

ВЕСТИБУЛЯРНОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ У ПАЦИЕНТА С ЦЕРВИКАЛГИЕЙ

Л. Антоненко, кандидат медицинских наук
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
E-mail: luda6917@yandex.ru

Гипердиагностика цереброваскулярной патологии головного мозга в нашей стране приводит к неадекватной терапии. Наиболее частый вид вестибулярного головокружения – доброкачественное пароксизмальное позиционное, поддающееся лечению. Терапия болевых синдромов должна носить комплексный характер. Показана высокая эффективность применения Баклосана и мелоксикама в лечении вертеброгенной цервикалгии.

Ключевые слова: вестибулярное головокружение, доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, цервикалгия, лечение, Баклосан, мелоксикам.

Вестибулярное головокружение – довольно распространенная проблема (встречается у 5% взрослого населения) [1, 14]. Это – состояние, при котором у больного возникает иллюзия вращения окружающих его предметов или собственного движения. Причиной вестибулярного головокружения является нарушение функции вестибулярного анализатора [1, 2, 7, 8]. Один из наиболее распространенных диагнозов, который ставят в нашей стране пациентам с жалобами на головокружение и боль в шее, – вертебрально-базиллярная недостаточность (ВБН) на фоне вертеброгенной цервикалгии [7, 8]. В ряде исследований показано, что в большом проценте случаев при специализированном обследовании у пациентов с таким диагнозом обнаруживаются совершенно другие причины неврологических нарушений [6, 7]. Среди пациентов, обращавшихся с жалобами на вращательное головокружение, преобладают лица с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением (ДППГ) [7, 8, 12–14]. Цервикалгия (боль в шее) – одна из наиболее частых причин обращения к неврологу. Так, средние показатели обращаемости в амбулаторную службу с болями в шее достигают 11% [5, 10]. Вертеброгенная цервикалгия является следствием дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника, сопровождается напряжением шейных мышц и тугоподвижностью в шейном отделе позвоночника (ШОП). Сочетание жалоб на вращательное головокружение и боль в ШОП встречается в 5% случаев [11]. Приводим клинический пример.

Пациентка М., 45 лет, обратилась в клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова с жалобами на: приступы головокружения с ощущением вращения окружающих предметов, возникающие при повороте в постели, попытке сесть из положения лежа, сопровождающиеся тошнотой, позывами на рвоту; неустойчивость при ходьбе в течение последнего месяца; боли в ШОП, усиливающиеся при движении, кашле и чихании.

Из анамнеза известно, что периодические боли в ШОП беспокоили пациентку в течение года. Око-

ло 1 мес назад после переохлаждения пациентка почувствовала боль и напряжение в шее, усиливающиеся при движении, кашле, чихании. Через 4 дня после этого ночью при повороте в постели развился кратковременный (несколько секунд) эпизод головокружения с ощущением вращения окружающих предметов, сопровождавшийся тошнотой, позывами на рвоту. Подобные эпизоды повторялись при попытке сесть в постели после сна, провоцировались поворотами, запрокидыванием головы. Присоединилась неустойчивость при ходьбе.

При обращении в поликлинику по месту жительства пациентке была проведена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, патологии не выявлено. При МРТ ШОП обнаружены дегенеративно-дистрофические изменения межпозвонковых дисков C_{II-VI} , протрузии межпозвонковых дисков C_{V-VII} до 2 мм, грыжи Шморля C_{V-VII} . Поставлен диагноз ВБН на фоне вертеброгенной цервикалгии. Около 1 мес без эффекта проводилась терапия мексидолом, кавинтоном, витаминами группы В, вольтареном.

На приеме в клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова был исследован неврологический статус: пациентка в сознании, адекватна, в месте и времени ориентирована правильно; черепно-мозговая иннервация не нарушена; парезов, чувствительных тазовых нарушений не выявлено; динамические координаторные пробы выполняет удовлетворительно; в позе Ромберга неустойчива; в усложненной позе Ромберга падает вправо. Определены ограничение подвижности в ШОП, больше влево, дефанс шейных мышц, при пальпации – болезненность фасеточных суставов в области C_{IV-VI} позвоночных сегментов. Ввиду жалобы пациентки на головокружение с ощущением вращения окружающих предметов проведено нейровестибулярное исследование с видеонистагмографией: спонтанный нистагм в положении сидя с открытыми глазами не регистрировался. Без фиксации взора нистагм не регистрировался. Проба head-shaking отрицательная. Проба Хальмаги отрицательная. Проба Дикса–Холлпайка выявляла типичный позиционный вертикулярно-ротаторный нистагм справа. Проба Унтербергера легкоположительна вправо. Заключение: ДППГ; отолитиаз правого заднего полукружного канала.

