

2023

Информационный терапевтический портал

**Клинический случай №45**  
**Боль в шее. М50.1**

Пациент, 47 лет,  
преподаватель университета

Жалобы на:

- боли в шее с иррадиацией в левую руку,
- ограничение объема движений в ШОП (шейном отделе позвоночника)
- онемение в области мизинца левой кисти

Характер болей:

- постоянный
- усиливались при натуживании  
максимальном разгибании и ротации шеи  
ВЛЕВО



Источник:

<https://www.istockphoto.com/ru/search/2/image?mediatype=illustration&phrase=neck+pain>

На момент обращения считал себя больным на протяжении 1 мес.

- Появление болей связывал с неудачным падением на спину во время катания на лыжах, которое сопровождалось резким движением головой вперед
- В тот же день обратился в травмпункт по месту жительства
- Выполнена рентгенография ШОП в стандартных проекциях
- Диагноз «ушиб мягких тканей задней поверхности шеи»
- Терапия: НПВП в форме мази, ношение воротника Шанца, наблюдение у хирурга по м/ж.

После отсутствия положительного эффекта от проводимой терапии в течение 2 нед. был направлен хирургом на консультацию к неврологу для исключения вертеброгенной патологии.



Со слов пациента,

- периодические боли в шее со студенческого возраста
- получал амбулаторное и стационарное лечение, при проведении исследований были выявлены множественные протрузии межпозвонковых дисков (МПД) и нестабильность ШОП
- Обострения: 1 раз в 1–2 года и вызывались статическими или динамическими перегрузками
- Последнее обострение: наиболее выраженные, по сравнению с предыдущими обострениями, клинические проявления в виде усиления боли в шее (6 баллов по ВАШ на момент осмотра), появление иррадиации боли в левую руку и присоединение чувства онемения в области мизинца





Физикальный осмотр: пациент правильного телосложения, астеник

Внешний осмотр: множественные фены дисплазии соединительной ткани

- Тест на гипермобильность (критерии Бейтона): результат **7 баллов** (из 9 возможных)
- Нарушение статики в целом в форме плоско-вальгусной стопы, рекурвации коленных суставов, **уплощения физиологических изгибов позвоночника**, S-образного сколиоза I–II степени, декомпенсированного вследствие анталгической установки региона шеи в виде латерофлексии – ротации вправо, протракции головы
- **Ограничение объема движений в ШОП** в направлении экстензии, латерофлексии и ротации влево
- При пальпации определялась **болезненность остистых отростков** и межпозвонковых суставов в сегменте CVII–ThI. В этом же ПДС определялся функциональный блок экстензии – латерофлексии – ротации влево
- **Гипертонус и болезненность** нисходящей порции трапециевидной, поднимающей лопатку и надостной мышц слева

# Тесты для определения характера боли



Положительный  
результат:

5 тестов из 7

(кроме тестов  
дистракции шейного  
отдела позвоночника  
и Вальсальвы)

