий дополняют **поражения шейного отдела позвоночника при ревматических заболеваниях**.

При **ревматоидном артрите (РА)** после 10 лет заболевания позвоночник вовлекается в патологический процесс у 80% больных. Эрозивно-деструктивный процесс на уровне I и II шейных позвонков приводит к развитию атлантоаксиального подвывиха со смещением позвонка C_1 по отношению к

C_2 , который осложняется нестабильностью шейного отдела позвоночника. Необходимо помнить, что смещение позвонков — это лишь рентгенологический признак, а нестабильность позвоночника — клинический симптомокомплекс, включающий боль и неврологические нарушения.

Однако поражение позвоночника при РА не ограничивается лишь вовлечением первых двух шейных позвонков. В сегментах C_2 — C_7 на фоне деструкции межпозвонковых суставов, размягчения и разрыва межостистых связок, спондилодисцита (специфическое ревматоидное поражение МПД) развиваются субаксиальная нестабильность и подвывих позвонков, встречающиеся у каждого четвертого больного РА с поражением шейного отдела позвоночника. Симптомы поражения шейного отдела позвоночника варьируют от локальной боли в области шеи и затылка до неврологических проявлений в виде парестезий, иррадирующих в руку и усиливающихся при сгибании, разгибании и ротации головы. Тяжелые неврологические осложнения (недержание мочи, кала, слабость нижних конечностей) при РА встречаются достаточно редко.

Диагностика смещения позвонков проводится при рентгенографии шейного отдела позвоночника в положении максимального сгибания и разгибания. При нестабильности атлантоаксиального сустава достаточно проведения боковой рентгенографии, которая позволяет выявить увеличенное расстояние между зубовидным отростком C_2 и передней дугой атланта (в норме оно составляет у женщин до 2,5 мм, у мужчин до 3 мм). Частота нестабильности шейных позвонков коррелирует с частотой деструкции пястно-фаланговых суставов кистей, что наблюдается чаще у мужчин и дает основание для рентгенологического обследования шейного отдела позвоночника.

Среди других причин атлантоаксиального подвывиха следует назвать травму, псориазический и идиопатический спондилит, заглоточный абсцесс.

Боль в шее, сопровождающаяся ограничением движений во всех плоскостях, характерна для **анкилозирующего спондилита**. Боль и воспалительный процесс на уровне позвонково-двигательных сегментов сопровождаются рефлекторным напряжением мышц шеи, сменяющимся с течением времени анкилозированием дугоотростчатых суставов и оссификацией фиброзных колец МПД с формированием синдесмофитов. Для оценки функции позвоночника на шейном уровне используют измерение расстояния от подбородка до грудины при максимальном сгибании головы (в норме — 0 см). Степень выраженности шейного кифоза определяют пробой Форестье: больного ставят спиной к стене и просят прижать к ней лопатки, ягодицы и пятки, после чего ему предлагают коснуться стены затылком, не поднимая подбородка выше обычного уровня. Невозможность соприкосновения затылка со стеной свидетельствует о поражении шейного отдела, а расстояние до стены может служить показателем выраженности этого поражения в динамике. Дебют анкилозирующего спондилита с поражения шейного отдела позвоночника наиболее характерен для лиц женского пола, в связи с чем выделен “женский” вариант этой болезни.

Среди всех случаев **метастатического поражения позвоночника** шейный отдел вовлекается в патологический процесс в 10% случаев (грудной — в 70%, поясничный — в 20%). Чаще всего в позвоночник метастазируют рак молочной железы, предстательной железы и легкого, несколько реже — меланома, рак почки и щитовидной железы. Боли в шее, в частности, характерны для синдрома Панкоста, когда за 7–12 мес до установления диагноза рака легких (чаще в области верхушки или верхней легочной борозды) появляется боль в руке и шее

с последующим развитием синдрома Горнера (птоз, миоз) и атрофии мышц кисти на стороне поражения.