Для уточнения состояния церебрального кровотока проведено дуплексное сканирование магистральных артерий головы, по данным которого патологии не выявлено.

Итак, при клиническом и инструментальном обследовании у пациентки выявлены следующие неврологические синдромы: синдром периферического вестибулярного головокружения; шейный вертебральный синдром. Поставлен клинический диагноз: ДППГ; отолитиаз правого заднего полукружного канала; вертеброгенная цервикалгия.

Для лечения ДППГ был проведен лечебный маневр Эпли, широко применяемый при лечении отолитиаза заднего полукружного канала [1, 2, 7, 11, 12]. Выполнялся маневр при исходном положении пациентки сидя на кушетке с поворотом головы вправо. Затем пациентка была уложена на кушетку с запрокинутой назад

головой, фиксированной руками врача и повернутой на 45° вправо; в этом положении после латентного периода 5 с возникло резкое вращательное головокружение, длившееся 30 с и сопровождающееся позиционным вертикально-ротаторным нистагмом. После прекращения головокружения голова пациентки была повернута влево на 90°. В этом положении пациентка оставалась 30 с, затем была уложена на левый бок с головой, повернутой левым ухом вниз; это положение также сохранялось 30 с, после чего пациентка вернулась в положение сидя на кушетке. Для лечения вертеброгенной цервикалгии пациентке был рекомендован прием мелоксикама (таблетки 15 мг утром после еды в течение 10 дней) и Баклосана (по 1 таблетке 10 мг 3 раза в день во время еды в течение 14 дней). В течение 1 нед после проведения маневра Эпли пациентка отметила значимый положительный эффект — эпизоды системного позиционного головокружения регрессировали, значительно улучшилась устойчивость. Цервикальный болевой синдром значительно ослаб, уменьшилось напряжение паравертебральных мышц, увеличился объем движений в ШОП. К лечению были добавлены комплекс лечебной физкультуры (ЛФК) и курс массажа шейно-воротниковой зоны. На фоне терапии достигнута стойкая ремиссия вертеброгенной цервикалгии.

ДППГ — заболевание, характеризующееся приступами головокружения при перемене положения головы и обусловленное проникновением отолитовых частиц в полукружные каналы внутреннего уха [1, 2, 8, 12, 13]. Наиболее часто (около 90% всех случаев ДППГ) встречается идиопатическая, или дегенеративная форма заболевания [2, 8, 12]. Патогенетические механизмы развития ДППГ связаны с раздражением рецепторов вестибулярного аппарата отолитами (кристаллами карбоната кальция), которые отделяются от отолитовой мембраны вследствие дегенеративных процессов (при идиопатической форме) и попадают в полукружные каналы лабиринта; при этом из-за анатомических особенностей строения чаще наблюдают поражение заднего полукружного канала [1, 2, 12, 13]. Перемещаясь по каналу, отолиты вызывают смещение эндолимфы, что приводит к возникновению приступов вестибулярного головокружения. Наиболее эффективный метод лечения ДППГ — лечебные маневры, которые выполняет врач. Позиционные маневры Семона и Эпли в 90% случаев позволяют добиться улучшения в течение 1 нед [2, 8, 12, 13].

Несмотря на характерную клиническую картину, ДППГ редко диагностируется неврологами на амбулаторном приеме, тогда как ВБН является одним из самых частых диагнозов [6, 7]. Нередко под маской ВБН скрываются самые разные расстройства, нередко не имеющие никакого отношения к патологии сосудистой системы головного мозга [6–8]. Вертеброгенная цервикалгия является следствием дегенеративно-дистрофических изменений в ШОП, которые начинаются с поражения пульпозного ядра и затем распространяются на фиброзное кольцо и другие элементы позвоночного двигательного сегмента (суставы, связки и др.). Источником боли при цервикалгии, как полагают большинство авторов, являются дугоотростчатые (фасеточные) суставы и межпозвонковые диски [4, 5, 9, 10, 15]. Рефлекторные синдромы проявляются отраженными болями и рефлекторным напряжением мышц (рефлекторные мышечно-тонические синдромы). Мышечно-тонические синдромы могут приводить

к образованию локальных участков фиброза в спазмированной мышце, что, в свою очередь, способствует хронизации боли [4, 5, 9, 10, 15]. Это затрудняет лечение и реабилитацию пациентов. При терапии вертеброгенных болевых синдромов важно использовать миорелаксанты [5, 9], обеспечивающие эффективный разрыв связей «боль — мышечный спазм — боль». Нейрохимической основой формирования мышечно-тонического синдрома при вертеброгенных болевых синдромах является недостаточность тормозящих кортико-лимбических и лимбико-ретикулярных влияний γ -аминомасляной кислоты (ГАМК) [9]. ГАМК оказывает тормозящее влияние на разные структуры центральной нервной системы, в том числе — на уровне заднего рога спинного мозга. Баклосан (баклофен), являясь агонистом ГАМК-рецепторов, воздействует на процессы сегментарной и супрасегментарной патологической гиперактивности [3, 9]. Результатом действия Баклосана (баклофена) являются снижение тонуса скелетных мышц, умеренный анальгезирующий и анксиолитический эффект, что позволяет с успехом применять данный препарат для лечения вертеброгенных болевых синдромов.

