

- Головокружение у лиц, чья работа связана с концентрацией внимания - бетасерк, производные барвинка, гинко билоба, спорыньи, предуктал, вертигохель

#### Дифференцированное курсовое лечение:

| I. Периферические поражения с нарушением слуха         |                                                                                   |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Патология среднего уха, распространяющаяся на лабиринт | Бетасерк, холиноблокаторы, нейролептики, сосудистые, антигистаминные              |
| Лабиринтит                                             | Бетасерк, холиноблокаторы, нейролептики, сосудистые, антигистаминные              |
| Болезнь Меньера                                        | Бетасерк, нейролептики, холиноблокаторы, вертигохель, мочегонные                  |
| Синдром Меньера                                        | Бетасерк, нейролептики, холиноблокаторы, антигистаминные                          |
| Перилимфатическая фистула                              | Холиноблокаторы, нейролептики, бетасерк, антигистаминные                          |
| Ототоксикоз                                            | сосудистые, антигистаминные, холиноблокаторы, бетасерк, вертигохель               |
| Невропатия слухового нерва                             | сосудистые, холиноблокаторы, бетасерк, антигистаминные                            |
| II. Периферические поражения без нарушения слуха       |                                                                                   |
| Доброкачественное позиционное головокружение           | бетасерк, холиноблокаторы, антигистаминные, сосудистые, вертигохель               |
| Вестибулярный нейронит                                 | холиноблокаторы, бетасерк, антигистаминные, сосудистые, нейролептики, вертигохель |
| III. Центральные поражения                             |                                                                                   |
| Базиллярная мигрень                                    | производные спорыньи, нейролептики, холиноблокаторы, бетасерк, вертигохель        |
| Синдром Брунса                                         | холиноблокаторы, бетасерк, антигистаминные                                        |
| Объемное образование головного мозга                   | сосудистые, бетасерк, холиноблокаторы                                             |
| Острое нарушение мозгового кровообращения              | сосудистые, бетасерк, нейролептики, вертигохель                                   |
| Рассеянный склероз                                     | холиноблокаторы, бетасерк, сосудистые, вертигохель                                |
| Энцефалиты                                             | холиноблокаторы, бетасерк, сосудистые                                             |
| IV. Смешанные поражения                                |                                                                                   |
| Травма                                                 | бетасерк, сосудистые, антигистаминные, холиноблокаторы, вертигохель               |
| Вертебрально-базиллярная недостаточность               | сосудистые, бетасерк, антигистаминные                                             |
| Церебральный арахноидит                                | сосудистые, бетасерк, холиноблокаторы, нейролептики, вертигохель                  |

Не утратили своих лечебных свойств испытанные схемы, которыми пользовались на протяжении нескольких десятков лет "старые" отоневрологи:

1. Капли Циммермана - атропина сульфат 0,003

папаверина гидрохлорид 0,2  
дистиллированная вода 20,0

По 15 капель X 3 раза в день

2. Порошки Циммермана - атропина сульфат 0,00025

кофеина бензоат 0,02  
фенобарбитал 0,02  
сода 0,25

По одному порошку 3 раза в день

Головокружение, особенно длительное, является мощным стрессовым фактором, в связи с чем целесообразно включать в терапевтические схемы антидепрессанты (необходимо учитывать возможную кумуляцию при совместном назначении с холиноблокаторами).

Если головокружение возникает в виде приступов, добавляют антиконвульсанты (карбамазепин, клоназепам).

Неудачи в лечении головокружения отчасти обусловлены неадекватным подбором лекарств. Врач зачастую записывается на каком-нибудь одном препарате (чаще - это циннаризин), забывая, что существуют другие.

Еще одна причина - неправильное трактование патогенеза заболевания. Путая деструктивную патологию с раздражительной, назначают вместо вестибуломиметиков блокаторы и наоборот.

Во избежании ошибок, каждый больной должен быть обследован комплексно, включая консультацию отоларинголога, тональную аудиометрию, камертоновые пробы. Отсутствие терапевтического эффекта спустя две недели от начала лечения является показанием к проведению компьютерной или магнитно-резонансной томографии.

Опираясь на собственный опыт, беремся утверждать, что неукоснительное следование вышеперечисленным требованиям сводит вероятность отрицательного результата лечения головокружения к минимуму.

## ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ

М.А. Якушин, Т.И. Якушина

Московский областной научно-исследовательский клинический институт

#### I этап

При наличии чувствительных расстройств, определяют их топографию. Учитывают не только объективные признаки (гипестезия, гиперестезия), но и субъективные (иррадиация болей, парестезии). У каждого человека локализация чувствительных зон на коже имеет индивидуальные особенности, что обусловлено:

1. Соотношением зон автономной (т.е. получающей волокна от одного сегмента, корешка или нерва) и перекрестной (т.е. получающей волокна от нескольких сегментов, корешков или нервов) иннервации.

2. Резистентностью волокон к воздействию повреждающих факторов. Наиболее ранимы волокна температурной чувствительности, наименее - тактильной.

3. Степенью повреждения нервного образования. Чем интенсивнее повреждение, тем обширнее зона гипестезии.

Мы провели статистическое исследование: сравнили топографию чувствительных дерматомов во всех доступных нам источниках (более 20). Заранее допуская определенную степень вариабельности, мы все-таки не ожидали получить таких больших разбросов показателей. К примеру, кожа затылочной области на одних схемах иннервируется С2 сегментом, на других - С1 и С2, на третьих - С1, С2 и С3. Таким образом, пользуясь разными схемами нельзя избежать ошибок. Как же быть?

Исследования, проведенные нами, позволили выявить несколько закономерностей:

1. Наиболее вариабельную топографию имеют проксимальные и срединные участки дерматомов; чувствительность в них почти всегда нарушается мозаично. Дистальные отделы дерматомов у большинства людей совпадают. Мы считаем, что данная закономерность объясняется тем, что именно эти отделы подвергаются наибольшей дифференцировке в процессе онтогенеза. Срединные образования, напротив, дифференцируются в меньшей степени, поэтому иннервация их более диффузная.

2. В каждом дерматоме есть зона (назовем ее индикаторная зона - ИЗ), чувствительные расстройства в которой возникают в первую очередь, а исчезают в последнюю. Такие зоны обычно локализованы в дистальных отделах дерматомов. ИЗ нервов и сплетений совпадают с зонами автономной иннервации.

3. Сегментарные, пучковые и невральные ИЗ могут частично накладываться друг на друга, но, в целом, их топография существенно различается.

При наличии чувствительных расстройств можно проводить топическую диагностику, не раздевая больного. Достаточно выяснить, в каком месте эти расстройства выражены больше всего, сопоставить эту зону с известными ИЗ и выбрать среди них наиболее подходящий. В сомнительных случаях исследуют чувствительность в нескольких ИЗ. Если ИЗ интактен, повреждение соответствующего ему нервного образования можно с большой степенью вероятности исключить.

| СЕГМЕНТ, КОРЕШОК          | ИНДИКАТОРНЫЙ УЧАСТОК                         |
|---------------------------|----------------------------------------------|
| С2                        | Затылок                                      |
| С3                        | Шея                                          |
| С4                        | Надключичная область ("погоны")              |
| С5                        | Дельтовидная область                         |
| С6                        | Большой палец                                |
| С7                        | Средний палец                                |
| С8                        | Мизинец                                      |
| Д1                        | Внутренняя поверхность предплечья            |
| ПУЧКИ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ | ИНДИКАТОРНЫЙ УЧАСТОК                         |
| Первичный верхний         | Плечо                                        |
| Первичный средний         | Наружная поверхность предплечья, тыл кисти   |
| Первичный нижний          | Ладонь, мизинец, ульнарная поверхность кисти |
| НЕРВ                      | ИНДИКАТОРНЫЙ УЧАСТОК                         |
| Большой затылочный нерв   | Медиальные отделы затылочной области         |
| Малый затылочный нерв     | Латеральные отделы затылочной области        |
| Большой ушной нерв        | Кожа за ушной раковиной, мочка уха           |
| Поперечный нерв шеи       | Передне-боковая поверхность шеи              |
| Надключичные нервы        | Надключичная область                         |

Помимо ИЗ, каждому сегменту, корешку, пучку сплетения или нерву соответствует одна или несколько индикаторных мышц (ИМ), получающих двигательную иннервацию преимущественно за счет данного нервного образования. Парез ИМ свидетельствует в пользу, интактность - против поражения данного нервного образования.

