

Цервикальное головокружение

А.И. Федин

Впервые в литературе термин “шейное головокружение” был введен R. Core в 1955 г., при этом подразумевалось головокружение, связанное с дегенеративными изменениями в позвоночнике. Этот термин к настоящему времени не совсем точно отражает происходящее, так как пациенты с дорсопатиями в основном страдают не головокружением как ощущением движения, а больше расстройством равновесия и пошатыванием.

Приводим повторно рассказ пациентки, опубликованный в нашем журнале (2002. № 1. С. 35).

“Мне 23 года. Около 3 лет назад я попала в автомобильную аварию, головой не ушиблась, но несколько дней сильно болела шея, шатало из стороны в сторону. Через 2 недели в первый раз чуть не потеряла сознание. И вот уже в течение 3 лет состояние постепенно ухудшается, постоянно сильные головокружения – плывет земля под ногами, ходить устойчиво не могу, страх потерять сознание, боюсь ездить в транспорте, метро, самолетах – вплоть до обморочного состояния. За это время провели все исследования, которые только есть и по несколько раз, нашли только, что нарушен венозный отток, да и врачи, как только слышат про травму, – все списывают на нее (“посттравматическая

энцефалопатия”). Но реально после терапии становится легче на 2 недели – а потом все по новой. Раз в месяц приходится вызывать “скорую”. Жить становится неинтересно – так как я ничего не могу делать. Пугает также невозможность быть беременной из-за этого. Есть ли какие-то методы реальной комплексной диагностики и эффективного лечения таких состояний?”

Прежде чем ответить на вопрос пациентки, важно разобраться причины цервикального головокружения.

Головокружение можно определить как иллюзию вращения больного или окружающей среды, ощущение неустойчивости и колебания внешней среды, вращение в голове или нарушение равновесия. Для понимания причин цервикального головокружения необходимо представлять особенно вестибуло-шейного взаимодействия. В норме вестибулярная система детектирует линейные и угловые ускорения головы в пространстве, а шейные проприорецепторы сигнализируют о позиции головы. Взаимодействие двух систем на уровне вестибулярных ядер обеспечивает стабилизацию позы и ориентацию в пространстве. Существует гипотеза, согласно которой шейное головокружение является результатом дисбаланса между вестибулярной, зрительной и цервикальной мышечной афферентацией. Этот дисбаланс проявляется при движениях шеи.

Наиболее частые причины цервикального головокружения следующие:

- шейная дорсопатия;
- задний шейный симпатический синдром или синдром позвоночной артерии при дегенеративных изменениях позвоночника;
- цервикальная травма.

Головокружение при шейной дорсопатии возникает вследствие нарушения цервикальной мышечной афферентации при ирритации проприорецепторов в спазмированных позных мышцах. На рис. 1 показаны мышцы шеи, принимающие участие в формировании головокружения.

Головокружение встречается при спазме нижней косой мышцы, лестничных мышц, режущей грудно-ключично-сосцевидной и верхней порции трапециевидной мышцы.

Патогенез шейно-черепного симпатического синдрома может быть различным. В ряде случаев его причиной может быть ирритация симпатического сплетения позвоночной артерии при унко-вертебральном артрозе или гиперэкстензионном подвывихе позвонков. В других случаях ирритация ветвей афферентного симпатического нерва происходит в заднем корешке при задне-боковой грыже диска или спондилезе.

Ирритация спазмированными мышцами постганглионарных симпатических волокон, проходящих вместе с позвоночной артерией, приводит к ее спазму и ухудшению кро-

Анатолий Иванович Федин – профессор, зав. кафедрой неврологии и нейрохирургии ФУВ РГМУ.

