

пичные для изучаемой нозологии в рамках крупных РКИ. При обновлении существующих рекомендаций используются те же принципы и подходы, что и при создании новых.

Разработка любых рекомендаций должна быть хорошо организованным технологическим процессом со своей стройной внутренней логистикой:

- членам рабочей группы необходимо четко представлять свою роль и функциональные обязанности (в том числе и технические);
- должны быть четко идентифицированы те информационные ресурсы, которые необходимы для осуществления процесса разработки и обновления рекомендаций на постоянной основе (после завершения первоначального внедрения). В этих источниках должна содержаться наиболее достоверная информация о влиянии различных вмешательств на исходы заболеваний, ее изучение необходимо сделать постоянным для выявления устаревшей информации;
- изначально должна быть спланирована частота обновления рекомендаций;

• целесообразно разработать типовые гибкие стратегические методы и приемы по корректировке рекомендаций в связи с получением новых данных;

• очень важен выбор руководителя рабочей группы, который должен иметь не только высокий профессиональный уровень и компетенцию в области разрабатываемых рекомендаций, но и способности, и административный потенциал для дальнейшего внедрения и реализации;

• разработка рекомендаций является творческим процессом и не всегда гарантирует достижение положительного результата. В случае неудачи необходимо проанализировать ее причины и внести необходимые коррективы в дальнейшую работу.

При разработке клинических рекомендаций в России следует максимально учитывать и использовать уже существующие разработки и адаптировать их к реальности. При этом предпочтение все-таки следует отдавать европейским, а не американским аналогам, так как популяция США по своей демографии существенно отличается от российской.

# Боли в шее: патофизиология, дифференциальная диагностика, терапия

Д.С.Касаткин

ГОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ

**Б**оли в шее – один из наиболее распространенных симптомов, встречающихся в практике врача. По данным многочисленных исследований, распространенность данного типа боли в популяции составляет от 35 до 71%. По определению к болям в шее относят болевые ощущения, возникающие в области, отграниченной сверху верхней выйной линией, с обеих сторон – передними краями трапециевидных мышц, снизу – поперечной линией, проведенной через остистый отросток I грудного позвонка.

## Патофизиология

Согласно проведенным исследованиям **структурами, поражение которых потенциально приводит к возникновению боли в шее**, являются фасеточные суставы, межпозвонковые диски, мышцы, а также твердая мозговая оболочка шейного отдела позвоночного канала и позвоночная артерия, проходящая в отверстиях поперечных отростков позвонков с уровня  $C_6$  по  $C_1$ . Фасеточные суставы получают иннервацию из задних ветвей спинномозговых нервов, исключение составляют атлантозатылочный сустав и боковые атлантоаксиальные суставы, которые иннервированы вентральной ветвью  $C_1$  и  $C_2$  соответственно, а также медиальный атлантоаксиальный сустав (сустав Крювелье) и его связки, снабжаемые синувентральными нервами Люшка  $C_1-C_3$ . Межпозвонковые диски имеют сложную иннервацию: задняя часть – из заднего позвоночного сплетения, образованного шейными синувентральными

нервами, передняя часть – из переднего позвоночного сплетения, формирующегося из ветвей шейного симпатического ствола, боковые части – из волокон позвоночного нерва, исходящего из звездчатого ганглия и сопровождающего позвоночную артерию. В отличие от поясничных и грудных тела шейных позвонков отделены друг от друга не на всем протяжении, на боковых отделах тела позвонков имеются крючковидные отростки, которые, соединяясь, формируют унковертебральное сочленение (сустав Люшка), по-видимому, носящее компенсаторный характер при избыточной нагрузке на шейный отдел, отсутствующее у детей. Иннервация сочленений осуществляется также из волокон позвоночного нерва. Задние мышцы шеи, в том числе затылочная группа, иннервирована задними ветвями, а превертебральные и боковые мышцы шеи – вентральными ветвями спинномозговых нервов. Твердая мозговая оболочка получает иннервацию от шейных синувентральных нервов, позвоночная артерия несет симпатические волокна указанного позвоночного нерва.

