



Позвоночник как источник страданий

Лечение различных заболеваний позвоночника является одной из наиболее актуальных проблем современной неврологии. Изменения в позвоночнике и околопозвоночных тканях приводят к нарушению кровоснабжения тканей головного мозга. Вследствие этого в вертебральных (позвоночных) артериях у больных могут развиваться вертебрально-базилярная недостаточность с головокружением, шейная радикулопатия, болевой синдром. Адекватная диагностика, профилактика и современные методы лечения позволяют своевременно купировать проявления вертебральных нарушений, остановить развитие осложнений. В рамках I Всероссийского открытого неврологического дискуссионного форума PATIENT CASES состоялся симпозиум, посвященный вопросам лечения вертебрально-базилярной недостаточности и болевого синдрома в клинической практике. Ведущие российские эксперты в области неврологии на реальных примерах продемонстрировали основные диагностические и терапевтические методы ведения пациентов с жалобами на головокружение и боль.

Вертебрально-базилярная недостаточность как причина головокружения и неустойчивости

Симпозиум открыл д.м.н., профессор, руководитель центра диагностики и лечения головной боли кафедры неврологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова Александр Витальевич АМЕЛИН докладом о вертебрально-базилярной недостаточности как причине головокружений и неустойчивости.

Синдром вертебрально-базилярной недостаточности – обратимое нарушение функции мозга, вызванное уменьшением кровоснабжения области, питаемой позвоночными и основной артериями. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК, инсульт) считается необратимым или частично обратимым нарушением функции мозга. При этом инсульт может быть вертебрально-базилярным. В клинической практике встречается такой диагноз, как транзитор-

ная ишемическая атака (ТИА) в вертебробазиллярном бассейне. В настоящее время синдром вертебрально-базилярной недостаточности является одним из наиболее распространенных диагнозов как в амбулаторной, так и в стационарной неврологической практике.

В аспекте диагностики вертебрально-базилярной недостаточности важную роль играет объективная оценка состояния артериальной системы мозга. Как известно, одна треть мозга кровоснабжается из вертебрально-базилярного артериального бассейна. От этих артерий питаются анатомические структуры – шейный отдел спинного мозга, мозговой ствол, мозжечок, затылочные доли, часть теменных, височных долей, часть зрительного бугра, гипоталамуса, внутреннее ухо. Поэтому при постановке диагноза необходимо учитывать клинический полиморфизм вертебрально-

базилярной недостаточности. Соответственно, основываясь только на наличии у пациента изолированного синдрома головокружения (вертиго), диагностировать вертебрально-базилярную недостаточность невозможно.

Согласно отечественным и зарубежным рекомендациям, выделяют следующие клинические признаки ишемии в бассейне вертебрально-базилярных артерий: любые комбинации двигательных нарушений в конечностях и/или лице (двусторонние, альтернирующие), потеря зрения на оба глаза, гемианопсия, нарушения чувствительности в конечностях или лице (онемение или полная утрата чувствительности, парестезии). При этом среди синдромов, наличие которых в изолированном виде не имеет диагностического значения, выделяют атаксию походки, конечностей, головокружение, диплопию, дисфагию, дизартрию.

Докладчик еще раз подчеркнул, что даже предварительный диагноз вертебрально-базиляр-



ной недостаточности не может быть основан на субъективной жалобе пациента о краткосрочном головокружении, поскольку потенциальной причиной головокружения может быть любое вестибулярное и невестибулярное расстройство. Это могут быть доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (отолитиаз), особенно в сочетании с пресбиопией, гиперчувствительность каротидного синуса, ортостатические реакции и др.

Профессор А.В. Амелин прокомментировал клинический случай пациентки с жалобами на головокружение.

Женщина 47 лет поступила в клинику с диагнозом ОНМК по ишемическому типу в вертебрально-базилярном бассейне с альтернирующим синдромом поражения латерального отдела продолговатого мозга, артериальной гипертензией 2-й степени, дислипидемией, атеросклерозом коронарных и брахиоцефальных артерий.

