

«Медицина газета
«Здоров'я України – XXI сторіччя» © ®

Редакційна колегія

- Е.Н. Амосова**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувача кафедрою внутрішньої медицини № 2 НМУ ім. А.А. Богомольця
- О.Я. Бабак**, д.м.н., професор, директор Інститута терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України
- Г.М. Бутенко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, член-корреспондент НАН України і РАМН, директор Інститута генетичної і регенеративної медицини НАМН України
- Б.М. Венцовський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. А.А. Богомольця
- Ю.В. Вороненко**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика
- И.И. Горпинченко**, д.м.н., професор, директор Українського інститута сексології і андрології, головний сексопатолог МЗ України
- Ю.И. Губський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедри паліативної і хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика
- Д.И. Заболотний**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор Інститута отоларингології ім. А.И. Коломийченко НАМН України, головний отоларинголог МЗ України
- Д.Д. Иванов**, д.м.н., професор, завідувач кафедри нефрології НМАПО ім. П.Л. Шупика
- В.Н. Коваленко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» НАМН України
- В.В. Корпачев**, д.м.н., професор, завідувач відділом клінічної фармакології і фармакотерапії ендокринних захворювань Інститута ендокринології і обміну речовин ім. В.П. Комиссаренко НАМН України
- В.Г. Майданик**, д.м.н., професор, академик НАМН України, завідувач кафедри педіатрії № 4 НМУ ім. А.А. Богомольця
- Б.Н. Маньковський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедри діабетології НМАПО ім. П.Л. Шупика
- В.Ф. Москаленко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, віце-президент НАМН України, ректор НМУ ім. А.А. Богомольця, головний штатний спеціаліст МЗ України – координатор групи спеціальностей «Організація і управління здоров'ям»
- Ю.М. Мостовой**, д.м.н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Винницького національного медичного університету ім. Н.И. Пирогова
- В.И. Паньків**, д.м.н., професор, завідувач відділом профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії і трансплантації ендокринних органів і тканин МЗ України
- А.Н. Пархоменко**, д.м.н., професор, завідувач відділом реанімації і інтенсивної терапії ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» НАМН України
- Н.В. Пасечникова**, д.м.н., професор, директор Інститута очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України
- В.В. Поворозник**, д.м.н., професор, керівник відділу клінічної фізіології і патології опорно-двигального апарату Інститута геронтології НАМН України, директор Українського науково-медичного центру проблем остеопорозу
- Л.Г. Розенфельд**, д.м.н., професор, академик НАМН України, заступник директора Інститута отоларингології ім. А.И. Коломийченко НАМН України
- И.М. Трахтенберг**, д.м.н., професор, академик НАМН, член-корреспондент НАН України, завідувач відділом токсикології Інститута медицини праці НАМН України
- Н.Д. Тронько**, д.м.н., професор, академик НАМН, член-корреспондент НАН України, директор Інститута ендокринології і обміну речовин ім. В.П. Комиссаренко НАМН України
- Ю.И. Фещенко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор Національного інституту фізіотерапії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України, головний пульмонолог і фізіотерапевт МЗ України
- Н.В. Харченко**, член-корреспондент НАМН України, д.м.н., професор, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика, головний гастроентеролог МЗ України
- В.И. Цымбалюк**, д.м.н., професор, академик НАМН України, заступник директора Інститута нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України
- В.П. Черних**, д.ф.н., д.х.н., професор, член-корреспондент НАН України, ректор Національного фармацевтичного університету

Медицина газета «Здоров'я України»
Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія»
Засновник – Іванченко Ігор Дмитрович

Видавництво – ТОВ «МедПроект «Здоров'я України»

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР	Людмила Жданова
ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР	Володимир Савченко
ШЕФ-РЕДАКТОР	Дмитро Молчанов
ВИПУСКАЮЧИЙ РЕДАКТОР	Наталія Атрохіна
МЕДИЧНИЙ ДИРЕКТОР	Олексій Терещенко
МЕДИЧНИЙ РЕДАКТОР	Ольга Радучич
НАЧАЛЬНИК РЕДАКТОРСЬКОГО ВІДДІЛУ	Лідія Тралло
ЛІТЕРАТУРНІ РЕДАКТОРИ/КОРЕКТОРИ	Валентина Грищенко Ірина Захарченко Ірина Сандул
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ ВЕРСТКИ І ДИЗАЙНУ	Інна Мартиненко
ДИЗАЙНЕРИ	Тарас Безлюда Максим Маліков Світлана Печурова
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ РЕКЛАМИ	Роман Попов
МАРКЕТИНГ-МЕНЕДЖЕРИ	Наталія Семенова Інна Головка Юлія Башкірова
АСИСТЕНТИ ВІДДІЛУ МАРКЕТИНГУ	Володимир Жданов Зоя Федірко
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ ВИРОБНИЦТВА	Анна Покровська
ТЕХНІЧНИЙ ДИРЕКТОР	Іван Крайчев Микола Дятленко

Свідоцтво №14866-3837P від 15.01.2009 р.
Передплатний індекс 37633
Редакція має право публікувати матеріали, не поділяючи точки зору авторів. За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших відомостей відповідають автори. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

— матеріали, що публікуються на правах реклами.