| СЕГМЕНТ, КОРЕШОК          | ИНДИКАТОРНАЯ МЫШЦА                     |
|---------------------------|----------------------------------------|
| С1-С3                     | Не имеют                               |
| С4                        | Диафрагма                              |
| С5                        | Дельтовидная                           |
| С6                        | Бицепс                                 |
| С7                        | Трицепс                                |
| С8                        | Короткие сгибатели мизинца и IV пальца |
| Д1                        | Межкостные                             |
| ПУЧОК ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ | ИНДИКАТОРНАЯ МЫШЦА                     |
| Первичный верхний         | Дельтовидная, бицепс, плече-лучевая    |
| Первичный средний         | Разгибатели пальцев                    |
| Первичный нижний          | Сгибатели пальцев и межкостные         |

Устанавливают соответствие выявленной зоны гипестезии и паретичных мышц тем или иным ИЗ и ИМ, определяя круг дальнейшего дифференциально-диагностического поиска.

II этап

Поиск болевых (проекционных) точек.

| НЕРВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ     | ПРОЕКЦИОННАЯ ТОЧКА                                                                               |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Шейные корешки          | Проекция соответствующего межпозвонкового сустава                                                |
| Большой затылочный нерв | Граница наружной и средней трети линии, соединяющей остистый отросток С2 с сосцевидным отростком |
| Малый затылочный нерв   | Позади прикрепления грудинно-ключично-сосцевидной мышцы                                          |
| Большой ушной нерв      | Задний край грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, на границе верхней и средней ее части           |
| Поперечный нерв шеи     | Задний край грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, на границе верхней и средней ее части           |
| Диафрагмальный нерв     | Латеральнее прикрепления грудинно-ключично-сосцевидной мышцы к ключице                           |

|                                                      |                                                                                       |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Надключичные нервы                                   | Середина заднего края грудинно-ключично-сосцевидной мышцы                             |
| Первичный верхний пучок плечевого сплетения          | Латеральное грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, на уровне C5-C6 сустава (точка Эрба) |
| Первичный нижний и средний пучки плечевого сплетения | Латеральное прикрепления грудинно-ключично-сосцевидной мышцы                          |

### III этап

#### Проверка объема движений

При поражении корешка движения, как правило, ограничены в больную сторону (голова несколько наклонена в здоровую). При поражении нерва, наоборот, движения ограничены в здоровую сторону (положение головы нормальное или имеется небольшой наклон в больную).

### IV этап

#### Дифференциальная диагностика сегментарных и корешковых поражений

Чувствительные и двигательные расстройства возникают в одних и тех же дерма- и миотомах, поэтому диагностика основана на учете дополнительных симптомов. Главные дифференциальные признаки - наличие (корешок) или отсутствие (сегмент) болей, симптомов натяжения (шейный Ласега), симптома межпозвонкового отверстия Шпурлинга, симптома Бертши.

- шейный симптом Ласега: усиление болезненности, парестезии при надавливании на голову сверху вниз

- симптом межпозвонкового отверстия Шпурлинга: усиление болезненности, парестезии при надавливании на голову, наклоненную в больную сторону

- симптом Бертши: уменьшение (исчезновение) боли при тракции за голову.

| ПРИЗНАК                                                               | КОРЕШОК      | СЕГМЕНТ      |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| Боли                                                                  | характерно   | нехарактерно |
| Симптомы натяжения                                                    | Характерны   | Нехарактерны |
| Симптом Шпурлинга                                                     | Характерен   | Нехарактерен |
| Симптом Бертши                                                        | Характерен   | Нехарактерен |
| Ограничение движений                                                  | Характерно   | Нехарактерно |
| Компенсаторный анталгический сколиоз                                  | Характерен   | Нехарактерен |
| Проводниковые чувствительные и двигательные расстройства              | Нехарактерно | Характерно   |
| Двусторонняя симптоматика                                             | Нехарактерна | Характерна   |
| Вовлечение в патологический процесс двух и более сегментов (корешков) | Нехарактерно | Характерно   |
| Фасцикуляции (особенно, мелкопучковые)                                | Нехарактерно | Характерно   |
| Нарушение глубокой чувствительности                                   | Характерно   | Нехарактерно |

