

@ Ярошевский А.А.

УДК: 616.133.33-004.6-0364-07

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ, СВЯЗАННОГО С ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ РЕФЛЕКТОРНЫМИ МЫШЕЧНО-ТОНИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ

Ярошевский А.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Проведено визначення клініко-неврологічних особливостей головокружіння при рефлекторних больових міотонічних синдромах шийної локалізації. Під спостереженням знаходилося 37 пацієнтів із цервікальними рефлекторними больовими міотонічними синдромами (цервікалгія, цервікокраніалгія, цервікобрахіалгія). Пацієнтам проведено клініко-неврологічне, вертебро-неврологічне обстеження. Критеріями виключення були хворі на вертеброгенну компресійну корінцеву, спінальну патологію та ураження хребтових артерій. Виявлені особливості головокружіння у даній категорії пацієнтів, які полягають у розвитку атаксії при зміні положення тіла та втриманні прямо стояння, а також поєднання атаксії з вегетативними дисфункціями. Встановлено, що виразність головокружіння залежить від виразності порушень біомеханіки шийного відділу хребта, тривалості існування м'язово-тонічних порушень, а також кількості м'язів, які включені в патологічний процес. Отримані результати дозволили уточнити клініко-неврологічні особливості цервікогенного головокружіння, пов'язаного з м'язово-тонічними порушеннями та зміною біомеханіки шийного відділу хребта

Ключові слова: цервікогенне головокружіння, рефлекторні міотонічні синдроми

Головокружение – одна из наиболее частых жалоб среди пациентов соматического и неврологического профиля. Головокружение является не самостоятельным заболеванием, а симптомом целого ряда болезней. Как минимум 80 заболеваний и состояний, а именно заболевания сердца и сосудов, заболевания крови, эндокринологические и офтальмологические заболевания, отравления, лекарственные интоксикации, травмы головы и шеи, укачивание, а также болезни внутреннего уха и неврологические заболевания могут вызывать головокружения [1, 7, 11, 12].

Причина головокружения – дисбаланс сенсорной информации, поступающей от основных афферентных систем, обеспечивающих пространственную ориентацию – вестибулярной, зрительной и проприоцептивной, а также нарушения центральной обработки информации. Поэтому механизмы поддержания равновесия связаны помимо вестибулярной системы с глазодвигательными ядрами, ретикулярной формацией, спинным мозгом, мозжечком, вегетативной нервной системой, периферической и центральной нервной системами [5, 8, 13].

В последнее время все больше внимания стало уделяться шейному (цервикогенному), или вертеброгенному головокружению [2, 8, 9, 11]. Впервые термин *шейное головокружение* в литературе был введен Reap и Core в 1955 году. Изначально шейное головокружение связывалось прежде всего с нарушениями кровообращения в вертебро-базиллярной системе артерий. Так, в 1960 г. Sheehan S. et al., сформулировали сосудистую гипотезу, согласно которой дегенеративные и посттравматические изменения в сегментах шейного отдела позвоночника могут приводить к сосудистым нарушениям в вертебро-базиллярном бассейне при сдавлении позвоночной артерии. Симптомы появляются при запрокидывании или вращении головой. 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 и вызывает расстройства в пространственной ориентации, головокружение и нистагм, особенно при движениях головы и шеи [8, 9, 11, 13].

Таким образом, в основном внимание исследователей сосредоточено на вертеброгенно-сосудистых факторах шейного головокружения.

В то же время определенное место среди систем, принимающих участие в поддержании равновесия, 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 [3, 4, 10].

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. А поскольку от 40 до 70 % людей испытывает в течение жизни, как минимум, один эпизод болей в шее [3, 7, 9], то необходимость исследования неврологических последствий такой мышечно-скелетной боли становится очевидной.

Цель исследования: определение клинико-неврологических особенностей головокружения при рефлекторных болевых мышечно-тонических синдромах шейной локализации.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 37 пациентов (15 мужчин, 22 женщины) в возрасте от 18 до 37 лет с рефлекторными болевыми мышечно-тоническими синдромами (цервикалгия, цервикокраниалгия, цервикобрахиалгия) и жалобами на головокружение. Пациенты были обследованы в момент

обострения болевого синдрома, общая длительность которого (включая ремиссии) до момента обследования составила от 3 месяцев до трех лет. Пациенты консультированы отоневрологом, исключившим приобретенную вестибулярную дисфункцию, связанную с патологией периферического вестибулярного анализатора. Критериями исключения были больные с вертеброгенной компрессионной корешковой, спинальной патологией и поражением позвоночных артерий. По классификации синдромов шейного остеохондроза (Я.Ю.Попелянский, 1997) болевой синдром у пациентов относился к мышечно-тоническим.

Больным проведено клиничко-неврологическое, вертеброневрологическое обследование с выявлением триггерных точек (ТТ) [4, 14].