— авторські матеріали.

Передрук матеріалів допускається тільки з дозволу редакції. Рукописи не повертаються і не рецензуються.

Адреса для листів:
вул. Народного Ополчення, 1, м. Київ, 03151.
E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com

Контактні телефони:

Редакція 391-54-71, 391-54-77
Відділ реклами 391-54-72, 391-54-73(74)
Відділ підписки та розповсюдження 391-54-76

Газета віддрукована в ДП «Преса України»,
просп. Перемоги, 50.

Підписано до друку 30.11.2011 р.
Замовлення № Наклад 20 000 прим.
Юридично підтверджений наклад.

О.Г. Морозова, д.м.н., професор, А.А. Ярошевский, д.м.н.,

Головокружение, связанное с шейно-плечевой

Головокружение – одна из наиболее частых жалоб среди пациентов соматического и неврологического профиля. Чаще всего головокружение является не самостоятельным заболеванием, а симптомом целого ряда соматических, неврологических заболеваний, ЛОР-патологии и т.п. По данным разных авторов, как минимум 80 заболеваний вызывают головокружение [1, 8, 10, 16]. Поэтому не вызывает сомнения тот факт, что только адекватная диагностика причины данного страдания может привести к эффективной терапии, так как лечение предусматривает воздействие на головокружение как на симптом, так и на причину, вызывающую данный симптом [4, 10, 14].

Известно, что головокружение возникает вследствие дисбаланса сенсорной информации, поступающей от основных афферентных систем, обеспечивающих пространственную ориентацию – вестибулярной, зрительной и проприоцептивной, а также нарушения центральной обработки информации. Механизмы поддержания равновесия связаны помимо вестибулярной системы с глазодвигательными ядрами, ретикулярной формацией, спинным мозгом, мозжечком, вегетативной нервной системой, периферической и центральной нервной системами, а также системой проприоцептивной чувствительности, связанной со скелетной мускулатурой. Нарушение в любой из систем влечет за собой развитие головокружения как синдрома, и задачей врача является выявление причин и механизмов головокружения у каждого конкретного пациента. Задача эта в каждом конкретном случае не всегда представляется легкой и быстро разрешимой.

Среди многообразия причин, вызывающих головокружение, важное место занимает цервикальный фактор, на который, несмотря на длительную историю упоминания, не всегда обращают внимание врачи практического здравоохранения.

Связь головокружения и нарушений в шейном отделе была давно замечена и описана клиницистами-неврологами, что отразилось в постановке таких диагнозов, как «задний шейный симпатический синдром», «синдром позвоночной артерии», «невралгия затылочного нерва», «шейная мигрень», «синдром Барре-Льеу», «синдром позвоночного нерва». Эти диагнозы в основном отражали патогенетические представления неврологов о развитии данных состояний и объединяли определенную совокупность симптомов: унilaterальную головную боль, часто сочетающуюся с головокружением, распространяющуюся от шейно-затылочной области к передним отделам головы, связанную с механическими воздействиями и сочетающуюся с цервикобрахиальными болями, вестибулярными и вегетативными расстройствами.

Частота возникновения головокружения, связанного с патологией шейного региона, основывается на близости между собой позвоночно-дисковых, мышечных, фиброзных и сосудистых образований шейного уровня, что приводит к существованию сложных функциональных взаимосвязей между позвоночно-дисковыми сегментами, мышечными, фиброзными и сосудистыми образованиями шеи [2, 7, 9, 18].

Термин «шейное головокружение» в литературе впервые был введен Reap и Core в 1955 г., хотя еще более 80 лет назад было отмечено, что движения шеи могут провоцировать приступы головокружения и вызывать нистагм (A. de Kleijn, 1927).