Обилие структур шейной области, их богатая иннервация и различие этиологических факторов лежат в основе разнообразия клинических паттернов боли. В проведенных исследованиях на здоровых испытуемых было показано, что введение объема жидкости в полость суставов позвоночника приводит к формированию типичной картины боли в шее. Локализация и иррадиация при этом зависят от уровня расположения суставов. Так, при вовлече-

нии в процесс суставов уровня  $C_0C_1$  и  $C_1C_2$  боль возникает преимущественно в затылочной области, уровня  $C_2C_3$  – в верхней части шеи с иррадиацией в затылок, уровня  $C_3C_4$  и  $C_4C_5$  – в области шеи без иррадиации,  $C_5C_6$  – в нижней части шеи и надостной ямке, уровня  $C_6C_7$  – в нижней части шеи с иррадиацией в область лопатки. Сходные боли были выявлены и при механической стимуляции межпозвоночных дисков, что свидетельствует о вовлечении в процесс синувентральных нервов и задних ветвей шейных корешков, при этом не было установлено различия между стимуляцией дисков и суставов (см. рисунок). Выявление в мышцах шеи триггерных точек, механическая стимуляция которых приводит к провокации характерного паттерна боли, а локальная анестезия – к уменьшению выраженности боли, свидетельствует о важной роли мышц в формировании болевого синдрома, в этом случае боль носит тянущий характер, усиливается при выполнении стереотипного движения с вовлечением данной мышцы. Дополнительным фактором в развитии боли может служить ирритация позвоночного нерва, сопровождающего позвоночную артерию в канале поперечных отростков позвонков, что приводит к появлению жгучих болей или жжению в области затылка и по задней поверхности шеи (задний шейный симпатический синдром).

### Клинический осмотр

При клиническом осмотре боль в области шеи чаще всего проявляется наличием **вертебрального синдро-**

**ма** – совокупности симптомов в зоне позвоночника, в основе которых лежит нарушение функции одного или нескольких позвоночно-двигательных сегментов. Синдром включает в себя:

- 1) изменение конфигурации и подвижности позвоночника (уплощение или усиление лордоза или кифоза, сколиоз, кифо- или лордосколиоз);
- 2) локальную болезненность при активных и пассивных движениях, а также при пальпации остистых отростков;
- 3) утрата рессорной функции в виде ощущения «усталости позвоночника» и дискомфорта в спине, локальной боли при осевой нагрузке. Помимо этого, важную роль в формировании клинической картины играет мышечный спазм, проявляющийся наличием **мышечно-тонического синдрома**, наиболее часто затрагивающего лестничные мышцы, малую грудную мышцу, трапециевидную мышцу, нижнюю косую мышцу головы. Патогенетически спазм возникает вследствие формирования нескольких порочных кругов типа «мышечный спазм–боль–мышечный спазм»:

- 1) через вставочные нейроны на  $\gamma$ -мотонейроны передних рогов спинного мозга;
- 2) через вставочные нейроны в боковые рога с активацией сегментарной симпатической системы и сосудистым спазмом в зоне иннервации;
- 3) через ретикулярную формацию ствола мозга.

Для упрощения дифференциальной диагностики принято разделять боли в зависимости от преимущественной локализации и иррадиации на цервикалгии (боли в шее без иррадиации),

цервикокраниалгии (с иррадиацией в голову), цервикобрахиалгии (с иррадиацией в плечо и руку) и цервикоторакалгии (с иррадиацией в межлопаточную область). В зависимости от длительности боли выделяют острую (до 6 нед), подострую (6–12 нед) и хроническую (свыше 12 нед). Согласно данным Neck Pain Task Force, 2010 (NPTF) для определения тактики ведения пациентов с болью в шее, в том числе и посттравматической, целесообразно деление на четыре категории. Основными направлениями диагностического поиска являются исключение поражения корешка спинномозгового нерва и признаков, позволяющих заподозрить специфический характер процесса – «красных флагов».

К **первой категории** относят боли в шее, не влияющие или мало влияющие на повседневную активность, **ко второй категории** – боли в шее, ограничивающие повседневную активность, в обоих случаях необходима констатация факта отсутствия очаговой неврологической симптоматики. Обе категории характеризуют так называемую **«неспецифическую боль в шее»**, являющуюся причиной болей в шее в 90% случаев и чаще всего связанную с повреждениями в суставно-связочном и мышечном аппарате шеи. В отечественной практике подобные изменения объединяют под общим термином «остеохондроз», при этом считают, что в основе процесса лежит дегенерация отдельных компонентов позвоночного столба в виде деформирующего спондилеза (тела позвонков), протрузий и грыж (межпозвоночный диск) и спондило-