#### КРАНИОЦЕРВИКАЛГИЯ + ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ЗАТЫЛОЧНОЙ ОБЛАСТИ

Дифференциальный диагноз проводят между корешком и сегментом C2, большим и малым затылочным, а также большим ушным нервом, т.к. их ИЗ локализованы в этой области. Остальные нервы, корешки и сегменты из дифференциального поиска исключаются.

|                           | C2 сегмент             | C2 корешок                             | БЗН                                   | МЗН                                   | БУН                                   |
|---------------------------|------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ИЗ                        | Вся затылочная область | Вся затылочная область                 | Медиальная затылочная область         | Латеральная затылочная область        | Заушная область                       |
| Положение головы          | Нормальное             | Наклон в здоровую сторону              | Тенденция к наклону в больную сторону | Тенденция к наклону в больную сторону | Тенденция к наклону в больную сторону |
| Объем движений            | Не ограничен           | Ограничен в больную сторону            | Ограничен в здоровую сторону          | Ограничен в здоровую сторону          | Ограничен в здоровую сторону          |
| Проекционная точка        | нет                    | Сустав C1-C2 (за углом нижней челюсти) | Т. большого затылочного нерва         | Т. малого затылочного нерва           | Т. большого ушного нерва              |
| Симптомы натяжения        | Отрицательный          | Положительный                          | Отрицательный                         | Отрицательный                         | Отрицательный                         |
| Симптом Шпурлинга         | Отрицательный          | Положительный                          | Отрицательный                         | Отрицательный                         | Отрицательный                         |
| Симптом Бертши            | Отрицательный          | Положительный                          | Отрицательный                         | Отрицательный                         | Отрицательный                         |
| Фасцикуляции              | Характерны             | Нехарактерны                           | Нехарактерны                          | Нехарактерны                          | Нехарактерны                          |
| Глубокая чувствительность | Сохранена              | Нарушена                               | Нарушена                              | Нарушена                              | Нарушена                              |

#### ЦЕРВИКАЛГИЯ + ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА НА ШЕЕ

(C3, поперечный нерв шеи)

| ПРИЗНАК            | C3 сегмент    | C3 корешок                                                                            | Поперечный нерв шеи                                                                 |
|--------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Положение головы   | Нормальное    | Наклон в здоровую сторону                                                             | Нормальное или в наклон в больную сторону                                           |
| Объем движений     | Не ограничен  | Ограничен в больную сторону                                                           | Ограничен в здоровую сторону                                                        |
| Проекционная точка | Отсутствует   | Граница верхней и средней трети грудинно-ключично-сосцевидной мышцы по переднему краю | Граница верхней и средней трети грудинно-ключично-сосцевидной мышцы по заднему краю |
| Симптомы натяжения | Отрицательные | Положительный                                                                         | Отрицательный                                                                       |
| Симптом Шпурлинга  | Отрицательный | Положительный                                                                         | Отрицательный                                                                       |

|                           |               |               |               |
|---------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Симптом Бертши            | Отрицательный | Положительный | Отрицательный |
| Фасцикуляции              | Характерны    | Нехарактерны  | Нехарактерны  |
| Глубокая чувствительность | Не нарушена   | Нарушена      | Нарушена      |
| Боль, распирание языка    | Нехарактерно  | Характерно    | Нехарактерно  |

Волокна корешка С3 вплетаются в дугу подъязычного нерва, поэтому при его поражении возможно появление распирания и боли в языке. Хотя С3 - не единственный корешок, формирующий подъязычную дугу, подобные жалобы специфичны именно для него.