Изначально шейное головокружение связывали прежде всего с нарушениями кровообращения в вертебробазиллярной системе артерий [1, 4, 7, 8, 19]. Так, в 1960 г. S. Sheehan et al. сформулировали сосудистую гипотезу, согласно которой дегенеративные и посттравматические изменения в сегментах шейного отдела позвоночника могут приводить к сосудистым нарушениям в вертебробазиллярном бассейне при сдавлении позвоночной артерии. Симптомы появляются при запрокидывании или вращении головы. Наблюдаются головокружение и

атаксия, снижение слуха, зрительные расстройства и даже падения. Параллельно возникла гипотеза De Yong (1967) о нарушениях соматосенсорного входа вследствие повышенной возбудимости и увеличения проприоцептивной импульсации от шейных структур в результате дегенеративных изменений костно-связочного аппарата, что вызывает расстройство в пространственной ориентации, головокружение и нистагм, особенно при движениях головы и шеи.

Учитывая анатомические особенности шейного отдела, заключающиеся в прохождении позвоночной артерии в канале поперечных отростков, а также кровоснабжение периферических вестибулярных анализаторов и вестибулярных ядер из вертебробазиллярной системы артерий, головокружение, вызванное сосудистой дисциркуляцией на фоне дегенеративно-дистрофических изменений в шейном отделе позвоночника, можно считать вертеброгенным. Роль вертеброгенного фактора, а также дисциркуляции в вертебробазиллярном сосудистом бассейне в происхождении головокружения на сегодняшний день не вызывает сомнений. В то же время значительно преувеличена взаимосвязь между морфологическими изменениями в позвоночнике и синдромом головокружения [4, 6, 12, 17].

Именно поэтому нам бы хотелось обратить внимание на роль мышечного фактора в развитии головокружения. Почему и в каком случае мышцы шейно-плечевой зоны могут стать причиной шейного головокружения?

Среди систем, принимающих участие в поддержании равновесия, определенное место занимает система проприоцептивной чувствительности. Наибольший поток импульсов к вестибулярным ядрам поступает от структур шеи – костносвязочных, суставных и мышечных рецепторов. Проприорецепторы, связанные с вестибулярным анализатором, в основном заложены в глубоких коротких межпозвоночных мышцах. В меньшей степени эти функции связаны с проприорецепторами поверхностных мышц шеи. Нарушения в работе какого-то мышечного пучка, даже не соприкасающегося с позвоночной артерией, могут вызывать рефлекторный спазм названного сосуда. Кроме того, позвоночная артерия непосредственно сдавливается мышцами до вхождения в канал поперечных отростков (за счет развития миофасциальной дисфункции передней лестничной мышцы) и в месте выхода из канала поперечных отростков при миофасциальной дисфункции нижней косой мышцы, а также уплотнении фиброзной ткани, окружающей позвоночную артерию [2, 7, 12].

Мышечно-тонические нарушения в мышцах шеи и плечевого пояса наиболее часто связаны с развитием первичной и вторичной миофасциальной дисфункции, возникающей вследствие вертеброгенных рефлекторных мышечно-тонических синдромов или на фоне нарушения биомеханического паттерна. Поскольку от 40 до 70% людей испытывают в течение жизни как минимум один эпизод боли в шее, то часто возможного головокружения, связанного с мышечно-скелетной болью, становится очевидной.

Таким образом, цервикогенное головокружение может быть связано с мышечным фактором при условии развития в мышцах миофасциальной дисфункции. Г.А. Иваничевым, В.Г. Иваничевым [6] для обозначения

ное
вой

Харьковская медицинская академия последипломного образования

С миофасциальной дисфункцией локализации

вертеброгенной атаксии, формирующейся при актуальном миофасциальном болевом синдроме шейной локализации, предложен термин «вертеброгенная цервикальная атаксия». Авторами высказано предположение, что вертеброгенная цервикальная атаксия обусловлена дисбалансом и дефицитом проприоцепции в зоне миофасцикулярного гипертонуса. Эти данные полностью подтверждены в наших исследованиях, в том числе и на основании эффективности терапии головокружения при ликвидации миофасциальных триггерных зон. Кроме того, на основании проведенных нами многолетних исследований можно утверждать, что «вертеброгенность» головокружения проявляется не столько морфологическими изменениями позвоночника, сколько нарушениями его биомеханики, на фоне чего развивается миофасциальная дисфункция.

Клинико-неврологические особенности цервикогенного головокружения, связанного с миофасциальной дисфункцией шейно-плечевой локализации

Наши многолетние наблюдения за пациентами с головокружением, развившимся на фоне рефлекторных мышечно-тонических синдромов и миофасциальной дисфункции, позволили выделить клинико-неврологические его особенности.