Таблица 1. Симптоматика поражения шейных корешков

Корешок	Боль	Зона гипостезии/точка по ISCSCI*	Парез/функциональная группа мышц по ISCSCI	Рефлекс
C5	Наружная поверхность плеча, медиальная часть лопатки	Верхняя часть наружной поверхности плеча	Отведение и наружная ротация плеча, сгибание предплечья, слабость и гипотрофия дельтовидной мышцы	Сгибательно-локтевой (бицепитальный)
		Латеральная сторона локтевой ямки	Сгибание в локтевом суставе, поднятие руки до горизонтали	
C6	Боковая поверхность предплечья и кисти, I–II палец	Боковая поверхность предплечья и кисти, I–II палец	Сгибание и внутренняя ротация предплечья, тыльное сгибание кисти	Сгибательно-локтевой (бицепитальный)
		I палец	Тыльное сгибание кисти	
C7	Шея, лопатка, надплечье, задняя поверхность плеча и предплечья до II–III пальцев	II–III палец, задняя поверхность кисти и предплечья	Разгибание предплечья, разгибание кисти и пальцев	Разгибательно-локтевой (трицепитальный)
		III палец	Разгибание в локтевом суставе	
C8	Шея, внутренняя поверхность предплечья, кисти до IV–V пальца	IV–V палец, внутренняя поверхность кисти и предплечья	Сгибание и разведение пальцев, атрофия мышц возвышения мизинца	Разгибательно-локтевой (трицепитальный)
		V палец	Сгибание дистальной фаланги III пальца	

\*ISCSCI – International Standards for Neurological Functional Classification of Spinal Cord.



артроза (фасеточные суставы) под действием эндогенных (генетическая предрасположенность, аномалии развития, сопутствующие заболевания) и экзогенных факторов (избыточная нагрузка). Другими важными составляющими данной категории боли являются миофасциальные синдромы мышц шеи, наличие избыточной подвижности позвоночного столба (спондилолистез), а также отдаленные периоды травматического повреждения мышц и связок (хлыстовая травма шеи). Учитывая относительную благоприятность течения процесса дополнительных обследований обычно не требуется.

Для отнесения пациента к первым двум категориям по классификации NPTF прежде всего необходимо исключение вовлеченности в процесс **корешков спинного мозга**. При констатации факта вовлечения корешка спинного мозга пациент относится к **третьей категории**, по данным NPTF. Чаще всего клиническим основанием для постановки радикулопатии является наличие специфической нейропатической корешковой боли, однако, основываясь на данных эксперимента, такую позицию нельзя считать полностью верной, так как прямая компрессия корешка приводит лишь к формированию симптомов выпадения в виде формирования зоны гипостезии и периферического пареза мышц, иннервированных из соответствующего сегмента спинного мозга (табл. 1). Патогенез корешковой боли, вероятно, более сложный, так как в экспериментальных условиях боли в виде ощущения прострела или прохождения электрического тока были получены при воздействии на чувствительные волокна медиаторов воспаления или при непосредственной компрессии спинального ганглия. При непосредственной стимуляции корешков электрическим током было отмечено, что зоны иррадиации боли не соответствуют кожным дерматомам. Так, при раздражении C<sub>5</sub> боль отмечалась преимущественно в плече, при раздражении C<sub>6</sub> – в предплечье, а при раздражении C<sub>7</sub> и C<sub>8</sub> – в кисти, что может свидетельствовать о преимущественном влиянии афферентов от мышц и суставов на формирование корешковой боли. Наиболее значимыми диагностическими тестами для выявления корешкового характера боли являются тест Спурлинга (воспроизведение боли при надавливании на голову при ее наклоне вперед и полуповороте влево или вправо) и тракционный тест (исчезновение

боли при осевой тракции шеи в положении пациента на спине). Следует отметить, что причиной возникновения радикулопатии могут быть не только патология диска в виде грыжи или протрузии, но и ряд других факторов (табл. 2), что требует проведения электрофизиологических (электронейромиография нервов верхних конечностей) и нейровизуализационных (компьютерная – КТ или магнитно-резонансная томография – МРТ) методов для установления природы вовлечения корешка.

