

## ЦЕРВИКО-КРАНИАЛЕН БОЛЕВИ СИНДРОМ И ЦЕРВИКАЛНИ БЛОКАЖИ – КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ

Тодор Тодоров, Илия Тодоров, Марияна Михайлова

*Клиника по физикална и рехабилитационна медицина  
Медицински Университет – Варна  
УМБАЛ „Света Марина“ – Варна*

## CERVICO – CRANIAL PAIN SYNDROME AND CERVICAL BLOCKAGES – CLINIC, DIAGNOSTICS AND THERAPY

Todor Todorov, Iliia Todorov, Mariana Mihaylova

*Clinic of Physical and Rehabilitation Medicine  
Saint Marina University Hospital – Varna  
Medical University – Varna*

### РЕЗЮМЕ

Авторите на статията разглеждат методите за диагностика и лечение на вертеброгенните нарушения в цервикален отдел. Застъпва се тезата, че при цервико-краниално главоболие по-често доминира патология във функцията, отколкото в морфологията, както се смята най-често. Прави се задълбочен анализ на анамнестичните данни и обективната находка при прегледа, чиято правилна интерпретация води към избор на най-добър терапевтичен подход.

**Ключови думи:** цервико-краниален синдром, верижни връзки, аферентни дразнения, дегенеративни промени, патология във функцията, терапевтичен подход

Цервикалният отдел на гръбначния стълб е най-подвижният от всички други отдели, но и най-лесно ранимият от всички. Предвид на своята анатомична сложност той изисква идеална диагностика и много добре и качествено извършена мануална терапия. Поради тази причина той може да се нарече, че представлява парадната област на мануалната медицина (2).

Най-честата болка в двигателния апарат е рецепторната болка, която се дължи на разположените на различна дълбочина ноцицептори (ставни капсули, мускули и сухожилни инсерции),

### ABSTRACT

The authors reveal the methods for diagnostic and treatment of vertebral injuries in cervical department. The thesis points out that in cervico-cranial headache commonly dominates pathology of the function than of morphology as it's considered often. The article includes a comprehensive analysis of anamnestic data and objective find during the test, whose right interpretation relates to the best choice of therapy treatment.

**Keywords:** cervico-cranial syndrome, chain links, afferent irritations, degenerative changes, pathology in the function, therapeutic treatment

които реагират и предупреждават чрез болевите усещания в пациентите. Тънките, миелинизирани А(делта) влакна провеждат острата ясна първоначална болка. Кожата е изключително богата на такива влакна. Тънките, бавно проводящи С влакна препредават тъпата дълбока и трудно локализирана вторична болка (5).

Според Левит цервико-краниалното главоболие е най-често срещаното се самостоятелно главоболие. То изпълва основно клиничната картина на едноименния синдром, като няма локализация на главоболието, която би говорила про-

тив него (1). Тилшер, Левит, Гутцайт и др. говорят за регулиращото доминиране на шийния отдел по отношение на всички останали гръбначни отдели, които обаче са свързани с верижни връзки (1,2,3). С тези връзки се обясняват и случаите на изчезване на лумбалгичните синдроми вследствие на успешни манипулации на блокажи в цервикалния отдел (особено при по-млади пациенти). Този ефект се обяснява с възстановяването на нарушената ставна игра в ключови стави и отпадането на патологични аферентни импулси, което нормализира повишения рефлексорно мускулен тонус и регулира увредената статика и баланс. Аферентните дразнения, ирадиращи в цервикалния отдел, могат да бъдат свързани не само от свръхнатоварване, но също и да произхождат от лигаментарни и съединителнотъканни структури, както и от вътрешни органи. Поради тази многофакторна възможност за болки и ранимост на този отдел изискванията относно идеалното изследване и анамнеза са най-важният фактор и за точната диагноза. Много често при заболяванията на цервикалния отдел се акцентира прекалено много върху дегенеративната морфология (спондилартрози, остеохондрози, ункартрози и др.) и тяхното патогенетично значение. Това обаче не винаги е вярно и обикновено при тази патология имаме значително доминиране на функцията над патоморфологията, което задължително трябва да вземем под внимание.