Жалобы пациентов заключаются в ощущениях неустойчивости, особенно во время смены положения тела с горизонтального на вертикальное или наоборот, а также при вставании со стула. При ходьбе пациенты жалуются на периодическое пошатывание. У части больных подобные жалобы сочетаются с общим дискомфортом, слабостью, потливостью, тошнотой. Ощущение неустойчивости усиливается при поворотах головы (например, при необходимости поворота головы во время перехода улицы), при длительной фиксации головы во время выполнения работы, особенно требующей умственного и/или эмоционального напряжения. Жалобы на системное головокружение пациенты с цервикальным головокружением предъявляли в случае компрессионно-ирритативного вовлечения позвоночной артерии.

Появление и/или усиление головокружения обычно возникло на фоне нарастания болезненности или чувства тяжести в затылке, надплечьях. Кроме того, пациенты отмечают «затвердение», «скованность», напряжение мышц шеи, надплечий, уменьшение объема движений головы, в основном поворотов. При попытке преодолеть ограничение движения в шейном отделе головокружение усиливается. К усилению жалоб приводят также стрессовые ситуации, изменения погодных условий. Практически у всех пациентов, страдающих шейным головокружением, наблюдается нарушение сна. Характерным оказалось отсутствие заметного положительного эффекта от вазоактивной терапии, которая иногда, наоборот, вызывала усиление симптоматики. Это, по-видимому, связано с нарушением ауторегуляции мозгового кровотока, которое развивается у данной категории пациентов по данным исследования с помощью УЗДГ метаболического, миогенного и нейрогенного контуров ауторегуляции [15].

В неврологическом статусе выявляется легкая как статическая (при выполнении пробы Ромберга, особенно усложненной), так и динамическая атаксия (менее выраженная при ходьбе вперед, более выраженная при ходьбе назад и в стороны). При выполнении координаторных проб (пальценосовой, пяточно-коленной) изменений не наблюдалось. Контроль зрения уменьшал проявления атаксии.

Анализ причин возникновения головокружения показал, что наиболее часто к нему приводило длительное однообразное положение головы и шеи (изометрическое напряжение), психоэмоциональные перегрузки, стрессы, локальное переохлаждение.

В анамнезе в качестве предрасполагающих факторов следует назвать отсутствие адекватной физической нагрузки у всех пациентов, черепно-мозговую травму и/или травму шейного отдела позвоночника (у 25% пациентов), длинную подвижную либо короткую шею, патологию височно-нижнечелюстного сустава.

При осмотре обращает на себя внимание нарушение биомеханики позвоночника в виде шейного гиперлордоза, асимметрии плечевого пояса, кривошеи различной степени выраженности.

У лиц с шейным головокружением, связанным с миофасциальной дисфункцией, отмечалась повышенная болезненность перикраниальных мышц, что определялось при пальпации. Вертеброневрологическое и мануальное обследование выявляет у пациентов наличие триггерных точек (ТТ) в мышцах шеи и плечевого пояса. Причем у большинства пациентов в мышечно-тонический процесс вовлекались две и более мышцы с образованием не менее 2-3 ТТ в каждой из мышц. Наиболее часто головокружение было связано с образованием ТТ в грудино-ключично-сосцевидной (причем как в одной, так и в обеих ее порциях), трапециевидной, а также нижних косых, больших и малых прямых мышцах головы.

В трапециевидной мышце ТТ локализовались посередине верхних пучков, в месте перехода шеи в надплечье, где трапециевидная мышца изгибается кверху. При исследовании упорного, тяжелокурабельного головокружения мы обратили внимание, что в формировании атактического синдрома важную роль играет мышца, поднимающая лопатку. Обычно считается, что данная мышца не влияет на возникновение головной боли и головокружения. Тем не менее во всех случаях упорного атактического синдрома мы обнаруживали наличие ТТ, которые привели к укорочению мышцы, поднимающей лопатку. Поскольку на шею мышца, поднимающая лопатку, прикрепляется к поперечным отросткам четырех верхних шейных позвонков,

возникает наклон с ротацией шеи в свою сторону и функциональным блокированием верхних позвоночно-двигательных сегментов с последующим образованием новых ТТ и еще большим укорочением и дисфункцией соответствующей мышцы (образование порочного круга). Следует также отметить необходимость исследования жевательных мышц, поскольку они также оказались источником ТТ.

Частота встречаемости ТТ и выраженность их болезненности представлена в таблице.

