

Диагностика и лечение головокружения при шейно-черепном синдроме

М.Н. Дадашева

Головокружение является симптомом многих соматических, неврологических и психических заболеваний. Особое место среди больных с головокружением занимают больные с шейным головокружением, в патогенезе которого большую роль играют дорсопатия шейного отдела позвоночника и шейно-черепной синдром.

В соответствии с МКБ-10, принятой в нашей стране в 1999 г., сведения о дорсопатии изложены в классе “Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани”. В разделе “другие дорсопатии” в рубрику M53.0 включен “шейно-черепной синдром”. Этому термину соответствует применявшийся ранее термин “шейный симпатический синдром”. Выделяют передний и задний шейно-черепной синдром.

При переднем шейно-черепном синдроме, названном по имени описавших его авторов синдромом Бернара-Горнера, поражается верхний шейный симпатический узел, что приводит к нарушению симпатической иннервации и развитию птоза, миоза, энофтальма.

При поражении нижнего шейного симпатического узла, расположенного за начальной частью позвоночной артерии, развивается задний шейно-черепной синдром.

Впервые задний шейно-черепной синдром был описан в 1925 г. при шейном спондилоартрите французскими учеными Барре и Лю. В 1949 г. Бэрче-Роше опубликовал монографию “Шейная мигрень”, в которой

указал, что этот термин, означающий триаду симптомов в виде головной боли, боли в шее и головокружения, характерен для заднего шейного симпатического синдрома.

В отечественной литературе клиника заднего шейного симпатического синдрома была описана в 1953 г. Н.К. Боголеповым. Он объяснял дисфункцию шейного симпатического узла раздражением его или позвоночного нерва, образующего вокруг позвоночной артерии сплетение, остеофитом, межпозвонковой грыжей или спазмированными мышцами шеи.

В поликлинических условиях нами обследовано 280 больных, которые предъявляли жалобы на головокружение, интенсивную головную боль. Больные были разделены на 3 группы.

В первую группу были включены 170 пациентов с различными формами цервикальной дорсопатии, обусловленной спондилезом, артрозом унковертебральных сочленений, грыжей диска.

Во вторую – 30 больных с цервикальной “хлыстовой” травмой I–IV степени. Все больные получили травму во время автоаварии, отмечался гиперфлексионно-гиперэкстензионный механизм травмы.

В третью – 80 больных с цервикальным синдромом черепно-мозговой травмы в подостром периоде (в сроки более 7 дней), у которых после удара головой развился цервикальный синдром.

Из группы обследованных были исключены лица с головокружением, обусловленным каким-либо другим соматическим или неврологическим заболеванием.

У 29 больных отмечался шейно-черепной синдром, характеризующийся помимо головокружения, координаторных расстройств и цервикалгии, сочетанием вегетативных расстройств и выраженной пароксизмальной краниалгией, продолжающейся десятки минут, а иногда и несколько часов.

У 15 больных клиническая симптоматика развилась после переохлаждения, у 3 – после перенесенной инфекции, у 3 – после интоксикации и у 6 – после значительной перегрузки или травмы шейного отдела позвоночника.

У 9 больных шейно-черепной синдром был выявлен у больных с шейной дорсопатией, у 8 – с цервикальной травмой и у 12 – с цервикальным синдромом черепно-мозговой травмы.

Характер головной боли представлен в таблице. У 8 человек головная боль имела односторонний характер, начиналась в шейно-затылочной области и распространялась до виска, темени, лба, нередко захватывая ухо или глаз. У некоторых появлялось чувство выпирания, выдавливания глаза. В этой группе у 5 больных боль локализовалась только в затылочной области, у 7 – отмечалось обратное распространение – от лба и темени к затылку. У 22 человек наблюдался двусторонний характер головной боли, у 10 – боль иррадиировала в обе стороны одновременно, у 12 – поочередно. У 12 – головная боль зависела от поворотов головы и не зависела от времени суток, у 14 – была более интенсивна к концу рабочего дня или ночью. Это объяснялось тем, что днем больные придавали голове анталгическое положение, избегали резких поворотов

Марина Николаевна Дадашева – канд. мед. наук, невролог поликлиники УПДК МИД РФ.