#### БОЛЬ В ШЕЕ + ГИПЕСТЕЗИЯ В НАДКЛЮЧИЧНОЙ ОБЛАСТИ

(С4 или надключичные нервы)

Топография чувствительных расстройств при поражении нерва и корешка практически идентична, с той лишь разницей, что при радикулопатии зона гипестезии на спине распространяется до позвоночника, а при поражении нерва - значительно не доходит до него.

| СИМПТОМЫ                  | С4 сегмент    | С4 корешок                              | надключичные нервы                                           |
|---------------------------|---------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Положение головы          | Нормальное    | Наклон в здоровую сторону               | Нормальное или наклон в больную сторону                      |
| Объем движений            | Не изменен    | В больную сторону                       | В здоровую сторону                                           |
| Проекционная точка        | Отсутствует   | Проекция межпозвонокового сустава С3-С4 | Середина грудинно-ключично-сосцевидной мышцы по заднему краю |
| Симптомы натяжения        | Отрицательные | Положительные                           | Слабо положительные или отрицательные                        |
| Симптом Шпурлинга         | Отрицательный | Положительный                           | Слабо положительный или отрицательный                        |
| Симптом Бертши            | Отрицательный | Положительный                           | Слабо положительный или отрицательный                        |
| Фасцикуляции              | Характерны    | Нехарактерны                            | Нехарактерны                                                 |
| Глубокая чувствительность | Не нарушена   | Нарушена                                | Нарушена                                                     |
| Парез диафрагмы           | Имеется       | Имеется                                 | Отсутствует                                                  |

Парез диафрагмы - наиболее важный дифференциальный признак; клинически он проявляется затруднением дыхания, одышкой, икотой, болями в грудной клетке. Живот во время вдоха втягивается, при выдохе, наоборот, выпячивается (парадоксальное дыхание - симптом Диллона). Для подтверждения диагноза проводят рентгеноскопию грудной клетки (высокое расположение купола диафрагмы и ограниченная экскурсия легкого).

#### ЦЕРВИКАЛГИЯ (ЦЕРВИКОБРАХИАЛГИЯ) + ГИПЕСТЕЗИЯ В ОБЛАСТИ ПЛЕЧА И (ИЛИ) СЛАБОСТЬ ОТВЕДЕНИЯ РУКИ

(С5, первичный верхний пучок плечевого сплетения)

Поражение первичного верхнего пучка плечевого сплетения не ограничивается парезом дельтовидной мышцы. Вместе с ней поражаются бицепс и плечелучевая мышца, обеспечивающие сгибание предплечья. Чтобы отличить поражение С5 от сплетения необходимо проверить эту функцию. Если она нарушена - это плексопатия, если не нарушена - С5. Кроме того, зона гипестезии при плексопатии - более обширная и распространяется по латеральной поверхности плеча и передней поверхности предплечья.

| СИМПТОМЫ                                          | С5 сегмент    | С5 корешок                              | Первичный верхний пучок плечевого сплетения                                           |
|---------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Чувствительные расстройства на плече и предплечье | Отсутствуют   | Отсутствуют                             | Имеются                                                                               |
| Сгибание предплечья                               | Не нарушено   | Не нарушено                             | Нарушено                                                                              |
| Положение головы                                  | Нормальное    | Наклон в здоровую сторону               | Нормальное или наклон в больную сторону                                               |
| Объем движений                                    | Не изменен    | Ограничены в больную сторону            | Ограничены в здоровую сторону                                                         |
| Проекционная точка                                | Отсутствует   | Проекция межпозвонокового сустава С4-С5 | Латеральное грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, на уровне С5-С6 сустава (точка Эрба) |
| Симптомы натяжения                                | Отрицательные | Положительные                           | Слабо положительные или отрицательные                                                 |
| Симптом Шпурлинга                                 | Отрицательный | Положительный                           | Слабо положительный или отрицательный                                                 |
| Симптом Бертши                                    | Отрицательный | Положительный                           | Слабо положительный или отрицательный                                                 |
| Фасцикуляции                                      | Характерны    | Нехарактерны                            | Нехарактерны                                                                          |
| Глубокая чувствительность                         | Не нарушена   | Нарушена                                | Нарушена                                                                              |

#### ЦЕРВИКАЛГИЯ (ЦЕРВИКОБРАХИАЛГИЯ) + ГИПЕСТЕЗИЯ В ОБЛАСТИ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА

(С6)

Поражение С6 сопровождается парезом двуглавой и плечелучевой мышц, обеспечивающих сгибание предплечья, а также выпадением рефлекса с бицепса.