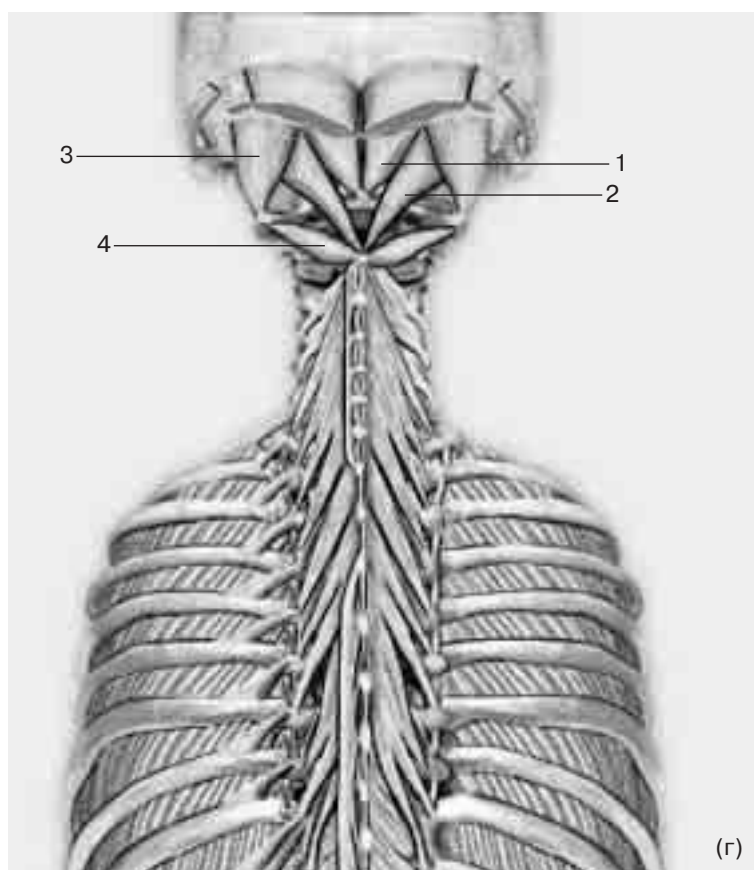
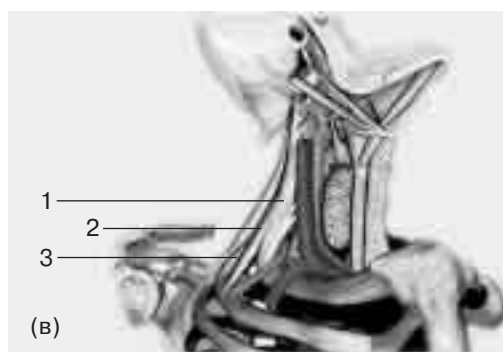
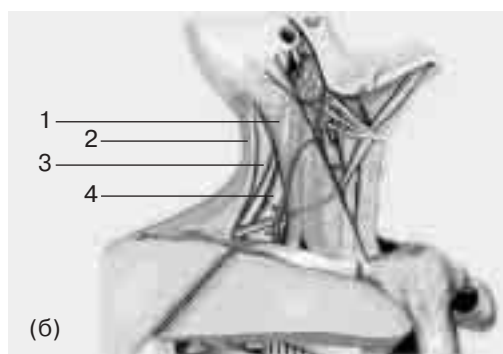
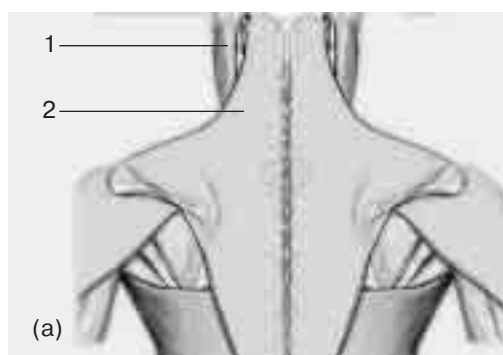


Рис. 1. Мышцы шеи, принимающие участие в формировании шейного головокружения. а: 1 – грудино-ключично-сосцевидная мышца, 2 – верхняя порция трапецевидной мышцы; б: 1 – грудино-ключично-сосцевидная мышца, 2 – верхняя порция трапецевидной мышцы, 3 – средняя и 4 – передняя лестничные мышцы; в: 1 – передняя, 2 – средняя и 3 – задняя лестничные мышцы; г: 1 – верхняя и 2 – нижняя прямые мышцы; 3 – верхняя и 4 – нижняя косые мышцы.