### Дифференциальный диагноз

Неспецифическая боль в шее является наиболее распространенной в по-

пуляции среди прочих типов боли, однако не является единственной, в связи с чем необходимо помнить о признаках, позволяющих заподозрить **специфический характер процесса**. В случае выявления таковых пациент относится к **четвертой категории**, по данным NPTF, и требует проведения спектра дополнительных обследований. Наиболее общими признаками, потенциально свидетельствующими о наличии серьезной патологии шейного отдела, являются:

- впервые возникшая или существенно изменившаяся боль в возрасте до 20 и старше 55 лет;
- парез мышц или снижение чувствительности, затрагивающее более чем один сегмент тела;



# РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ

## МИДОКАЛМ

При приеме внутрь начальная доза составляет 50 мг 2–3 раза в сутки; дозу постепенно увеличивают до 150 мг 2–3 раза в сутки. Внутримышечно – по 100 мг 2 раза в сутки; внутривенно – 100 мг/сут однократно. Детям в возрасте от 1 года до 6 лет – внутрь в дозе 5 мг/кг/сут в 3 приема; в возрасте 7–14 лет – внутрь в дозе 2–4 мг/кг 3 раза в сутки.

Представлена краткая информация производителя по дозированию лекарственного средства. Перед назначением препарата внимательно читайте инструкцию.

- нарастающая интенсивность боли;
- фармакорезистентность.

Первой группой «красных флагов» является совокупность симптомов вовлечения шейного отдела спинного мозга (шейная миелопатия), наиболее значимыми из них являются:

- вовлеченность задних канатиков (симптом Лермитта – возникновение ощущения прохождения электрического тока вдоль позвоночника при наклоне головы вперед, утрата глубокой чувствительности в ногах, сенситивная атакия);
- признаки поражения центрального мотонейрона для нижних конечностей (парезы, спастичность, повышение глубоких рефлексов, патологические стопные рефлекс);
- признаки поражения периферического мотонейрона для верхних конечностей (парезы, гипорефлексия, атрофии);
- нарушение функции тазовых органов. Наличие подобных симптомов приводит к необходимости проведения нейровизуализационных методов (КТ или МРТ) для установления причины возникновения миелопатии, наиболее частые из них представлены в табл. 3.

В случае наличия у пациента необъяснимой лихорадки, прогрессирующего снижения массы тела, лимфаденопатии, ночного или утреннего характера болей необходимо исключить наличие у пациента инфекционного или неопластического процесса. Дополнительными факторами являются: наличие в анамнезе иммуносупрессии, опухолей, туберкулеза или другой инфекции; длительная терапия цитостатиками, глюкокортикостероидами, антибиотиками, употребление наркотических средств. Для исключения данной группы нозологий необходимо проведение методов нейровизуализации, при необходимости – взятие биопсии. В целом, по данным популяционных исследований, случаи инфекционного и неопластического процесса составляют около 0,4% от всех случаев цервикалий.

В случае наличия в анамнезе указаний на серьезную травму у молодых или умеренную травму у пожилых, а также выявление факторов риска остеопороза (постменопауза, длительная терапия глюкокортикостероидами) может свидетельствовать о наличии травматического повреждения позвоночника, однако подобная причина встречается относительно редко, в случае хронической цервикалий она составляет всего в 0,4% случаев. Даже среди пациентов, поступающих в приемный покой с подозрением на травму шейного отдела позвоночника, диагноз перелома шейных позвонков подтверждается лишь в 3,5% случаев.

Сочетание болей в шее с признаками сосудистой недостаточности в вертебробазиллярном бассейне (головокружение, шум в ушах, атакия, нистагм, выпадение полей зрения, фотоопсии, эпизоды потери сознания) свидетельствует о вовлечении в процесс позвоночной артерии. Наиболее тяжелым проявлением сосудистой патологии со сторо-

ны позвоночной артерии является ее диссекция, которая в 50–90% случаев сопровождается остро возникшей цервикокраниалгией. Как причина хронической боли в шее диссекция является крайне редким проявлением.

Важно помнить, что боли в шее также могут возникать как отраженные при внутричерепных объемных образованиях (опухоль, абсцесс), менингеальном синдроме (субарахноидальное кровоизлияние, менингит), столбняке, ретрофарингеальном абсцессе, важным диагностическим фактором в этом случае является ограничение движений в шейном отделе позвоночника при запрокидывании головы.

**Стратегия терапии** напрямую зависит от отнесения цервикалий к определенной категории по классификации NPTE. Так, в случае первой категории болей предпочтение отдается немедикаментозным методам лечения и коррекции двигательного стереотипа, в случае второй – дополнительно применяется медикаментозная аналгетическая терапия в сочетании с ранней активизацией пациента.