Тест	Техника выполнения	Интерпретация
Вальсальвы	Пациент, плотно обхватив губами большой палец кисти, пытается вытолкнуть его изо рта форсированным выдохом	Возрастание ликворного давления в спинномозговом канале при его сужении патологическими изменениями вызывает усиление болевого синдрома
Перкуссионный	Проводится перкуссия остистых отростков шейного отдела позвоночника в положении пациента сидя с согнутой шеей	Локальная боль в области перкуссии и иррадиация по соответствующему корешку указывают на наличие компримирующего фактора в межпозвонковом отверстии
Компрессии межпозвонковых отверстий	Врач проводит осевую компрессию на голову пациента, сидящего с выпрямленной шеей	При патологии межпозвонковых дисков, сужении межпозвонковых отверстий и компрессии корешка возникает или усиливается невральная симптоматика. При патологических изменениях межпозвонковых суставов или связок появляется диффузная боль
Спурлинга	Пациент в положении сидя разгибает и ротирует шею в сторону боли, после чего врач оказывает на его голову вертикальную компрессию	Появление или усиление боли в верхней конечности на заинтересованной стороне указывает на шейную радикулопатию
Максимальной компрессии межпозвонковых отверстий	Пациент выполняет поворот головы в сторону с одновременным разгибанием шеи	При патологии межпозвонковых суставов наблюдается локальное усиление боли, а о компрессии корешка свидетельствует усиление иррадиации
Компрессионный Джексона	Врач, находясь за спиной сидящего пациента, проводит пассивный боковой наклон его головы и шеи в сторону, оказывая вертикальную компрессию на голову пациента в положении максимального наклона	Появление локальной боли на противоположной от наклона стороне шеи свидетельствует об укорочении мышц боковой поверхности шеи, а возникновение или усиление невральной симптоматики на стороне наклона указывает на сужение межпозвонковых отверстий
Дистракции шейного отдела позвоночника	Врач проводит осевую тракцию шейного отдела позвоночника сидящего пациента	Усиление боли указывает на наличие патологии связочного аппарата шеи, а уменьшение боли характерно для корешкового синдрома

Опросник DN4 – невропатический характер боли.

Неврологический статус:

- гипестезия в зоне дерматома С8 слева
- снижение рефлекса с трехглавой мышцы плеча слева
- снижение силы в сгибателях IV пальца левой кисти до 4 баллов, V пальца – до 3 баллов.

## DN4

### новый опросник для диагностики нейропатической боли

Пожалуйста, заполните этот опросник, отметив галочкой один ответ для каждого пункта в приведенных ниже вопросах.

#### Собеседование с пациентом

**Часть 1:** Соответствует ли боль, которую испытывает пациент, одному или нескольким из следующих определений?

- |                                 | да                       | нет                      |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ощущени жжения               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Болезненное ощущение холода  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ощущение как от ударов током | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Часть 2:** Сопровождается ли боль одним или несколькими из следующих симптомов в области ее локализации?

- |   | да                       | нет                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4. Пощипыванием, ощущением ползания мурашек | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Покалыванием                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Онемением                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Зудом                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### Осмотр пациента

**Часть 3:** Локализована ли боль в той же области, где осмотр выявляет один или оба следующих симптома

- |  | да                       | нет                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 8. Пониженная чувствительность к прикосновению | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Пониженная чувствительность к покалыванию   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Часть 4:** Можно ли вызвать или усилить боль в области ее локализации:

- |                                      | да                       | нет                      |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Проведя в этой области кисточкой | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

При ответе "Да" на 4 и более вопросов, диагноз "нейропатическая боль" вероятен в 86 % случаев.

*Didier Bouhassira et al. Pain 114 (2005) 29-36*

МРТ шейного отдела позвоночника:

- нарушение статики ШОП в форме выпрямления физиологического лордоза и локального кифоза с вершиной на уровне позвонка CVII, наличие протрузий МПД в сегментах CIII–CIV, CVI–CVII, грыжи МПД в сегменте CVII–ThI с признаками компрессии корешка C8 слева в межпозвонковом отверстии

ЭМГ-исследование верхних конечностей

- подтвердило наличие острой радикулопатии корешка C8 слева.



Цервикобрахиалгия. Грыжа межпозвонкового диска CⅦ–ThⅠ, осложненная острой радикулопатией C8 слева (M50.1). Мышечно-тонический синдром в нисходящей порции трапециевидной, поднимающей лопатку и надостной мышцах слева. Нестабильность шейного отдела позвоночника. Функциональный блок ПДС CⅦ–ThⅠ. Дисплазия соединительной ткани в форме синдрома гипермобильности суставов.