#### ЦЕРВИКАЛГИЯ (ЦЕРВИКОБРАХИАЛГИЯ) + ГИПЕСТЕЗИЯ В ОБЛАСТИ СРЕДНЕГО ПАЛЬЦА

(С7, первичный нижний пучок плечевого сплетения)

Поражение С7 сопровождается парезом трицепса (с выпадением рефлекса с него) и короткого сгибателя большого пальца; соответственно, разгибание предплечья и сгибание большого пальца будут затруднены. Зона гипестезии не доходит до мизинца. При плексопатии нарушается сгибание, сведение и разведение пальцев, а зона гипестезии распространяется на мизинец и всю медиальную поверхность руки.

| СИМПТОМЫ | С7 сегмент | С7 корешок | Первичный нижний пучок |
|----------|------------|------------|------------------------|
|----------|------------|------------|------------------------|

|                                        |               |                                        |                                                                        |
|----------------------------------------|---------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
|                                        |               |                                        | плечевого сплетения                                                    |
| Чувствительные расстройства на мизинце | Отсутствуют   | Отсутствуют                            | Имеются                                                                |
| Разгибание предплечья                  | Нарушено      | Нарушено                               | Не нарушено                                                            |
| Сгибание, сведение-разведение пальцев  | Не нарушено   | Не нарушено                            | Нарушено                                                               |
| Положение головы                       | Нормальное    | Наклон в здоровую сторону              | Нормальное или наклон в больную сторону                                |
| Объем движений                         | Не изменен    | Ограничены в больную сторону           | Ограничены в здоровую сторону                                          |
| Проекционная точка                     | Отсутствует   | Проекция межпозвонкового сустава C4-C5 | Латеральное прикрепления грудинно-ключично-сосцевидной мышцы к ключице |
| Симптомы натяжения                     | Отрицательные | Положительные                          | Слабо положительные или отрицательные                                  |
| Симптом Шпурлинга                      | Отрицательный | Положительный                          | Слабо положительный или отрицательный                                  |
| Симптом Бертши                         | Отрицательный | Положительный                          | Слабо положительный или отрицательный                                  |
| Фасцикуляции                           | Характерны    | Нехарактерны                           | Нехарактерны                                                           |
| Глубокая чувствительность              | Не нарушена   | Нарушена                               | Нарушена                                                               |

#### ЦЕРВИКАЛГИЯ (ЦЕРВИКОБРАХИАЛГИЯ) + ГИПЕСТЕЗИЯ НА МИЗИНЦЕ

(C8, первичный нижний пучок плечевого сплетения)

При поражении C8 двигательные нарушения ограничиваются мышцами гипотенара, т.е. имеется слабость только в мизинце. При плексопатии развивается тотальный парез мышц кисти, соответственно, затруднены движения во всех пальцах (сохраняются только разгибательные движения). Зона гипестезии при плексопатии распространяется по медиальной поверхности руки до плеча; при поражении C8 - только до средней трети предплечья.

| СИМПТОМЫ                             | C8 сегмент    | C8 корешок                             | Первичный нижний пучок плечевого сплетения                             |
|--------------------------------------|---------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Чувствительные расстройства на плече | Отсутствуют   | Отсутствуют                            | Имеются                                                                |
| Слабость сгибания пальцев            | Только IV, V  | Только IV, V                           | Всех пальцев                                                           |
| Положение головы                     | Нормальное    | Наклон в здоровую сторону              | Нормальное или наклон в больную сторону                                |
| Объем движений                       | Не изменен    | Ограничены в больную сторону           | Ограничены в здоровую сторону                                          |
| Проекционная точка                   | Отсутствует   | Проекция межпозвонкового сустава C6-C7 | Латеральное прикрепления грудинно-ключично-сосцевидной мышцы к ключице |
| Симптомы натяжения                   | Отрицательные | Положительные                          | Слабо положительные или отрицательные                                  |
| Симптом Шпурлинга                    | Отрицательный | Положительный                          | Слабо положительный или отрицательный                                  |
| Симптом Бертши                       | Отрицательный | Положительный                          | Слабо положительный или отрицательный                                  |
| Фасцикуляции                         | Характерны    | Нехарактерны                           | Нехарактерны                                                           |
| Глубокая чувствительность            | Не нарушена   | Нарушена                               | Нарушена                                                               |

#### ЦЕРВИКАЛГИЯ (ЦЕРВИКОБРАХИАЛГИЯ) + ГИПЕСТЕЗИЯ НА МЕДИАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

(D1, первичный нижний пучок плечевого сплетения)