Пациентка заболела остро, около пяти часов утра. Впервые в жизни, встав после пробуждения, испытала краткосрочный (до десяти секунд) приступ вестибулярного головокружения. Аналогичные повторные приступы повторялись в течение всей первой половины дня (при попытке встать), возникало сильное головокружение справа налево, постоянное, усиливающееся при любом движении головой, без очевидных кохлеарных жалоб, расстройств речи, зрения, без динамической атаксии, слабости и онемения в конечностях. В течение следующего дня испытывала описанные жалобы с эпизодами рвоты на высоте головокружения. Госпитализирована в клинику Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова. Пациентке выполнена компьютерная то-

мография (КТ) головного мозга на вторые сутки – признаков геморрагии и ишемии не обнаружено. Запланировано проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга.

По словам докладчика, при обследовании пациента с вестибулярными жалобами ряд вопросов всегда требуют ответов. Первостепенный вопрос: с поражением какой системы связано нарушение равновесия – вестибулярной или невестибулярной? Следует помнить, что головокружение не может быть невестибулярным. Тогда это не головокружение, а шаткость, неустойчивость. Головокружение – некое системное движение окружающего мира либо пространства, связанное с поражением вестибулярной системы, не обязательно периферической. В очень редких случаях даже центральные отделы вестибулярной системы в мозге могут давать изолированное ощущение истинного вестибулярного головокружения. Кроме того, необходимо выяснить, при поражении периферического (полукружные каналы, вестибулярный нерв) или центрального (ствол мозга, мозжечок) отдела вестибулярного анализатора возникло вестибулярное головокружение. Не менее важные вопросы для рассмотрения связаны с факторами риска развития цереброваскулярной патологии, патогенетическим вариантом вестибулярного расстройства (ишемия, демиелинизация, воспаление и др.). При подозрении на инсульт следует определить его вариант и местоположение.

Алгоритм обследования пациента с жалобами на головокружение очень прост и включает:

- ✓ определение характера вестибулярных расстройств (периферическое/центральное) с помощью отоневрологического исследования по протоколу АЛГОРИТМ;
- ✓ выявление очага ишемии в головном мозге (МРТ);

Комбинация циннаризина и дименгидрината оказывает синергетическое действие в отношении проявлений головокружения различного происхождения. При вестибулярном головокружении периферического, центрального или комбинированного центрально-периферического генеза комбинация циннаризина и дименгидрината по своей эффективности превосходит каждый из этих препаратов в отдельности. Доказана эффективность данной комбинации у пациентов с головокружением при одностороннем вестибулярном нейроните и остром головокружении при вестибулярных расстройствах

- ✓ определение «гемодинамически значимого» стеноза (дуплексное сканирование);
- ✓ уточнение локализации и выраженности стеноза, состояния бляшки, диссекции (дуплексное сканирование, магнитно-резонансная ангиография);
- ✓ оценку сердечного ритма (электрокардиография, мониторинг);
- ✓ установление источника кардиоэмболии (эхокардиография).

Как отметил профессор А.В. Амелин, в рассматриваемом клиническом случае пациентке установили диагноз с помощью протокола АЛГОРИТМ, который включал последовательное выполнение неврологических и вестибулярных диагностических тестов. АЛГОРИТМ представляет собой не только последовательность действий врача, но и своеобразную мнемотехнику, облегчающую запоминание необходимой информации путем образования ассоциаций. Итак, в каждой букве этого слова заложено определенное действие: А – правильно собранный анамнез, Л – лицо (оценка иннервации мимической мускулатуры), Г – глаза («зеркало»



вестибулярной системы), О – отикум (острота слуха), Р – равновесие, И – интерпретация данных, Т – тесты позиционные, М – МРТ.

У пациентки был собран анамнез – вестибулярное головокружение, усиливающееся при векторной нагрузке на голову; лицо – без нарушения черепной иннервации; глаза – нистагм с признаками периферического, горизонтальный правонаправленный, не меняющий своего направления при изменении взгляда, усиливающийся в очках Френцеля, положительный тест Халмагьи влево, саккадический взор – норма, тест зрительного подавления VOR – норма, тест плавного проследивания – норма, скрытое вертикальное косоглазие – отрицательно; отикум – гипоакузия слева, Вебера вправо (сенсоневральная тугоухость слева); равновесие – по тесту Ромберга – неустойчива без четкой латерализации, тесту Унтерберга – влево. Далее полученные результаты интерпретировали, провели позиционные тесты (без патологии), МРТ – без признаков ОНМК. Вынесено резюме:

- острый вестибулярный синдром с признаками поражения периферического отдела вестибулярной системы слева;
- острый левосторонний кохлеарный синдром – снижение остроты слуха, гомолатеральное вестибулярному синдрому;

- острое с косвенными признаками сосудистого происхождения «инсультообразное» начало (сначала ТИА);
- факторы риска цереброваскулярной патологии (артериальная гипертензия, дислипидемия);
- отсутствие признаков очагового страдания ствола и полушарий головного мозга.