Среди **немедикаментозных методов** лечения наибольшую эффективность, по данным разных исследований, продемонстрировали статические физические упражнения, в том числе направленные на растяжение мышц (йога, пилатес), а также методы постизометрической релаксации с сочетанным использованием движения глаз и дыхания. В случае выполнения упражнений под контролем со стороны персонала эффективность их гораздо выше. Техники мануальной терапии: манипуляционная с использованием рычаговых техник и мобилизационная – эффективны лишь в случае сочетания их с физическими упражнениями. Дополнительным фактором, снижающим интенсивность боли, является использование функциональной подушки. Иммобилизация шейным воротником, за исключением случаев наличия избыточной подвижности шейных позвонков, не приводит к уменьшению боли, в противоположность этому ранняя активизация пациента способствует уменьшению длительности болевого эпизода.

Среди методов физиолечения наибольшую доказательную базу имеют низкочастотная инфракрасная лазеротерапия, а также терапия переменными магнитными полями высокой и низкой частоты. В противоположность этому терапия постоянным магнитным полем, электромиостимуляция, теплотечение и терапия ультразвуком не показали эффективности как самостоятельный метод лечения.

Таблица 2. Потенциальные причины вовлечения корешка спинного мозга

Структура	Патология	Структура	Патология
Межпозвоночный диск	Протрузия Грыжа	Сосуды	Ангиома Артериит
Позвонкок	Остеофит Остеомиелит Перелом Опухоль Деформирующий остоз Гиперпаратиреоз	Оболочки мозга	Киста Менингиома Эпидуральный абсцесс Эпидуральная гематома
Фасеточный сустав	Ревматоидный артрит Псориатический артрит Анкилозирующий спондилит Подагра Опухоль Перелом	Нерв	Диабетическая невропатия Герпетическая инфекция Нейрофиброма Шваннома Нейробластома

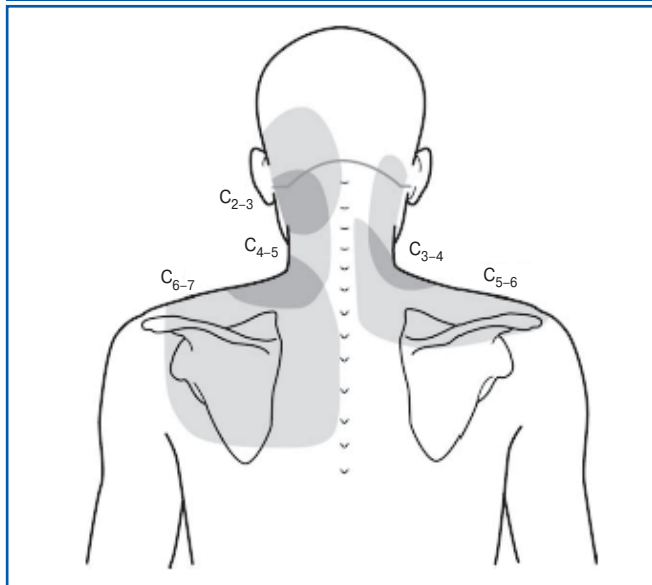


В случае неэффективности немедикаментозной терапии, а также при выраженном характере боли (вторая категория) необходимо раннее начало медикаментозной анальгетической терапии. Использование анальгетиков является необходимым условием поддержания достаточной двигательной активности пациента и предотвращения развития дезадаптивного болевого поведения. Приоритетным направлением современной клинической фармакологии анальгетиков является разработка анальгетического препарата, способного быстро и эффективно подавлять боль и при этом обладать хорошим профилем переносимости и безопасности. Учитывая многокомпонентность патогенеза цервикалгии, приоритетными точками приложения следует считать блокирование проведения болевого импульса, уменьшение воспалительных процессов в суставе и диске, а также расслабление паравerteбральных мышц.

Наиболее распространенными в мировой практике анальгетиками, назначаемыми при цервикалгии, являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), однако на настоящий момент времени, по мнению экспертов, не проведено достаточного количества многоцентровых исследований по определению их эффективности. Имеющиеся исследования хотя и не позволяют провести качественный метаанализ, однако свидетельствуют о несомненной эффективности данной группы препаратов, при этом согласно проведенному метаанализу терапии боли в нижней части спины не выявлено каких-либо явных преимуществ по эффективности того или иного НПВП. Учитывая этот факт, а также длительность проведения терапии при хронической цервикалгии, на первый план выходят аспекты безопасности используемого анальгетика, актуальными являются проблемы развития НПВП-гастропатий, развития сердечно-сосудистых и печеночных осложнений.