Следует отметить, что выраженность головокружения и резистентность его к терапии зависела не столько от выраженности болевого синдрома, сколько от длительности существования и выраженности мышечно-тонических нарушений, во время которых формировались ТТ, а также количества мышц, которые вовлекались в патологический процесс. В данном случае играла роль не только и не столько актуальность болевого синдрома и количество активных ТТ, которые обуславливали болевые феномены, сколько выраженность мышечно-тонических нарушений и количество латентных ТТ. Данное положение свидетельствует о том, что лечение цервикального головокружения требует не только ликвидации болевых феноменов с инактивацией активных триггеров, но и упорной длительной работы с мышцами, в которых развилась миофасциальная дисфункция с ликвидацией максимально возможного количества латентных триггерных точек.

Очевидно, при длительно существующем мышечном напряжении в перикраниальных мышцах происходит изменение функционального состояния проприорецепторов, их сенсibilизация, а также сегментарная центральная сенсibilизация, что приводит к дисбалансу проприоцепции из триггерных зон, вызывая появление атактических нарушений. Патогенез шейного головокружения, связанного с миофасциальной дисфункцией (МФД), можно представить в виде патологического порочного круга следующим образом (рис. 1).

Таблица. Локализация миофасциальных ТТ у пациентов с головокружением		
Мышца	% от всей группы обследованных	Выраженность болезненности ТТ
Трапециевидная	78	++
Грудино-ключично-сосцевидная	100	++
Полуостистая мышца головы	25	+
Нижняя косая головы	33	+
Большая и малая прямые головы	11	0
Заднее брюшко надчерепной	25	+
Височная	25	0
Медиальная крыловидная	33	+
Латеральная крыловидная	43	++
Мышца, поднимающая лопатку	55	++

Примечание: степень выраженности болезненности (активности) ТТ в соответствии с классификацией миофасциальной боли.



Рис. 1. Патогенетическая взаимосвязь при развитии шейного головокружения, связанного с миофасциальной дисфункцией мышц шеи



О.Г. Морозова

Анализ жалоб и данных объективного исследования позволяет выделить некоторые особенности головокружения у пациентов, имеющих рефлекторные мышечно-тонические синдромы и миофасциальную дисфункцию шейно-плечевой локализации. Так, атаксия отмечается в ситуациях, связанных с удержанием прямостояния и сменой положения. Наблюдаются различные варианты проявлений атактического синдрома, к которым относятся внезапные кратковременные ощущения неустойчивости или шаткости при ходьбе с атаксией (у 80% пациентов); приступы с вращением, качанием, проваливанием (у 5%), спровоцированные поворотами головы, эмоциональным перенапряжением; постоянное состояние неустойчивости, сопровождающееся общим дискомфортом, на фоне которого появляются внезапные кратковременные приступы проваливания (15%). Субъективные проявления у всех пациентов преобладали над объективными координаторными расстройствами, сочетаясь с вегетативными дисфункциями перманентного и пароксизмального (вегетативные симпатоадреналовые, смешанные, реже вагосинуслярные кризы) типов. Следовательно, при цервикальных рефлекторных мышечно-тонических синдромах пациенты страдают не столько истинным вестибулярным головокружением, сколько ощущением движения, расстройством равновесия и пошатыванием, то есть несистемным головокружением, которое правильнее называть цервикальным атактическим синдромом.

Таким образом, наши клинические данные во многих аспектах подтвердили исследование Г.А.Иваничева, В.Г.Иваничева [6]. Результаты проведенного авторами исследования показали, что дискоординация движений при шейном миофасциальном болевом синдроме имеет свои клинические особенности, не укладывающиеся в привычные клинические рамки атактических синдромов. По данным авторов, при вертебральной цервикальной атаксии отсутствует системный характер атаксии. Это подтвердилось исследованием возбудимости вестибулярного аппарата с помощью анализа качественной характеристики вызванного нистагма, который показал наличие нормальной или несколько сниженной вестибулярной возбудимости. При этом оказалось, что влияние зрительной коррекции на атаксию значимо, а экстрацептивный и интенционный компоненты атаксии несущественны. Статическая и динамическая составляющие атаксии в оформлении клинической картины оказались эквивалентными. Авторами также отмечено преобладание субъективных проявлений неустойчивости над объективными симптомами дискоординации движений. По мнению авторов, цервикальный атактический синдром можно определить как сумму фрагментов сенсорной, вестибулярной, мозжечковой атаксии, причем сенсорный (проприоцептивный) компонент атаксии является ведущим.

По нашим данным, у пациентов с цервикальным головокружением имели значение не столько выраженность дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника, сколько изменения его биомеханики (нарушение осанки и походки, сколиотическая деформация с перенапряжением определенных групп мышц, нарушение биомеханики черепа, а также патология височно-нижнечелюстного сустава и т.п.).

Продолжение на стр. 10.