При плексопатии чувствительность на мизинце - всегда нарушена, при поражении D1 - никогда. Парез межкостных (сведение-разведение пальцев) мышц наблюдается в обоих случаях; при поражении сплетения, кроме того, затруднено сгибание пальцев.

| СИМПТОМЫ                               | D1 сегмент    | D1 корешок                              | Первичный нижний пучок плечевого сплетения                             |
|----------------------------------------|---------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Чувствительные расстройства на мизинце | Отсутствуют   | Отсутствуют                             | Имеются                                                                |
| Слабость сгибания пальцев              | Нет           | Нет                                     | Имеется                                                                |
| Положение головы                       | Нормальное    | Наклон в здоровую сторону               | Нормальное или наклон в больную сторону                                |
| Объем движений                         | Не изменен    | Ограничен в больную сторону             | Ограничен в здоровую сторону                                           |
| Проекционная точка                     | Отсутствует   | Проекция межпозвонкового сустава C7-Th1 | Латеральное прикрепления грудинно-ключично-сосцевидной мышцы к ключице |
| Симптомы натяжения                     | Отрицательные | Положительные                           | Слабо положительные или отрицательные                                  |
| Симптом Шпурлинга                      | Отрицательный | Положительный                           | Слабо положительный или отрицательный                                  |
| Симптом Бертши                         | Отрицательный | Положительный                           | Слабо положительный или отрицательный                                  |
| Фасцикуляции                           | Характерны    | Нехарактерны                            | Нехарактерны                                                           |

|                   |              |             |          |          |
|-------------------|--------------|-------------|----------|----------|
| Глубокая<br>ность | чувствитель- | Не нарушена | Нарушена | Нарушена |
|-------------------|--------------|-------------|----------|----------|

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

П.Н. Власов

Кафедра неврологии и нейрохирургии МГМСУ

Общеизвестно, что частота встречаемости эпилепсии в популяции достигает 1%, из них от 25% до 40% больных являются женщинами детородного возраста. По другим данным около 1% беременных женщин страдают эпилепсией; причем у 13% манифестация заболевания приходится на период беременности, а приблизительно в 14% припадки у женщин наблюдаются исключительно во время беременности - так называемая гестационная эпилепсия [Ried S., Beck-Mannagetta G., 1996]. Ежегодно около 0,3-0,4% новорожденных, рождается от матерей страдающих эпилепсией.

Спектр вопросов, которые приходится решать лечащему врачу во время беременности у больных эпилепсией чрезвычайно широк: каким будет взаимовлияние эпилепсии и беременности, особенности ведения родов; прогноз рождения здорового ребенка, вероятность развития у него эпилепсии; определенные трудности возникают у врача по тактике ведения беременности с учетом многофакторных воздействий.

Наши наблюдения указывают на 4-х кратное возрастание числа беременностей и родов у больных эпилепсией женщин в 90-е годы текущего столетия (по сравнению с 80-ми). Эта тенденция также подтверждается материалами акушерских клиник МОНИИАГ и специализированных по г. Москве родильных отделений по родовспоможению больным с психической патологией [Власов П.Н., 2000]. Настоящая лекция имеет практическую направленность.

Предгравидарная подготовка осуществляется в тесном сотрудничестве больной и ее родственников, невролога и акушера-гинеколога. Основная цель, стоящая перед неврологом, заключается в достижении медикаментозной ремиссии заболевания. Оптимальным является использование монотерапии с применением минимальной дозировки АЭП. Для исключения значительных колебаний концентрации препарата в крови рекомендуется более частый дробный прием, либо применение ретардных форм (финлепсин ретард, тегретол ЦР, депакин хроно).

Исходя из принципов партнерства врач-больной, все больные эпилепсией женщины информируются врачом о возможных осложнениях беременности, риске врожденной патологии и вероятности наследования ребенком эпилепсии.