воснабжения в вертебрально-позвоночной системе, в том числе в лабиринтной артерии, принимающей участие в кровоснабжении вестибулярного аппарата. На рис. 2 показано кровоснабжение внутреннего уха, которое осуществляется из передней нижней мозжечковой артерии, являющейся ветвью основной артерии. В этих случаях развивается заднешейный симпатический синдром Барре (МКБ-10 M53.0), и головокружение входит в структуру этого синдрома. При этом головокружение сопровождается симпаталгиями с резкой головной болью с реперкуссией боли на глазное яблоко, чувством шлема или

обруча на голове, кардиалгией. Часто проявляется синдромом Горнера. Возможны психовегетативные пароксизмы и тревожно-депрессивные расстройства.

Причинами ухудшения кровообращения в вертебрально-базиллярной системе и лабиринте могут также быть компрессия позвоночной артерии мягкими околопозвоночными тканями (мышцами и связками, находящимися с ней в топографическом соотношении) и дегенеративные изменения в верхних шейных позвоночно-двигательных сегментах, воздействующие на канал позвоночной артерии. На рис. 3 представлен канал позвоноч-

ной артерии в поперечных отростках шейных позвонков. Позвоночная артерия входит в свой канал наиболее часто на уровне C5-C6 позвонка и выходит из него на уровне C1 позвонка. Дегенеративные изменения в шейном отделе позвоночника, такие как спондилез и унко-вертебральный артроз, деформирующие спондилопатии со спондилолистезом и нестабильностью шейных позвонков, могут вызывать экстравазальную компрессию позвоночной артерии. В области C1 позвонка причиной мышечно-лигаментной компрессии позвоночной артерии является спазмированная нижняя косая мышца или оссифицированная

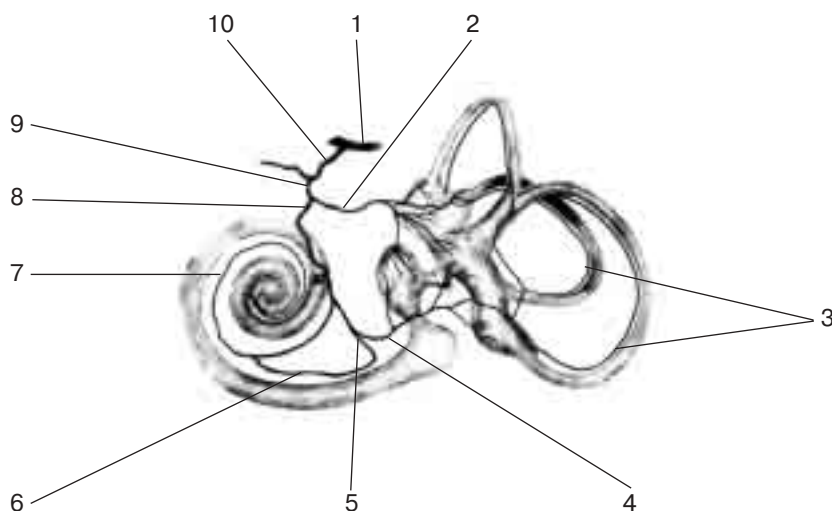


Рис. 2. Артерии внутреннего уха: 1 – основная артерия, 2 – передняя вестибулярная артерия, 3 – артерии каналов, 4 – задняя вестибулярная артерия, 5 – вестибуло-кохлеарная артерия, 6 – кохлеарные ветви, 7 – главная кохлеарная артерия, 8 – общая слуховая артерия, 9 – лабиринтная артерия, 10 – передняя нижняя мозжечковая артерия.

затылочно-атлантная связка (аномалия Киммерли).

Частой причиной цервикального головокружения является цервикальная травма, сопровождающая острую черепно-мозговую травму или “хлыстовую” травму позвоночника. При черепно-мозговой травме вследствие баллистического механизма шея совер-

шает резкое разгибательное движение, при этом происходит перерастяжение структур опорного комплекса (межпозвонковый диск, продольные связки, межпозвонковые дуготростчатые суставы, мышцы). Характерны растяжение и перенапряжение атлантоаксиального и атлантоокципитального суставов. В результате травмы

мягких тканей возникают выраженные ноцицептивные импульсы с последующим мышечным спазмом и локальным отеком. В более тяжелых случаях возможны подвывихи суставов, разрывы фиброзного кольца дисков, костные переломы. Непосредственные механизмы головокружения при цервикальной травме те же, что при дорсопатии и шейно-черепном симпатическом синдроме. Головокружение в этих случаях включается в синдром позвоночной артерии наряду с кохлеарными, глазодвигательными и зрительными расстройствами, статической и динамической атаксией.