Одним из наиболее перспективных препаратов по профилю безопасности на настоящий момент является ацеклофенак (Аэртал). Этот препарат близок по своей структуре к диклофенаку, являющемуся «золотым стандартом» среди НПВП, ингибирует обе изоформы циклооксигеназы с преимущественной активностью в отношении циклооксигеназы-2 и способен активно подавлять боль, а также воспаление в мышцах, суставах и позвоночнике. Риск развития гастроинтестинальных осложнений на фоне терапии ацеклофенаком (Аэрталом) – 6,3% близок к плацебо – 4,8%, при этом риск развития гастропатии, по данным исследования M.Llorete (2002 г.), является самым низким среди других НПВП и составляет 1,73 на 1 тыс. пациенто-лет. Для сравнения подобный риск для мелоксикама со-

**Иррадиация болей в шее при механической стимуляции фасеточных суставов и межпозвонковых дисков.**



ставляет 2,17, диклофенака – 7,0, индометацина – 23,17 на 1 тыс. пациенто-лет. Препарат обладает хорошим профилем безопасности в отношении гепатотоксичности и кардиотоксичности, имеет более высокую комплаентность по сравнению с другими НПВП. Помимо анальгетического и противовоспалительного эффекта ацеклофенак (Аэртал) обладает рядом дополнительных свойств, позволяющих рассценивать его как препарат для патогенетического лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов и позвоночника. Так, препарат снижает синтез оксида азота, являющегося главным фактором, ускоряющим катаболизм хряща, уменьшает продукцию молекул адгезии (VLA-4), дополнительно снижая воспалительную активность, и стимулирует синтез гликозаминогликанов в хрящевой ткани.

Использование миорелаксантов патогенетически оправданно, однако с точки зрения доказательной медицины не нашло соответствующих подтверждений, что, по-видимому, связано с преимущественным использованием в мировой практике для снятия мышечного спазма бензодиазепинов (диазепам, тетразепам). В одном из рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследований установлено что эперизон значительно уменьшает выраженность боли и улучшает качество жизни у пациентов с хроническими цервикалгиями при длительности терапии в 6 нед. Наиболее близким структурным аналогом эперизона, зарегистрированным в Российской Федерации, является толперизон (Мидокалм), эффективность его использования при боли в спине и шее подтверждена рядом открытий российских и зарубежных исследований. При этом по оценке интенсивности боли в спине по визуальной аналоговой шкале, при оценке тонометрического болевого порога на разных уровнях позвоночника, а также по данным субъективной оценки эффективности терапии пациентами и врачами была продемонстрирована большая клиническая эффективность использования дозы 450 мг Мидокалма в сутки. Местная терапия в виде лечебных блокад миофасциальных триггерных точек с использованием лидокаина или толперизона (Мидокалма) является достоверно более эффективной, чем пункция данных точек сухой иглой или использование только физических упражнений.

**Таблица 3. Потенциальные причины развития шейной миелопатии**

Группа	Нозологии	Группа	Нозологии
Сосудистые	Инфаркт спинного мозга Артериовенозные мальформации	Демиелинизация	Рассеянный склероз Функулярный миелоз
Аномалии развития	Стеноз позвоночного канала Сирингомиелия	Воспаление	Острый поперечный миелит ВИЧ-миелопатия
Опухоли	Интрамедуллярные Экстрамедуллярные и метастазы	Нейродегенерация	Боковой амиотрофический склероз Семейная спастическая паралич



В случае отнесения боли в шее у пациента к третьей категории по классификации NPTF, учитывая смешанный характер боли, включающей наряду с ноцицептивным и нейрорепатический компонент, необходимо проведение комбинированной терапии. Чаще всего для купирования боли вместе с анальгетиками и миорелаксантами используются также антидепрессанты и антиконвульсанты. В отечественной практике принято использование нейропротективной терапии (витамины группы В, антигипоксанты, корректоры микроциркуляции и др.). Отнесение пациента к четвертой категории требует проведения специфической терапии в соответствии с основным заболеванием.

Современные условия существования человека в развитых странах приводят к стойкому увеличению распространенности цервикалгии в популяции. Несмотря на то, что чаще всего боль носит легкий или умеренный характер и не приводит к временному снижению трудоспособности в большинстве случаев (89–98%), тот факт, что ежегодные прямые и косвенные расходы на ведение данной категории пациентов сопоставимы с затратами на лечение пациентов с болью в нижней части спины и головной болью, заставляет обратить особое внимание на дифференциальную диагностику и тактику лечения данного симптома.