Среди болевых синдромов в области шеи особое место занимает **компрессионный синдром грудного выхода** (синдром передней лестничной мышцы — ПЛМ, синдром Наффцигера). Он возникает в результате рефлекторного напряжения ПЛМ, вызванного раздражением нервных корешков при вертеброгенной патологии в шейном отделе, и развития МФС. ПЛМ соединяет поперечные отростки III–IV шейных позвонков с I ребром. Между ПЛМ и ребром проходят подключичная артерия и плечевое сплетение, которые сдавливаются при напряжении мышцы. Это приводит к появлению чувства онемения, покалывания и нарушению чувствительности в IV–V пальцах кисти, по внутренней поверхности кисти и предплечья, формированию отека над пястно-фаланговыми суставами II–V пальцев и на тыльной поверхности кисти, а также скованности движений в пальцах, усиливающейся в утренние часы. Для синдрома характерны тоническое напряжение ПЛМ, сосудистые расстройства — похолодание конечности, цианоз, онемение, отечность, исчезновение пульса на лучевой артерии при подъеме руки вверх и наклоне головы в пораженную сторону (проба Адсона). Иногда у больных определяется припухлость (псевдоопухоль Ковтуновича) в области надключичной ямки, обусловленная обратимым лимфостазом на фоне компрессии лимфатических сосудов.

При развитии МФС на уровне лестничных мышц важное диагностическое значение приобретает проба на спазм лестничных мышц. Максимальный поворот головы в сторону боли и энергичное опускание подбородка в надключичную ямку приводит к сокращению лестничных мышц, активации в них триггерных точек и вызывает характерный паттерн отраженной боли (рис. 2).

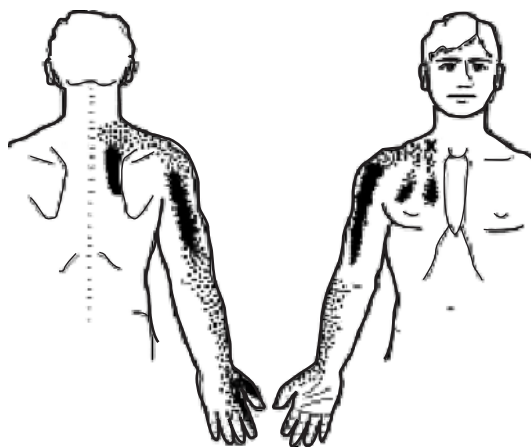


Рис. 2. Миофасциальный синдром лестничной мышцы (активная триггерная точка и паттерн боли).

Самостоятельное значение в происхождении цервикалгий может иметь **миофасциальный синдром мышц шеи и плечевого пояса** (трапециевидной мышцы; мышцы, поднимающей лопатку; многораздельной мышцы; мышцы, выпрямляющей позвоночник и др.). МФС трапециевидной мышцы развивается при охлаждении, длительном нахождении в одной позе. Триггерные точки в верхней порции трапециевидной мышцы вызывают характерный паттерн боли с возникновением цервикобрахиалгии. Триггерные точки в средней порции трапециевидной мышцы становятся причиной жгучей боли в межлопаточной области. Они активируются при длительном удерживании вытянутых вперед рук (например, при управлении автомобилем). При длительном сидении за столом с наклоном туловища вперед формируются и активируются триггерные точки в нижней порции трапециевидной мышцы.

Комиссией по изучению болей в шее (Neck Pain Task Force, 2008) предложены следующие **градации цервикалгии**:

I — нет симптомов, свидетельствующих о серьезной структурной патологии, нет ограничения повседневной активности (или оно незначительное), не требуется допол-

нительных исследований и лечения, вероятен ответ на минимальные вмешательства;

II — нет признаков серьезной структурной патологии, повседневная активность ограничена, необходимы применение противоболевой терапии и ранняя активация для предотвращения длительной нетрудоспособности;

III — нет признаков серьезной структурной патологии, однако присутствуют неврологические симптомы, требуются дополнительные методы обследования и комплексная терапия;

IV — признаки органического поражения (травма, миелопатия, опухолевое поражение, системные заболевания), показаны безотлагательное обследование и специализированная терапия.