О.Г. Морозова, д.м.н., профессор, А.А. Ярошевский, д.м.н., Харьковская медицинская академия последипломного образования

Головокружение, связанное с миофасциальной дисфункцией шейно-плечевой локализации

Продолжение. Начало на стр. 8.

Таким образом, можно выделить следующие клинико-неврологические особенности развития и проявления шейного головокружения, связанного с миофасциальной дисфункцией шейно-плечевой локализации.

- Цервикальное головокружение развивается на фоне изменения биомеханического паттерна (нарушение осанки и походки, сколиотические деформации с перенапряжением определенных групп мышц, нарушение биомеханики черепа и шейного отдела позвоночника) и страдания мышечно-скелетных структур в виде миофасциальной дисфункции трапециевидной, кивательной мышцы, задних косых, лестничных и поднимающих лопатку мышц.

- Выраженность шейного головокружения в большей степени зависит от выраженности биомеханических нарушений и количества вовлеченных в патологический процесс мышц, а также количества ТТ (как активных, так и латентных), чем от выраженности дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника и актуальности болевого синдрома.

- Предрасполагающими факторами являются изменения биомеханического паттерна, наличие черепно-мозговой, хлыстовой травмы в анамнезе, а также патологии височно-нижнечелюстного сустава и т.п.

- Провоцирующими факторами шейного головокружения могут быть резкое движение головой, неудобная поза, длительное изометрическое напряжение, переохлаждение, стрессовая ситуация.

- Клинико-неврологические особенности головокружения, связанного с миофасциальной дисфункцией шейно-плечевой локализации:

- жалобы на скованность и/или болезненность в мышцах шеи и плечевого пояса;
- сочетание с головной болью напряжения и вегетативными дисфункциями перманентного и пароксизмального типа;

- отсутствие системного характера атаксии;
- атаксия отмечается в ситуациях, связанных с удержанием прямостояния и смежной позы;

- пациенты страдают не столько «истинным» головокружением, сколько ощущением движения, расстройством равновесия и пошатыванием;

- субъективные ощущения нарушения равновесия преобладают над объективными координаторными расстройствами;

- зрительный контроль уменьшает проявление атаксии;

- наличие эмоциональных проявлений тревожного типа.

Диагностический алгоритм для выявления цервикогенного мышечного фактора у пациентов с головокружением

Мы предлагаем оптимизированную нами схему обследования пациента для выявления цервикогенного генеза головокружения.

1. Опрос, включающий акцент на выявление характера головокружения (системное, несистемное), его связь с движениями в шейном отделе позвоночника, а также наличие типичных жалоб на ноющую боль и/или скованность в шейно-плечевой области, ограничение движений головой и т.п.

2. При уточнении анамнеза акцент на наличие травм черепа и шейного отдела позвоночника (в том числе хлыстовых травм), патологии родов, факты протезирования и лечения зубов, а также дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

3. При осмотре акцент на визуальную диагностику биомеханических нарушений:

- положение головы (кривошея и асимметрия плечевого пояса) (рис. 2);
- нарушение походки;
- плоскостопие, сколиоз, нарушение осанки, синдром короткой ноги;

- положение сидя (положение головы, сутулость);

- общий осмотр (функция тазобедренного сустава).

4. Объективное исследование:

- неврологическое исследование;
- определение объема движений шеи и открывания рта;

- пальпация мышц надплечий, шеи и головы для выявления ТТ.

5. Лабораторная диагностика.

6. Рентгенодиагностика, нейровизуализация.

При опросе следует обратить внимание на следующие вопросы.

- Место наибольшей болезненности.

- Не появляется ли боль и головокружение при запрокидывании головы?

- Легко ли пациенту поворачивать голову?

- Не было ли травм головы и шеи?

- Нет ли ограничений в движениях головы, нет ли хруста во время движений?

- Нет ли боли, покалывания, онемения, слабости в руках?

- Усиливается ли головокружение при движениях?

- Не болят ли плечи?

При осмотре оценивают:

- произвольные движения в шейном отделе позвоночника;

- положение плеч;

- положение головы;

- контуры шеи при осмотре сбоку.

Больной при этом сидит на стуле или кушетке. Движения в шейном отделе исследуются в трех направлениях:

- ротация;

- наклон в сторону;

- сгибание/разгибание.

При оценке активных движений следует учитывать объем движений в шейном отделе позвоночника в норме:

- сгибание – 45°;

- разгибание – 50°;

- наклоны в стороны (отведение и приведение) – по 45° в каждую сторону;

- поворот (ротация) – по 75° в каждую сторону.