Характерно, что головокружение является ведущим в клинике посттравматического синдрома позвоночной артерии. Головокружение у больных может быть как приступообразным, так и более длительным, в течение нескольких дней. Наиболее часто в первые дни после травмы отмечается вращательное головокружение с ощущением вращения больного или окружающих

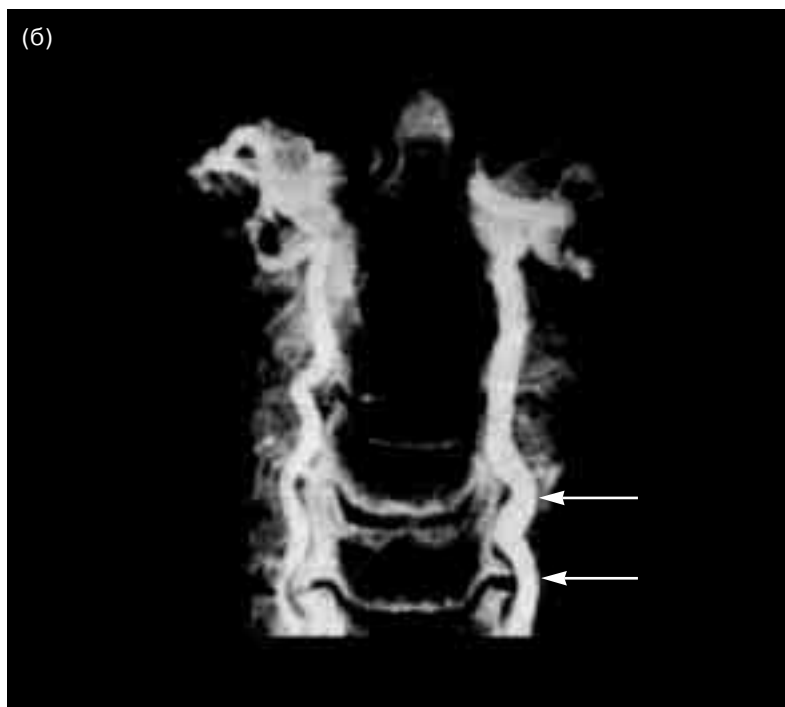
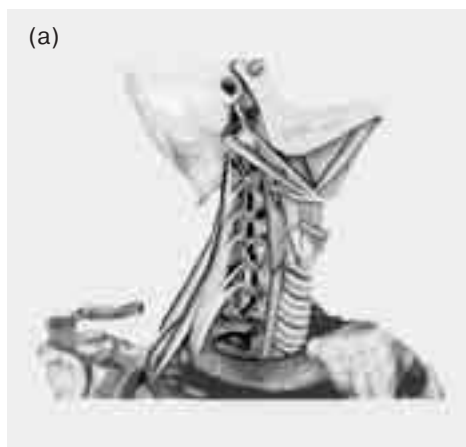


Рис. 3. Топография позвоночной артерии на шее. а – черным цветом обозначена позвоночная артерия. б – контрастная ангиограмма позвоночных артерий, стрелками обозначены места компрессии позвоночной артерии вследствие спондилеза позвоночника.

предметов, сопровождающееся вегетативными реакциями (тошнота, рвота, бледность, потливость, изменение пульса и артериального давления). Почти всегда это системное головокружение сочетается с проприоцептивными иллюзорными (расстройство равновесия, неуверенность, неустойчивость и шаткость) и соматосенсорными (ощущение проваливания, качания на волнах) нарушениями. Более часто отмечается только проприоцептивное (позиционное) головокружение. Нистагм, как спонтанный, так и позиционный, выявляется более чем у 1/3 больных.

Таким образом, цервикальное головокружение характеризуется полиморфным патогенезом и является широко распространенным в клинической практике.

Цервикальное головокружение имеет клинические особенности. Наиболее часто больные жалуются на внезапные ощущения неустойчивости или шаткости ходьбы с атаксией. Могут также быть развернутые приступы с вращением, качанием и проваливанием. Возможны длительные вестибулярные кризы с кохлеарными расстройствами, атаксией, тошнотой и рвотой. Обычно в межприступном периоде нет характерной симптоматики.