К числу основных лекарственных препаратов, применяемых для лечения болей не только в шее, но и практически любой локализации, относятся нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Помимо болеутоляющего, НПВП оказывают противовоспалительное и жаропонижающее действие. Эти свойства НПВП обусловлены ослаблением синтеза простагландинов из арахидоновой кислоты посредством торможения активности циклооксигеназы (ЦОГ) [5, 10]. Мелоксикам ингибирует синтез простагландинов в результате избирательного подавления ферментативной активности ЦОГ2. Он подавляет синтез простагландинов в области воспаления в большей степени, чем в слизистой оболочке желудка или почках, что связано с относительно избирательным ингибированием ЦОГ2. Он также реже, чем другие НПВП, вызывает эрозивно-язвенные заболевания желудочно-кишечного тракта [5, 10].

Представленный клинический случай показывает необходимость всестороннего обследования пациентов с головокружением и болью в шее во избежание диагностических ошибок. Наиболее эффективный метод лечения ДППГ — проведение лечебных маневров. Терапия вертеброгенной цервикалгии должна быть комплексной: как лекарственной (НПВП, миорелаксанты), так и нелекарственной (массаж, ЛФК, физиотерапия и т.д.). Необходимо также учитывать факторы риска и грамотно оценивать возможность осложнений от каждого из предложенных пациенту методов лечения.

Литература

1. Замерград М.В. Вестибулярное головокружение // Неврология, нейропсихиат., психосомат. — 2009; 1: 14–8.
2. Замерград М.В., Антоненко Л.М. Посттравматическое головокружение // Неврол. журнал. — 2012; 2: 4–10.
3. Корешкина М. Хроническая боль в спине: проблемы и лечение // Врач. — 2013; 9: 34–6.
4. Кукушкин М.Л., Хитров Н.К. Общая патология боли / М: Медицина, 2004; 141 с.
5. Матхаликов А. Ф. Неврологические синдромы шейного остеохондроза. Метод. пособие / Ташкент, 2003; 25 с.
6. Парфенов В.А. Дифференциальная диагностика и лечение головокружения у больных артериальной гипертензией // Тер. арх. — 2005; 1: 56–8.

7. Парфенов В.А., Абдулина О.В., Замерград М.В. Дифференциальный диагноз, прогноз и лечение острого вестибулярного головокружения // Неврол. журнал. – 2007; 6: 21–5.

8. Парфенов В.А., Замерград М.В., Мельников О.А. Головокружение: диагностика, лечение, распространенные диагностические ошибки. Уч. пособие / М.: Медицинское информационное агентство, 2011; 190 с.

9. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине и конечностях. В кн.: Болезни нервной системы. Под ред. Н.Н. Яхно / М.: Медицина, 2005; с. 313–8.

10. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013; 348 с.

11. Ярошевский А.А. Роль цервикального фактора в генезе головной боли и головокружения // Межд. мед. журнал. – 2010; 3: 16–23.

12. Brandt T., Huppert I., Hecht J. et al. Benign paroxysmal positioning vertigo: a long-term follow-up (6-17 years) of 125 patients // Acta Otolaryngol. – 2006; 126 (2): 160–3.

13. Guneri E., Kustutan O. The Effects of Betahistine in Addition to Epley Maneuver in Posterior Canal Benign Paroxysmal Positional Vertigo // Otolaryngol. Head Neck. Surg. – 2011; 8: 22–6.

14. Neuhauser H. Epidemiology of vestibular vertigo // Neurology. – 2005; 65: 898–904.

15. Wieser S., Horisberger B., Schmidhauser S. et al. Cost of low back pain in Switzerland in 2005 // Eur. J. Health. Econ. – 2011; 12 (5): 455–67.

VESTIBULAR DIZZINESS IN A PATIENT WITH CERVICALGIA

L. Antonenko, *Candidate of Medical Sciences;*

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Hyperdiagnosis of cerebrovascular disease in our country leads to inadequate therapy for the causes of dizziness. The most common cause of vestibular dizziness is benign paroxysmal positional vertigo treated by effective methods. Combination treatment for pain syndromes should be performed. Baclosan and Mesipol have been shown to be highly effective in treating vertebrogenic cervicalgia.

Key words: vestibular dizziness, benign paroxysmal positional vertigo, cervicalgia, treatment, Baclosan, Mesipol.