С целью предотвращения врожденных аномалий показано назначение фолиевой к-ты (по 3-5 мг/сутки в 3 приема) в сроки до зачатия и на протяжении I триместра беременности (до 13 недель). Хорошо зарекомендовал себя комплекс витаминов с микроэлементами Ферро-Фольгамма (по 1 кап 1 раз в сутки). Препарат помимо 37 мг железа содержит 5 мг фолиевой кислоты и 10 мкг витамина В<sub>12</sub>. Данные литературы свидетельствуют о возможном участии эпилептических припадков на фоне приема фолиевой кислоты, однако результаты нашего исследования этого не подтвердили.

При приеме препаратов, обладающих энзиминдуцирующими свойствами (карбамазепин, фенобарбитал, фенитоин), возможно повышение уровня ферментов (ЛДГ, АСТ, АЛТ, ГГТ и ЩФ). Рекомендуется провести комплекс мероприятий, направленных на компенсацию функции печени. С этой целью можно использовать гепатопротектор - эссенциале (по 2 капсулы 3 раза в сутки, курсами по 4 недели).

Акушер-гинеколог проводит лечение с целью нормализации менструальной функции (до 40 % пациенток имеют различные отклонения длительности и характеристик менструального цикла); при необходимости им также (совместно с терапевтом) проводится терапия по поводу анемии (по нашим данным наблюдается у больных с эпилепсией в 37,2%). Предпочтительно использовать Ферро-Фольгамма (по 1 (2) капсулы 3 раза в сутки, курсами до 6 недель).

Консультирование беременной генетиком с целью исключения наследственной патологии. При идиопатических генерализованных эпилепсиях вероятность наследования ребенком эпилепсии достигает 10%, при симптоматических парциальных - несколько выше чем в популяции (2-3%).

Показания к вынашиванию беременности:

- стойкая медикаментозная ремиссия заболевания;
- субкомпенсация заболевания с редкими эпилептическими припадками.

Противопоказания к вынашиванию беременности:

- труднокурабельная эпилепсия с частыми эпилептическими припадками;
- статусное течение эпилепсии;
- выраженные изменения личности, представляющие угрозу для здоровья и жизни, как матери, так и плода.

**Схема наблюдения за беременными, больными эпилепсией**

**Необходимые диагностические процедуры:**

При компенсированном состоянии эпилепсии с ремиссией эпилептических припадков регулярность наблюдения неврологом составляет 1 раз в 2 месяца, акушером гинекологом - согласно нормативам. При наблюдающихся парциальных припадках регулярность наблюдения неврологом - 1 раз в 1 месяц; акушером гинекологом - 1 раз в 2 недели. Следует нацеливать больных эпилепсией обращаться к эпилептологу при любом учащении эпилептических припадков. Причинами учащения, либо утяжеления припадков могут быть недосыпание, соматическая патология, в том числе положительный водный баланс, нарушение медикаментозного режима и др. Эпилепсия сама по себе не является показанием к стационарному лечению беременной в специализированном неврологическом отделении.

ЭЭГ исследование и определение концентрации АЭП проводится при компенсированном течении эпилепсии - 1 раз в 2 месяца, при наблюдающихся припадках - при каждом обращении беременной к неврологу.

Концентрации гормонов фетоплацентарного комплекса (плацентарный лактоген, прогестерон, эстриол, кортизол) и  $\alpha$ -фетопrotein исследуются начиная с конца I триместра беременности и в дальнейшем не реже 1 раза в месяц.

Динамическое УЗИ исследование плода проводится при постановке беременной на учет, в сроки 19-21 недель (для исключения аномалий развития плода) и в дальнейшем 1 раз в 4 недели. Начиная с 20 недель беременности, учитывая высокий риск развития фетоплацентарной недостаточности, при УЗИ целесообразно проводить доплерометрическое исследование кровотока в артерии пуповины, аорте и средней мозговой артерии плода. При проведении УЗ фетометрии необходимо учитывать факт возможного влияния на них АЭП.

Учитывая определенный риск развития врожденной патологии (все противозипилептические препараты считаются потенциально тератогенными) обязательным является консультация генетика до 17 недель беременности и при показаниях дополнительно проводится биопсия хориона, амниоцентез с определением концентрации  $\alpha$ -фетопroteина в амниотической жидкости и цитогенетическим исследованием.

Начиная с 26-й недели беременности, показано проведение кардиотокографического исследования с объективной оценкой показателей моторики матки и состояния плода. Диагностика и лечение фетоплацентарной недостаточности прово-