Характер головной боли у больных с шейно-черепным синдромом

Характер головной боли	Количество больных (n = 29)	%
Постоянный	13	44,8
Пароксизмальный	16	55,1
Односторонний	8	27,6
Двусторонний	22	75,9
Иррадиация в лобно-затылочную область	8	27,6
Локальная в затылочной области	5	17,2
Связана с поворотами головы	12	41,4

головы. Ночью во время сна внезапные неосторожные повороты головой вызывали боль. Зависимость головной боли от поворота головы связывают с компрессией позвоночной артерии и нерва, вызывающей ишемию в вертебро-базиллярном бассейне. Возникающая симпатическая ирритация обладала наклонностью к реперкуссии.

У больных с задним шейным черепным синдромом отмечалось системное, несистемное и сочетанное головокружение, по длительности – кратковременное и длительное. У 12 больных отмечалось несистемное головокружение в виде покачивания, дурноты, у 2 – системное в виде вращения предметов и у 15 – сочетание системного и несистемного. У 16 больных головокружение имело постоянный характер. У некоторых – проявлялось только на высоте головной боли.

Головокружение сочеталось с тошнотой, рвотой, шумом в ушах, координаторными расстройствами. Головокружение объяснялось тем, что при компрессии позвоночной артерии или раздражении симпатического сплетения позвоночной артерии и позвоночного нерва происходят спазм и дисциркуляторные расстройства в позвоночной артерии и ее ветвях, включая кохлеовестибулярную артерию. Это вызывает ухудшение кровоснабжения отделов внутреннего уха, связанных с выполнением функции поддержания равновесия и функции слуха, что способствует развитию

клинических симптомов синдрома позвоночной артерии – головокружения и кохлеарных расстройств.

У многих больных отмечался шум в ушах, у 15 из них – сочетающийся с болью в ушах, у 18 – шум был односторонним, у 11 – двусторонним. Интенсивность и тональность шума варьировали. У 8 больных наблюдался шум в голове, некоторые не могли четко локализовать этот шум, 4 из них субъективно отмечали снижение слуха.

У 14 человек головная боль и головокружение сопровождались тошнотой, у 10 из этой группы – рвотой.

В ряде наблюдений отмечались зрительные расстройства в виде мушек, потемнения, пелены перед глазами, которые объясняются дисциркуляторными нарушениями в затылочных долях мозга и симпатической ирритацией, приводящей к ангиоспазму глазничной артерии.

Мозжечковая симптоматика отмечалась у 12 больных, как правило, она была негрубой и связана с ишемией и дисциркуляторными нарушениями в вертебро-базиллярном бассейне.

У 24 человек наблюдалось пошатывание в позе Ромберга. Отмечались координаторные нарушения в виде миопопадания при выполнении пальце-носовой пробы с двух сторон (13 человек) или с одной стороны (5 человек), интенционного тремора (7 человек), атаксии при ходьбе на высоте приступа головной боли (5 человек).

У больных с цервикальной “хлыстовой” травмой (гиперфлексионно-гиперэкстензионной травмой) шеи и цервикальным синдромом черепно-мозговой травмы выявлялся цервикальный лигаментномиофасциальный синдром в виде боли в области шеи, верхних конечностях, мышцах надплечий.

Некоторые пациенты (4 наблюдения) жаловались на сердцебиение, боли в левой половине грудной клетки, которые были полиморфны и напоминали приступы стенокардии. В отдельных случаях боль имела интенсивный давящий, сжимающий, опоясывающий характер, с продолжительностью от нескольких часов до суток, не всегда зависела от поворота головы и в ряде

случаев иррадиировала в левую руку или левую лопатку.

Данные кардиальные боли не купировались приемом нитроглицерина, но уменьшались после приема анальгетиков, тепловых и физиотерапевтических процедур на шею. На ЭКГ выявлялись нарушения ритма в виде брадикардии, тахикардии, экстрасистолии.

Патогенез кардиальных нарушений обусловлен раздражением кардиального сплетения, образующегося из общего звездчатого узла, составной частью которого является нередко нижний шейный симпатический узел. При наличии выраженной сердечной патологии у больного данная симптоматика усиливалась.

Для верификации причин кохлеовестибулярных нарушений, боли в шейном отделе позвоночника проводились дополнительные методы диагностики.

Лучевая (спондилография шейного отдела позвоночника с функциональными пробами) и нейровизуализационная (МРТ) диагностика выявляла выпрямление шейного лордоза, склероз краевых гиалиновых пластинок, спондилез, спондилолистез, артроз унко-вертебральных сочленений, наличие боковых межпозвонковых грыж, которые чаще отмечались на уровне C5–C7 и были размером 3–5 мм.