Таким образом, сделан вывод об отсутствии у пациентки ишемии в стволе головного мозга. Наиболее вероятным диагнозом в данном случае можно назвать вертебрально-базилярную недостаточность.

Принципы ведения пациентов с вестибулярными расстройствами и неустойчивостью при цереброваскулярной патологии включают лечение основного заболевания (гипотензивные средства, статины, антиагреганты и др.), профилактику падений (трость, поручни в квартире и проч.), гимнастику для тренировки постуральной устойчивости, походки.

Сегодня для лечения головокружений фармацевтический рынок предлагает широкий выбор препаратов с разными механизмами действия. Однако препаратами первого выбора по праву считаются средства от головокружения с комбинированным центрально-периферическим действием, в частности комбинация дименгидрината, антигистаминного средства с антихолинергической (М-холи-

ноблокирующей) активностью, и циннаризина – блокатора медленных кальциевых каналов (Арлеверт). По данным опроса 201 немецкого врача общей практики, именно комбинированный препарат циннаризин/дименгидринат назначают пациентам с головокружением чаще всего.

Арлеверт – комбинированный препарат, в состав которого входит 40 мг дименгидрината и 20 мг циннаризина. Циннаризин и дименгидринат известны как эффективные средства для лечения головокружения. Комбинация этих препаратов оказывает синергетическое действие в отношении проявлений головокружения различного происхождения. Установлено, что при вестибулярном головокружении периферического, центрального или комбинированного генеза комбинация циннаризина и дименгидрината по своей эффективности превосходит каждый из этих препаратов в отдельности. Кроме того, доказана эффективность препарата Арлеверт у пациентов с головокружением при одностороннем вестибулярном нейроните и остром головокружении при вестибулярных расстройствах.

В заключение профессор А.В. Амелин отметил, что комбинированный препарат Арлеверт эффективен в симптоматическом лечении головокружения различного генеза.

Клинические маски болевых синдромов

Симпозиум продолжил д.м.н., доцент кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии (ВМА) им. С.М. Кирова Игорь Николаевич САМАРЦЕВ. В начале своего выступления он подчеркнул, что, несмотря на развитие современных высокотехнологичных диагности-

ческих методов, клиническая диагностика в неврологической практике остается приоритетным направлением. Как известно, болевой синдром – одна из наиболее частых причин обращения за медицинской помощью, в том числе в практике невролога. По данным исследований Центра лечения боли при

клинике нервных болезней ВМА им. С.М. Кирова 2013–2019 гг., распространенность болевых синдромов в неврологии крайне высока. Среди причин боли – вертеброгенные дорсалгии (46%), головная боль (18%), боль в области верхнего плечевого пояса (14%), боль в бедре (10%). Докладчик представил данные отечественного исследования ШЕРПА, посвященного рациональной оптимизации диффе-



ренициальной диагностики и терапии вертеброгенной шейной радикулопатии. В ходе исследования показано, что на этапе первичного осмотра пациента с жалобами на боль в области шеи и руки вероятность поставить ошибочный диагноз крайне высока. При этом реальный диагноз шейной радикулопатии ставится только 25% пациентов с болевым синдромом. В остальных случаях причинами боли в области шеи могут быть различные патологии, включая ортопедические заболевания, туннельные синдромы и другие редкие нозологии¹.

Наиболее эффективными способами диагностики считаются методы нейровизуализации, такие как КТ, МРТ и электронейромиография (ЭНМГ). В целом эти методы становятся все более доступными для населения. Однако при проведении МРТ шейного отдела более чем у половины лиц пожилого возраста, не имеющих клинических проявлений шейной радикулопатии, выявляют экструсии межпозвонковых дисков с признаками компрессии шейных спинномозговых корешков².