Терапия невропатического компонента боли: антиконвульсант, препарат тиоктовой кислоты

Для терапии ноцицептивного компонента:

- НПВП диклофенак (Вольтарен), первые двое суток вводился в виде в/м инъекций по 3,0 мл раствора, содержащего 75 мг диклофенака натрия, интервал в 12 ч с чередованием стороны введения.
- Для усиления терапевтического эффекта – топическая форма препарата Вольтарен Эмульгель 1% по 2–4 г 3–4 раза в сутки
- С 3-го дня переведен на ректальные суппозитории Вольтарен 100 мг 1 р/сут.
- Профилактика осложнений со стороны ЖКТ: с 1-го дня лечения препарат группы ИПП 1 р/сут за 30 минут до еды.
- Миорелаксант
- Комбинированный препарат витаминов группы В (коанальгетик для воздействия на неспецифическую боль и нейротрофический препарат при повреждении нервной ткани)

Осмотр 7-й день: **снижение болевого синдрома на 50% от исходного** (до 3 баллов по ВАШ), Пациент отметил значительное уменьшение иррадиации в левую руку при несущественном снижении степени выраженности чувствительных нарушений.

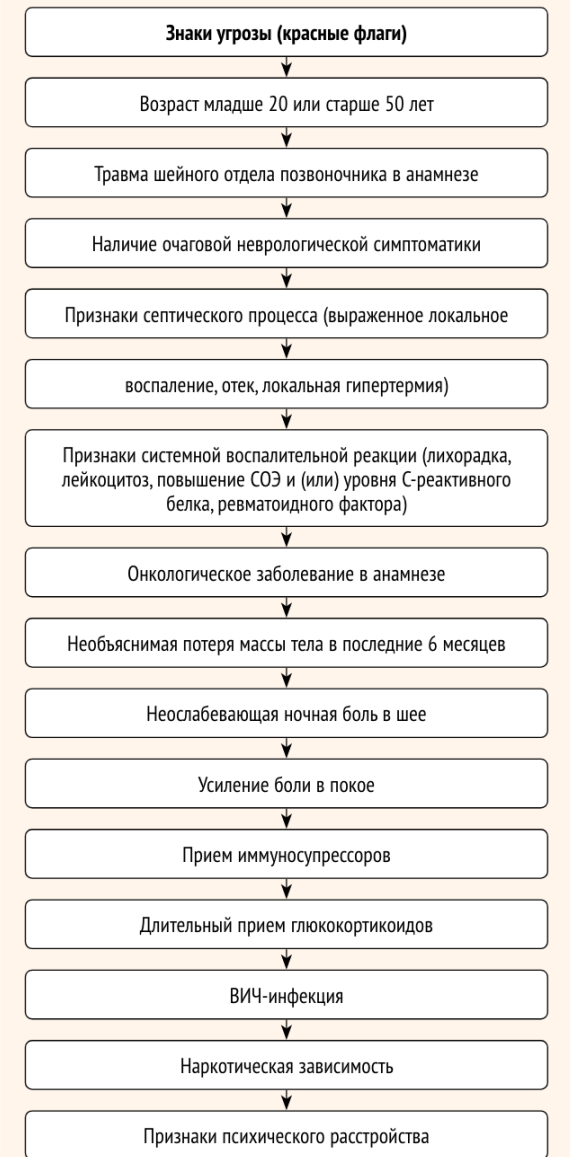
14-й день: **нарастание положительной динамики**, боль 2 балла по ВАШ (67% от исходного уровня)

Увеличился объем движений в ШОП. Иррадиация боли в левую руку полностью исчезла, при этом гипестезия по ульнарному краю ладони уменьшилась, но сохранялась в минимальных проявлениях. Сила в сгибателях IV и V пальцев левой кисти возросла до 4 баллов.

В связи с изменением клинической картины схема лечения была скорректирована: отменены НПВП, ИПП, миорелаксант; добавлен антихолинэстеразный препарат; курс витаминов группы В и антиконвульсанта про-должен до 6 нед., а тиоктовой кислоты – до 4 нед.

Пациенту были рекомендованы занятия лечебной гимнастикой по индивидуальной программе с учетом имеющегося синдрома гипермобильности суставов.