Всем больным проводилось клинико-неврологическое обследование, включающее вегетологическое и нейропсихологическое. Оценка состояния вегетативной нервной системы проводилась с помощью комплексных шкал и анкет, разработанных в Центре вегетативной патологии ММА им. И.М. Сеченова. Использовались экспериментально-психологические тесты на выявление депрессивных (тест Бека) и тревожных (тест Спилберга) расстройств.

Для пациентов этой группы характерны умеренные показатели вегетативных нарушений по анкете СВД: суммарная оценка проявлений синдрома вегетативной дистонии составила 58,2 балла.

Отмечались легкие депрессивные расстройства (24 балла). Были отме-

чены высокие уровни как реактивной (48 баллов), так и личностной тревоги (53 балла).

Лечение вегетативных и сосудистых нарушений при шейно-черепном синдроме решалось путем комплексного подхода к терапевтическим мероприятиям, включающим не только фармакотерапию, но и физиотерапию, мануальную терапию, рефлексотерапию, а также психотерапию.

Целью патогенетической фармакотерапии являлось уменьшение явлений симпатического раздражения и эмоциональных расстройств. Назначались вестибулолитические препараты, витамины группы В, ноотропные препараты, улучшающие метаболические процессы, антиагреганты.

Препаратом выбора для лечения головокружения являлся Бетасерк (бетагистина дигидрохлорид), синтетический аналог гистамина, который действует на гистаминовые H_1 - и H_3 -рецепторы сосудов внутреннего уха и вестибулярных ядер ЦНС. Бетасерк за счет взаимодействия с гистаминовыми рецепторами в головном мозге обладает прямым стимулирующим действием на H_1 -гистаминовые рецепторы внутреннего уха и опосредованным – на H_3 -рецепторы ядер вестибулярного

нерва. Таким образом, Бетасерк имеет двойной механизм действия: центральный и периферический. Этот препарат нормализует трансмиссивную передачу в нейронах медиальных ядер вестибулярного нерва на уровне моста головного мозга. Одновременно он вызывает вазодилатацию и повышение проницаемости сосудов во внутреннем ухе непосредственно через H_3 -рецепторы и опосредованно через H_3 -, H_1 - и H_2 -рецепторы, улучшая тем самым микроциркуляцию и проницаемость капилляров внутреннего уха, нормализуя давление эндолимфы в лабиринте и улитке и увеличивая кровоток в базилярных артериях.

Вследствие своего вазодилататорного действия Бетасерк нормализует нарушения вестибулярного аппарата, кохлеарные расстройства, уменьшает головокружение, шум и звон в ушах, улучшает слух.

Бетасерк назначают взрослым пациентам по 16 мг 3 раза в день или по 24 мг 2 раза в день после еды в течение 1–3 мес. Улучшение состояния наступает через несколько часов. Препарат практически полностью абсорбируется из желудочно-кишечного тракта. Выводится из организма в течение 24 ч.

Пациентам кроме этого назначались также седативные, психостимулирующие, тонизирующие и антидепрессанты с анксиолитическим эффектом.

Физиотерапевтические мероприятия включали ультразвук, электросон, фонофорез с симпатикотропными средствами, гальванизацию на синокаротидную зону. Большое значение придавалось гидропроцедурам, массажу.

Всем пациентам с нестабильностью в шейных позвоночных двигательных сегментах рекомендовался ортопедический режим, включающий сон на ортопедической подушке, периодическое ношение ортопедического воротника.

Большое внимание уделялось профилактическим мероприятиям, включающим своевременное лечение соматических, гинекологических и эндокринных заболеваний, правильную организацию труда и отдыха, оборудование рабочего места для лиц с длительной фиксированной позой, производственную гимнастику. Больным было рекомендовано избегать резких движений головой, подъемов тяжести, сохранения правильного двигательного стереотипа, обучение различным комплексам физических упражнений, основной целью которых является укрепление мышечного корсета. ●

Продолжается подписка на научно-практический журнал “Атмосфера. Пульмонология и аллергология”

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ.

Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 66 руб., на один номер – 33 руб.

Подписной индекс 81166.



Журнал “АСТМА и АЛЛЕРГИЯ” – это журнал для тех, кто боится, и не только для них. Всё о дыхании и аллергии

В журнале в популярной форме для больных, их родственников и близких рассказывается об особенностях течения бронхиальной астмы и других аллергических заболеваний, современных методах лечения и лекарствах.

Журнал выходит 4 раза в год.

**Стоимость подписки на полгода – 30 руб.,
на один номер – 15 руб.**

**Подписной индекс 45967 в каталоге “Роспечати”
в разделе “Научно-популярные издания”.**