#### ***Анамнеза на вертеброгенните смущения***

1. Хронично интермитиращо протичане. Болката в повечето случаи е с изключително дълга анамнеза и често прекъсвана от периоди без болки. Като пример могат да служат болките в кръста при жените преди и след раждане, както и по време на менструация, на които обаче не се обръща особено внимание. Късото протичане със засилване на болката и неповлияването ѝ от повечето препарати трябва да ни накара да търсим много по-сериозна причина за тази генеза (обемни процеси, мета и др.).
2. Оплакванията на тези болни имат много характерен системен характер – болните се оплакват в различни периоди от болка в различните сектори на гръбначния стълб. Според Гутцайт гръбначният стълб свързва като „червена нишка” оплакванията и смущенията, които на пръв поглед имат съвсем различно естество. Като пример могат да служат пациенти, оплакващи се от стенокардична болка, при които могат да бъдат открити както торакални блокажи, така и различни симптоми, свързани с цервикалния и лумбални отдели (1,3).
3. В зависимост от стойка, положение и натоварване. Изхождайки от патогенезата, различаваме две групи болни: при първата група оплакванията настъпват най-често при по-дълготрайно натоварване, напрежение или умора. При тези случаи водеща причина се явява мускулната или лигаментарната инсуфициенция. При втората група оплакванията датират със своята силна изявеност след неудобни позиции по време на седене, четене или нерядко след сън. При тази група трябва да мислим основно за блокажи или за начални остеохондрозни изменения, които улесняват блокажите.
4. Травма в анамнезата. Нерядко съвсем обикновени травми се отразяват тежко върху осевия орган и предизвикват блокажи на различни нива. Като пример можем да посочим т.нар. „кълба” в час по физкултура, травми на гръбначния стълб, на които пациентите не обръщат в момента никакво внимание, но от чиито последствия те започват да страдат по-късно (антифлексивно главоболие и др.). Трябва специално да търсим в анамнезата травматични видове спорт като колоездене, волейбол, тенис, бокс, борба и др. Всяко сътресение на мозъка в повечето случаи води до цервико-краниален синдром.
5. Много характерно за вертеброгенното главоболие при цервико-краниалния синдром е неговата сутрешна изява, която е в резултат на неправилна стойка по време на сън, неудобна възглавница и се дължи на блокажи на ставите или настъпил мускулен дисбаланс.
6. Трябва да търсим и фактори, които предизвикват смущения по пътя на вегетативната нервна система (неблагоприятни атмосферни условия, простудни заболявания, хормонален дисбаланс, менструация, алергичен фактор и др.). Цервико-краниалният синдром в повечето случаи реагира метеоротропно.
7. Психичен фактор – от изключително значение при тези болни е тяхната лека психическа ранимост или пък емоционалната лабилност. В анамнезата на такива болни ще открием, че тяхното лумбаго или дископатия се засилват след психотравма или напрежение. Задължително обаче при тези болни не трябва да пропускаме органичната находка, като съотношението при различните болни е различно. Според Левит чисто психичната болка е ряд-

ка и лекар, който поставя диагноза „психогенна болка“, е лош диагностик. При тази болка пациентът не може да опише точно и да локализира своята болка, дава уклончиви отговори и често променя данните. Болка, която болят може да опише и локализира, трябва да се смята за органична. Типично психогенно е чувството на зашеметеност и натиск, което от френските автори се означава като „неврастенична каска“. Психичното напрежение много често води до спазъм на шийната мускулатура и по индиректен начин до появата на леки или среднотежки блокажи (1).

8. Пароксизмален характер на оплакванията – постоянната сила на болката и нейната трайност не са характерни за цервико-краниалния синдром.
9. Асиметричен характер на вертеброгенната болка – в изключително редки случаи може да имаме симетричен характер на цервико-краниалното главоболие. То може да бъде фронтално, темпорално, окципитално с непостоянен характер и различна ирадиация.
10. Значение на възрастовата граница – най-честите групи, попадащи под ударите на цервико-краниалния синдром, са младите хора и тези от средната възраст. При по-възрастните пациенти винаги трябва да мислим за артрозни заболявания, а също и неопластични процеси. При жените задължително трябва да мислим за остеопороза.

#### **Обективна находка при цервико-краниалния синдром**

1. Откриване на функционалните нарушения в цервикалния отдел, като блокажи на C0/1, C2/3 и по-рядко C1/2 и C/ТН преход.
2. Откриване на рефлекторните изменения в сегмента (хипералгетични зони, зони на проведена болка, максимални точки, зони на раздража в гръбначния стълб, мускулите или в проекциите на ставите). Не рядко наблюдаваме пациенти с неправилна стойка на шията и главата.

Тест-тракцията и тест-мобилизацията (манипулация) най-често са директно доказателство за вертеброгенната генеза на тази патология.

Против цервико-краниалното главоболие говорят няколко факта:

1. Заболяване на синусите, очите или ушите.
2. Късо проградиентно протичане.
3. Постоянна болка, еднаква от двете страни.
4. Тест-тракция, която влошава състоянието на пациента.

5. Липса на рефлекторни изменения сегментарно (максимални точки, хипералгетични зони, мускулен хипертонус и др.).

#### **Терапия на цервико-краниалния синдром**

1. Мануално отстраняване на регистрираната патология (блокажи, мускулен спазъм, хипералгетични зони и точки) посредством мануалната терапия или методите за физикална терапия. Трябва задължително да се изследват двата мускула, виновни най-често за т.нар. главоболие от напрежение (Tension headache) – M.levator scapulae и M.trapezius.
2. Индиректен подход чрез ПИР-техники и последваща мануална терапия, физиотерапия или медикаментозно лечение.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Левит, К. Мануална терапия в рамките на медицинската рехабилитация. София, Медицина и физкултура, 1981.
2. Тодоров, Т. Проучване ефекти на мануалната терапия при цервикокраниални и цервикални блокажи. Кандидатска дисертация, 1989.
3. Gutzeit K. Der vertebrale Faktor im Krankheitsgeschehen. In: Wirbelsäule in Forschung und Praxis, Bd. 1. Hippokrates, Stuttgart, 1956, p. 22-28.
4. Tilscher H. Das obere Zervikalsyndrom. Zsch. fur Ofth. u ihre Grenzgeb, 1977, p. 112-114.
5. Winer CE. Ergebnisse von Manipulationen behandlungen bei Migräne, VI FiMM, Baden-Baden, 1979, Konkordia Verlag, S. 301.

#### **Адрес за кореспонденция:**

д-р Илия Тодоров

Варна, 9000

„Цар Освободител“ 70

ilkotodorov@gmail.com