Инструментальный метод верификации шейной радикулопатии ЭНМГ в основном используется для выявления туннельных синдромов. Данное исследование не является широкодоступным и имеет свои ограничения для подтверждения диагноза шейной радикулопатии: специфичность 74–93%, чувствительность не более 30–50%¹.

Профессор И.Н. Самарцев прокомментировал ряд клинических случаев пациентов с болевым синдромом.

Клинический случай 1. Мужчина, 37 лет. Пациент предъявляет

жалобы на боль в области правого плеча, лопатки (по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) днем 5 баллов, ночью до 9 баллов). Боль усиливается в ночное время, отчего пациент просыпается. Болевой синдром беспокоит в течение двух недель. Неврологический статус пациента без особенностей, движения в плечевом суставе без существенных ограничений, незначительная болезненность в области плеча при заведении руки за спину. Данные МРТ плеча и шейного отдела: на уровне шеи некоторые изменения, не объясняющие наличие болевого синдрома. Пациент обследован в соответствии с диагностическим комплексом СПАСИБО (тест Спурлинга, ПАрез мышц верхней конечности, тест натяжения СпИнно-мозговых корешков для верхней конечности (Upper limb tension test, ULTT), паттерн зоны Боли, тест Отведения плеча).

Тест ULTT – один из наиболее информативных клинических тестов, являющийся по сути аналогом теста Ласега для шейных спинномозговых корешков: пациент сидит спиной к врачу, руки свисают вдоль тела. Плечо пациента отводится до угла 90°, предплечье находится в положении пронации и сгибания также до угла 90°. Далее плечо пассивно ротруется кнаружи до угла 90°. В этом положении проводится разгибание кисти в лучезапястном суставе до угла 90°. Предплечье полностью пассивно разгибается. Потом пациент наклоняет голову в противоположную от исследуемой верхней конечности сторону. Положительным результатом считается возникновение боли или парестезии на каком-либо из этапов теста.

При выраженной и умеренной боли пациентам назначают Дексалгин (декскетопрофен) с переходом из парентеральной формы в пероральную в течение пяти дней.

При наличии остаточных болей с шестого по 19-й день можно применять препарат Нимесил (нимесулид). При слабой и умеренной боли по шкале ВАШ возможно назначение перорального Дексалгина.

При доминировании воспалительного процесса с первого дня можно применять монотерапию Нимесилом (суточная доза 200 мг – два пакетика). Курс терапии составляет 15 дней

Еще один тест – паттерн зоны боли, описываемой пациентом, который позволяет с высокой точностью предположить диагноз шейной радикулопатии. Чаще всего зоны боли при шейной радикулопатии включают область плеча и ипсилатеральную ей зону медиальнее лопатки, что характерно для ирритации спинномозговых корешков CV–CVII. Поэтому у пациента нужно выяснить, чувствует ли он помимо боли в руке дискомфорт или боль в области лопатки.

Тест Спурлинга – один из наиболее известных тестов для определения шейной радикулопатии, предложенный R. Spurling еще в 1944 г. Тест выполняется следующим образом: врач кладет руку на голову пациента и просит его произвести разгибание в шейном отделе позвоночника и одновременно ротировать голову в сторону боли. После этого врач слегка надавливает рукой на голову больного. Диагноз шейной ра-

¹ Самарцев И.Н., Живолупов С.А., Воробьева М.Н. и др. Оптимизация дифференциальной диагностики и терапии вертеброгенной шейной радикулопатии (исследование ШЕРПА). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020; 120 (9): 37–46.

² Teresi L.M., Lufkin R.B., Reicher M.A. et al. Asymptomatic degenerative disk disease and spondylosis of the cervical spine: MR imaging. Radiology. 1987; 164 (1): 83–88.



дикулопатии подтверждает возникновение или усиление боли в области плеча с проекцией дистальнее к локтевому суставу и далее на любом из этапов теста. Симптом/тест отведения плеча – специфичный для пациентов с шейной радикулопатией. Облегчение боли при отведении плеча, описываемое самим пациентом или наблюдаемое во время неврологического осмотра в положении больного сидя после выполнения команды врача, свидетельствует о наличии шейной радикулопатии.