- Боль в шее широко распространена в популяции и достигает 60%
- Женщины в возрастной группе до 60 лет болеют чаще мужчин
- Острая боль (до 12 нед.) характерна для лиц молодого возраста, хроническая (более 12 нед.) – для старшей возрастной группы.
- Боль может носить неспецифический, невропатический или смешанный характер.
- На **неспецифическую** (ноцицептивную, скелетномышечную) боль приходится около 80–90% всех случаев. Она может как носить локальный характер, так и сопровождаться иррадиацией.
- Клиническая картина, помимо боли, может включать ограничение объема определенных видов движения в ШОП, изменение тонуса мышц в данном регионе.
- При вовлечении в патологический процесс шейных спинномозговых корешков присоединяется невральная симптоматика, которая проявляется двигательными, чувствительными и рефлекторными расстройствами.
- Диагностический поиск начинается с исключения **специфического характера боли** (травматических повреждений, онкологических, ревматологических, инфекционных заболеваний). С этой целью используется система **красных флагов**. При выявлении хотя бы одного красного флага необходимо проведение безотлагательного обследования с последующей консультацией специалиста соответствующего профиля





С целью выявления **невропатического** характера боли используется опросник DN4 (Douleur Neuropathique en 4 Questions), состоящий из 10 пунктов, 7 из которых представляют собой вопросы, а 3 – результаты объективного осмотра. Если количество положительных ответов равно или превышает 4, велика вероятность невропатического характера боли.

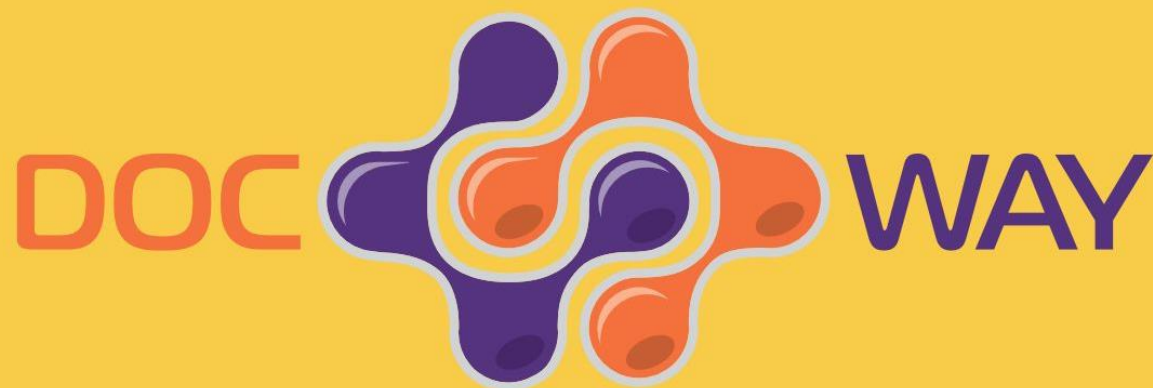
Также используются шкалы NSS (Neurological Symptoms Score – оценка неврологических симптомов) и невропатической симптоматики TSS (Total Symptom Score – общая оценка симптомов neuropathies).

Из параклинических методов широко применяется стимуляционная и игольчатая электромиография (ЭМГ).

Лечение двух видов боли не одинаково: для ноцицептивной преимущественно используют НПВС, тогда как к первой линии терапии невропатической боли относят антидепрессанты и антиконвульсанты.

- Максимов Ю.Н. – Казанская государственная медицинская академия – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования; Россия, Казань;
- Хайбуллина Д.Х. – Казанская государственная медицинская академия – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования; Россия, Казань;
- Мансуров Д.М. – Казанская государственная медицинская академия – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования; Россия, Казань

# 2023



Мы всегда готовы к сотрудничеству!

КОНТАКТЫ

Руководитель проекта **Шадеркина Виктория Анатольевна**

Тел.: +7 (926) 017-52-14

[viktoriashade@uroweb.ru](mailto:viktoriashade@uroweb.ru)