При сгибании/разгибании исследуется растяжимость передних и задних мышц шеи. Поскольку в сгибании участвуют верхняя часть трапециевидной мышцы, мышца, поднимающая лопатку, ременные мышцы, полностистые, подзатылочные мышцы, при нарушении сгибания позвоночника в шейном отделе выявляется миофасциальная



а) Пациентка Р., 18 лет



б) Пациент К., 43 года

Рис. 2. Визуальная диагностика цервикогенной кривошеи и асимметрии плечевого пояса у пациентов с шейным головокружением на фоне миофасциальной дисфункции шейно-плечевой локализации

дисфункция с болезненными мышечными уплотнениями именно в этих мышцах.

При ограничении разгибания ТТ выявляются в грудино-ключично-сосцевидной мышце, передних лестничных мышцах. Если выявляется ограничение наклона в сторону, все мышечные блоки локализуются на противоположной стороне в средней и передней лестничных мышцах, в верхних пучках трапециевидной мышцы, грудино-ключично-сосцевидной мышце.

При ограничении поворота головы на своей стороне страдает грудино-ключично-сосцевидная мышца, верхние пучки трапециевидной мышцы. На противоположной – ременная мышца головы и шеи, нижняя косая мышца головы.

Для выявления вестибулярных нарушений необходимо проводить пробу де Клейна. Результат пробы оценивается как положительный при появлении спонтанного нистагма при запрокидывании головы назад или поворотах в стороны с последующей ее фиксации.

Для диагностики доброкачественного позиционного головокружения проводится проба Дикса-Холлпайка, которая была впервые предложена в 1952 г. [16]. При этом больной сидит на кушетке, голова его повернута на 45° в предполагаемую больную сторону, а взгляд фиксирован на враче. Больного резко укладывают на спину, при этом голову запрокидывают назад на 30°, сохраняя разворот на 45° в больную сторону. Через небольшой латентный период (1-5 с) возникает ротаторный нистагм вниз в плоскости заднего полукруглого канала и головокружение, которые длятся не более 30 с. После остановки нистагма больного резко усаживают, сохраняя поворот головы на 45° в сторону «больного» уха. При этом возникает реверсивный нистагм (ротаторный – вверх, менее сильный и продолжительный) и легкое головокружение. Затем голову больного поворачивают на 45° в «здоровую» сторону и повторяют все то же самое в направлении «здоровой» стороны, не получая ни нистагма, ни головокружения при одностороннем поражении. При двустороннем поражении выявляют и нистагм, и головокружение с обеих сторон. Следует отметить, что нистагм, получаемый при этой пробе, безусловно, периферический, то есть он подавляется фиксацией взора; без специального оснащения – очков Френцеля или видеокмеры с инфракрасной регистрацией движения глаз – такой нистагм может быть не зафиксирован.

Перспективной для диагностики, объективизации и контроля эффективности терапии функции равновесия и состояния вестибулоспинальных рефлексов у пациентов является проведение стабиллографии. Исследование проводится на подвижной платформе, которая перемещается по заданной программе (динамическая компьютерная постурография). С помощью перераспределения мышечного тонуса пациент пытается удерживать равновесие. Проба имеет несколько степеней сложности. Поскольку стабиллография позволяет изучать взаимодействие зрительной, вестибулярной и мышечной систем при обеспечении функции равновесия, то с помощью данной методики можно проводить реабилитацию по специальным программам, учитывающим индивидуальные особенности, характер и этап заболевания.

При необходимости показано рентгенологическое и нейровизуализационное исследование, позволяющее уточнить степень функциональных и морфологических изменений нервных и костных структур.

Основные принципы лечения головокружения, связанного с миофасциальной дисфункцией шейно-плечевой локализации

Терапия цервикогенного головокружения направлена прежде всего на устранение болевого синдрома, а также нарушенной биомеханики позвоночника и миофасциальной дисфункции, являющихся основой для развития атактического синдрома.

Наш опыт лечения пациентов с цервикогенным головокружением, а также анализ опыта ведущих клиник, занимающихся проблемами миофасциальной дисфункции [2, 3, 5, 6, 7, 11, 13], показал, что в лечении целесообразно сочетание немедикаментозных и медикаментозных воздействий. Немедикаментозное воздействие основано на

применении прежде всего различных методов мануальной терапии, биомеханической коррекции позвоночника, лечебной физкультуры, физиотерапии, акупунктуры. В качестве базисной многими авторами рассматривается мануальная медицина, которая включает прежде всего мягкие техники, ишемическую компрессию триггерных пунктов, акупрессуру, техники напряжения и противонапряжения, релиз-эффект, постизометрическую релаксацию мышц.