Проведение рентгенографии, компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии показано только пациентам с болью в шее III и IV градаций.

У больных с I и II градациями цервикалгии (кроме “хлыстовой” травмы) рекомендуются к использованию:

- образовательные программы;
- кратковременное ограничение двигательной активности;
- физические упражнения;
- мануальные методики;
- акупунктура;
- анальгетики (парацетамол, нестероидные противовоспалительные препараты);
- массаж;
- низкоэнергетическая лазерная терапия.

Хирургические вмешательства не показаны при I и II градациях болей в шее. У этих пациентов считают сомнительным эффект от применения: воротника (корсета), ультразвуковой терапии, электростимуляции мышц, чрескожной нервной стимуляции, введения глюкокортикостероидов в область фасеточных суставов, радиочастотной денервации.

Цервикалгия — это синдромальный диагноз, поэтому в каждом конкретном случае

врач должен стремиться к нозологической идентификации, чтобы с позиций мультидисциплинарного подхода к данной проблеме составить индивидуальную программу лечения и реабилитации пациента, основанную на принципах доказательной медицины.

Литература

- Левин О.С. Диагностика и лечение боли в шее и верхних конечностях // Рус. мед. журн. 2006. Т. 14. № 9. С. 713–718.
- Мерта Дж. Боль в шее. Справочник общей практики. М., 1998.
- Подчуфарова Е.В. Скелетно-мышечные боли в грудной клетке // Consilium medicum. 2006. Т. 8. № 8. С. 33–39.
- Хабиров Ф.А. Руководство по клинической неврологии позвоночника. Казань, 2006.

- Current Rheumatology Diagnosis and Treatment / Ed. by J.B. Imboden, D.B. Hellmann, J.H. Stone. N.Y.: McGraw Hill, 2004.
- Haldeman S., Carroll L., Cassidy J.D., Schubert J. The Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders: executive summary // Spine. 2008. V. 33. № 4. Suppl. P. S5–S7.
- Hamilton J., Gordon M., McInnes J. et al. Improved medical and surgical management of cervical spine disease in patients with rheumatoid arthritis over 10 years // Ann. Rheum. Dis. 2000. V. 59. № 6. P. 434–438.
- Lipson S. Rheumatoid arthritis in the cervical spine // Clin. Orthop. 1989. V. 239. P. 121–127.
- Murphy D.R. Clinical model for the diagnosis and management of patients with cervical spine syndromes // Australas. Chyrop. Osteopathy. 2004. V. 12. № 2. P. 57–71.

Neck Pain: Differential Diagnosis and Main Approaches to Treatment

N.A. Shostak and N.G. Pravdyuk

Cervicalgia is one of the most significant problems of medicine. The article contains up-to-date data on differential diagnosis of neck pain, the main etiological factors, including trauma, infectious and non-infectious diseases, neoplasma etc. Classification of cervicalgia and main approaches to the treatment of nonspecific neck pain are discussed.

Keywords: neck pain, cervicalgia.



АТМОСФЕРА *Atmosphere*

На сайте www.atmosphere-ph.ru вы найдете электронную версию журналов “Лечебное дело”, “Атмосфера. Пульмонология и аллергология”, “Астма и Аллергия”, “Атмосфера. Кардиология”, “Легкое сердце”, “Атмосфера. Нервные болезни”, “Нервы”, переводов на русский язык руководств и популярных брошюр GINA (Глобальная инициатива по бронхиальной астме) и GOLD (Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких), ARIA (Лечение аллергического ринита и его влияние на бронхиальную астму), ИКАР (Качество жизни у больных бронхиальной астмой и ХОБЛ), Стандарты (ATS/ERS) по диагностике и лечению больных ХОБЛ.