В диагностике шейной радикулопатии важно определение пареза мышц. Так, клинически выраженный парез сгибателей и разгибателей предплечья (поражение спинномозговых корешков CV–CVI и CVII соответственно), а также возникающий в ряде случаев симптом медиальной крыловидной лопатки говорят о шейной радикулопатии.

Таким образом, адекватное проведение и интерпретация перечисленных тестов позволяют правильно диагностировать причину болевого синдрома в каждом конкретном случае.

Клинический случай 2. Мужчина, 32 года. Предъявляет жалобы на боль, напряжение мышц в области правого надплечья. Изменение цвета кожи, онемение, похолодание руки. Анамнез: симптомы беспокоят в течение трех месяцев приступами после физической нагрузки (работа, связанная с длительным нахождением рук в поднятом положении). Неврологический статус без патологии. Ультразвуковое исследование (УЗИ) сосудов верхней конечности патологии не выявило.

По словам докладчика, синдром грудного выхода (скаленус-синдром) представляет собой нечетко очерченную группу заболеваний, характеризующихся

болью и парестезиями в кистях, шее, плечах или руках, а также сдавлением плечевого сплетения (и подключичных сосудов) там, где они проходят через выходящее отверстие грудной клетки. Стандартных методов диагностики этого состояния нет.

Наиболее частыми причинами синдрома являются аномалии развития, например шейное ребро, аномальное первое грудное ребро, аномальное место прикрепления или позиция мышц, неправильно сросшийся перелом ключицы, повреждение лестничных мышц.

В данном конкретном случае у пациента справа наблюдаются аномалии, шейное дополнительное ребро, синостоз, сформировавшиеся давно и со временем давшие клиническую симптоматику.

Лучшим скрининговым тестом в данном случае является тест Roos. Для его выполнения пациента просят поднять руки вверх и поработать ими от трех до пяти минут. Во время проведения теста пациент озвучивает ощущения боли и дискомфорта. Кроме того, пациенту провели МРТ. Выявлена гипертрофия передней лестничной мышцы.

Клинический случай 3. Мужчина, 30 лет. Жалобы на напряжение мышц в области левого надплечья. Анамнез: считает себя больным в течение девяти месяцев, связывает появление симптомов с посещением тренажерного зала и работой с большим весом. В тот период беспокоили ноющие боли в области левого надплечья. Связывал их с перетренированностью. Ходил на массаж.

Клиническое обследование показало, что трапециевидная мышца на месте, как таковой крыловидности нет, но надостная и подостная мышцы отсутствуют.

Результаты ЭНМГ: поражение надлопаточного нерва (в редких случаях развивается после физических нагрузок). Выявлен так называемый рюкзачный вариант, требующий выполнения МРТ, УЗИ периферических нервов. Данному пациенту прежде всего следует отказаться от силовых нагрузок, беречь плечо, чтобы не развился болевой синдром.

На сегодняшний день накоплен достаточный опыт базовой терапии вертеброгенных болевых синдромов с применением нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). НПВП – препараты первой линии для лечения всех болей. В рассмотренных клинических случаях также препаратами выбора для снятия болевого синдрома являются НПВП. При выраженной и умеренной боли пациентам назначают Дексалгин (декскетопрофен) с переходом из парентеральной формы в пероральную в течение пяти дней. При наличии остаточных болей с шестого по 19-й день можно применять препарат Нимесил (нимесулид). При слабой и умеренной боли по шкале ВАШ возможно назначение перорального Дексалгина. При доминировании воспалительного процесса с первого дня можно применять монотерапию Нимесилом (суточная доза 200 мг – два пакета). Курс терапии составляет 15 дней³.

Подводя итог, профессор И.Н. Самарцев подчеркнул, что в случае принятия решения о целесообразности проведения консервативного лечения у пациентов с болевым синдромом в состав базовой терапии должны включаться современные НПВП с доказанной эффективностью, хорошей переносимостью и в удобной для применения форме доставки вещества. ✪

³ Соловьева Э.Ю., Карнеев А.Н., Федин А.И. Дорсопатия: совместное применение декскетопрофена и нимесулида в стадии обострения. *Consilium medicum*. 2007; 2 (9): 42–46.