Эффективное лечение цервикального головокружения невозможно без установления его этиологии и патогенеза. При дифференциальном диагнозе следует учитывать возможные периферические и центральные его причины. Периферическими причинами головокружения являются процессы во внутреннем ухе (вестибулярный нейронит, вирусный нейралабиринит, болезнь Меньера, травма лаби-

ринта, нарушение кровообращения в периферических сосудах и ишемия лабиринта). Центральные причины головокружения разнообразны. В этих случаях возможны вертебрально-базиллярная ишемия, последствия нейротравмы и нейроинфекции, аутоиммунные заболевания, опухоли головного мозга, дегенеративные заболевания нервной системы и эпилепсия.

Воспалительные и аутоиммунные заболевания наряду с основной клинической симптоматикой могут сопровождаться головокружением. Дифференциальный диагноз проводится между рассеянным энцефаломиелитом, энцефалитом, в том числе герпетическим, арахноидитом мосто-мозжечкового угла.

При опухолях головного мозга, протекающих с головокружением, в первую очередь рассматриваются опухоли мосто-мозжечкового угла (невринома слухового нерва), ствола мозга и мозжечка (глиома и медуллобластома, опухоли четвертого желудочка). Возможны метастатические опухоли.

При мозжечковых дегенерациях, прогрессирующем надъядерном параличе головокружение не является основным неврологическим синдромом и включено в паттерн заболевания. Сходные признаки определяются также при синингобульбии. Головокружение может входить в структуру парциального или генерализованного эпилептического припадка или являться единственным проявлением эпилептического парциального припадка, при этом характерна височная локализация эпилептогенного очага.

Необходимо также учитывать, что среди больных с го-

ловокружением психогенная его этиология выявляется в 12–15% случаев. Головокружение может входить в структуру соматизированной депрессии, невроза с агарофобией, вегетативных пароксизмов и патологического изменения личности.

Таким образом, головокружение является полиэтиологическим синдромом и требует обязательного неврологического обследования.

Алгоритм диагностики головокружения на основе доказательной медицины представлен на страницах этого номера журнала (с. 11–14).

Большую роль в диагностике шейного головокружения имеют методы лучевой диагностики, и в первую очередь шейная спондилография, позволяющая выявлять дегенеративные изменения в дисках и мышечно-связочном аппарате.

При дорсопатии, сопровождающейся головокружением, наряду с фармакотерапией должен быть проведен курс немедикаментозного лечения, включающего мануальную терапию, рефлексотерапию, массаж, физиотерапию. В комплексное лечение целесообразно включить нестероидные противовоспалительные препараты и миорелаксанты.

Ответ на вопрос пациентки в приведенной выше ситуационной задаче может быть следующий. Больная около трех лет назад перенесла, по-видимому, цервикальную “хлыстовую” травму. Возможно потому, что не было удара головой или шеей во время автоаварии, в остром периоде врач не учел симптомы цервикальной травмы и синдрома позвоночной артерии, которые были у больной (боль в об-

ласти шеи вследствие перерастяжения мягких тканей шеи, атаксию). Нелеченная цервикальная травма сформировала периодически возникающее цервикальное головокружение с атаксией при изменении положения головы. На этом фоне сформировались панические атаки, сома-

тизированная депрессия с агарофобией.

Для подтверждения диагноза необходимо исследовать рентгенограмму шейного отдела позвоночника, ультразвуковую доплерографию сосудов шеи. Для лечения рекомендовать двухмесячный курс лечения бетасерком,

альпрозоламом, грандаксином. При наличии шейного лигаментно-миофасциального синдрома показан курс мануальной терапии, рефлексотерапии, массажа, можно добавить двухнедельный курс лечения нестероидными противовоспалительными препаратами. ●



АТМОСФЕРА

Atmosphere

На сайте www.atmosphere-ph.ru вы найдете электронную версию нашего журнала, а также журналов “Атмосфера. Пульмонология и аллергология”, “Астма и Аллергия”, “Атмосфера. Кардиология”, “Легкое сердце”.

Посетите наш сайт!