Помимо мягких техник применяются техники деблокирования позвоночных двигательных сегментов (мобилизация, манипуляция). Биомеханическая коррекция позвоночника создает основу для симметризации мышечного корсета и формирования нового биомеханического паттерна, закрепляемого индивидуально подобранной лечебной гимнастикой. Следует подчеркнуть, что важную роль в эффективности терапии играет активное участие пациента в лечении. С помощью акупунктурного воздействия происходит нормализация вегетативного гомеостаза, эмоциональная релаксация, что приводит к повышению эффективности и сокращению сроков терапии.

Медикаментозная терапия состоит из назначения нестероидных противовоспалительных средств (как однократного – для купирования приступа, так и курсового) и центральных миорелаксантов.

При головокружении показаны препараты бетастина 48 мг в сутки в течение 1-3 мес. Длительный прием бетастина необходим с целью повышения адаптационных возможностей вестибулярного анализатора, а также для повышения процессов нейропластичности и улучшения гемодинамики в вертебробазилярном бассейне. Для улучшения вестибулярной функции необходимо назначение вестибулярной гимнастики.

При выраженной тревожности в случае длительного существования атактических нарушений возможно применение анксиолитиков небензодиазепинового ряда.

Таким образом, в приращении шейного головокружения значительное место занимает миофасциальная дисфункция мышц шеи и плечевого пояса, сочетающаяся с изменениями биомеханики позвоночника. Адекватная диагностика и учет шейных факторов в лечении головокружения приводит к значительному повышению эффективности терапии.

Литература

1. Афанасьева С.А., Горбачева Ф.Е. Изолированное системное головокружение // Неврологический журнал. – 2003. – Т. 8, № 4. – С. 36-40.
2. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. Рига: Б. 1991. – 576 с.
3. Губенко В.П. Лечение мышечных дисбалансов в мануальной терапии // Medicus Amicus. – 2004. – № 3. с. 23-27.
4. Горбачева Ф.Е., Матвеева Л.А., Чучин М.Ю. О шейном головокружении // Русский медицинский журнал. – 2004. – Т. 12. – С. 119-125.
5. Есин Р.Г., Эрперт Д.А. Миогенный болевой синдром // Боль: Принципы терапии, боль в мануальной медицине / Под ред. Р.Г. Есина. – Казань, 2008. – С. 120-131.
6. Иваничев Г.А., Иваничев В.Г. Миофасциальный болевой синдром и атаксии // Международный неврологический журнал. – 2008. – № 1 (17). – С. 11-15.
7. Новосельцев С.В. Вертебрально-базиллярная недостаточность. Возможности мануальной диагностики и терапии / под ред. акад. РАМН А.А. Скоромца. – СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2007. – 2008. – С. 10.
8. Парфенов В.А. Головокружение в неврологической практике / В.А. Парфенов, М.В. Замерград // Неврологический журнал. – 2005. – № 1. – С. 4-12.
9. Поворотнюк В.В., Шермет О.Б. Вертеброгенное головокружение: причины, диагностика, лечение и профилактика // Здоров'я України, 2005. – № 3.
10. Сучасна діагностика і лікування у неврології та психіатрії / За ред. Т.С. Міщенко, В.С. Підкоритова. – К: ТОВ «Доктор-Медіа». – 2008. – 624 с.
11. Тревелл Дж.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли: Пер. с англ. М.: Медицина, Т. II, 1989.
12. Хабиров Ф.А. Клиническая неврология позвоночника. – Казань, 2003. – 472 с.
13. Фергюсон Л.У. Лечение миофасциальной боли. Клиническое руководство / Пер. с англ.; Под общ. ред. М.Б. Цыкунова, М.А. Еремюшкина. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 544 с.
14. Федин А.И. Современные концепции вертеброгенного головокружения // Современные концепции вертеброгенного головокружения // Мат-лы науч. симпозиума. – М.: РГМУ, 2001. – С. 68-71.
15. Ярошевский А.А. Нарушения церебральной гемодинамики при рефлекторных мышечно-тонических синдромах шейного уровня и эффективность применения методов мануальной терапии // Украинский неврологический журнал. – 2010. – № 1 (14). – С. 77-81.
16. Dix M., Hallpike C. Ann Otol Rhinol Laryngol 1952; 6: 987-1016.
17. Baloh K.W., Honrubia V., Jacobson K. Benign positional vertigo // Neurology. – 1987. – 37. – 371.
18. Lord S.M., Bogduk N. The cervical synovial joints as sources of post-traumatic headache. J Musculoskeletal Pain, 1996, 4: 81-94.
19. Fisher F.E. Vertigo in cerebrovascular disease // Arch. of Otolaryngology. – 1967. – 85. – 529-534.