Результаты и их обсуждение

Жалобы пациентов заключались в ощущениях неустойчивости, особенно во время смены положения тела с горизонтального на вертикальное, или наоборот, а также при вставании со стула. При ходьбе пациенты жаловались на периодическое пошатывание. У части больных подобные жалобы сочетались с общим дискомфортом, слабостью, потливостью, тошнотой. Ощущение неустойчивости усиливалось 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. Ухудшение самочувствия сопровождалось нарастанием болезненности или чувством тяжести в затылке, надплечьях. Пациенты кроме того отмечали «затвердение» мышц шеи, надплечий, уменьшение объема движений головы, в основном поворотов. При попытке преодолеть ограничение движения в шейном отделе головокружение усиливалось. К усилению жалоб приводили также стрессовые ситуации, изменения погодных условий. Практически у всех наблюдалось нарушение сна. Самочувствие улучшалось при использовании анестезирующих мазей, НПВП. Характерным оказалось отсутствие заметного положительного эффекта от вазоактивной терапии, которая иногда наоборот вызывала усиление симптоматики.

В неврологическом статусе выявлялась 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.

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-мозговая травма и/или травма шейного отдела позвоночника (у 25 % пациентов), длинная подвижная либо короткая шея, патология височно-нижнечелюстного сустава.

При осмотре обращали на себя внимание нарушения биомеханики позвоночника в виде шейного гиперлордоза, асимметрии плечевого пояса, кривошеи различной степени выраженности

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

В трапециевидной мышце ТТ локализовались посередине верхних пучков, в месте перехода шеи в надплечье, где трапециевидная мышца изгибается кверху. При исследовании упорного, тяжело курабельного головокружения мы обратили внимание на роль мышцы, поднимающей лопатку в формировании атактического синдрома. Обычно считается, что данная мышца не влияет на возникновение головной боли и головокружения. Тем не менее, во всех случаях упорного атактического синдрома мы обнаружили наличие ТТ, которые привели к укорочению мышцы, поднимающей лопатку. А поскольку на шею мышца, поднимающая лопатку прикрепляется к поперечным отросткам четырех верхних шейных позвонков, в связи с этим возникает наклон с ротацией шеи в свою сторону и функциональным блокированием верхнешейных позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) 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

Таблица
Локализация миофасциальных триггерных точек 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%	++

Следует отметить, что выраженность головокружения и резистентность его к терапии зависела не столько от выраженности болевого синдрома, сколько от длительности существования мышечно-тонических нарушений, во время которых формировались триггерные точки, а также количества мышц, которые вовлекались в патологический процесс. Очевидно, при

длительно существующем мышечном напряжении в перикраниальных мышцах происходит сенсбилизация ноцицепторов, а также сегментарная центральная сенситизация, что приводит к дисбалансу проприоцепции из зон триггерных пунктов, вызывая появление атактических нарушений.

Таким образом, анализ жалоб и данных объективного исследования позволяет выделить некоторые особенности головокружения у пациентов, имеющих рефлекторные мышечно-тонические синдромы. Так, атакия 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 85% пациентов); приступы с вращением, качанием, проваливанием (у 5%); постоянное состояние неустойчивости, сопровождающееся общим дискомфортом, на фоне которого появляются внезапные кратковременные приступы проваливания. Субъективные проявления преобладали над объективными координаторными расстройствами, сочетаясь с вегетативными дисфункциями.

У пациентов с головокружением имеет значение не столько выраженность дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника, сколько изменения его биомеханики (нарушение осанки и походки, сколиотические деформации с перенапряжением определенных групп мышц, нарушение биомеханики черепа и т.п.) а также патологии височно-нижнечелюстного сустава и т.п.).

Пациенты при цервикальных рефлекторных мышечно-тонических синдромах страдают не столько головокружением, сколько ощущением движения, расстройством равновесия и пошатыванием.

Выводы

1. У пациентов с цервикальными рефлекторными мышечно-тоническими синдромами наблюдается развитие головокружения, выраженность которого зависит от выраженности нарушений биомеханики шейного отдела позвоночника, длительности существования мышечно-тонических нарушений, а также количества мышц, вовлеченных в патологический процесс.

2. Клинико-неврологическими особенностями шейного головокружения, связанного с болевыми мышечно-тоническими нарушениями являются разви-

тие атаксии при смене положения тела и удержании прямостояния, а также сочетание с вегетативными дисфункциями.

3. Перспектива дальнейших исследований состоит в доказательной базе эффективности комплексных лечебно-восстановительных мероприятий (биомеханическая коррекция позвоночника, мягкие техники мануальной терапии, иглорефлексотерапия, комплексы лечебной физкультуры) при цервикогенном головокружении, связанном с рефлекторными мышечно-тоническими синдромами.

Литература

1. Афанасьева С.А., Горбачева Ф.Е. Изолированное системное головокружение // Неврологический журнал.- 2003.-Т.8, №4.- С.36-40.
2. Горбачева Ф.Е., Матвеева Л.А., Чучин М.Ю. О шейном головокружении // Русский медицинский журнал.- 2004.- Т.12.
3. 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.
4. Иваничев Г.А., Иваничев В.Г. Миофасциальный болевой синдром и атаксии// Международный неврологический журнал.- 2008.-№1 (17).- С.11-15.
5. Крыжановский Г.Н. Физиологическая и патологическая боль // Патогенез.- 2005.- №1.-С. 14.
6. Лысенков Г., Ткаченко В. Проблема боли в общей врачебной практике (часть 1) // Ліки України, 2005. - №3. – С. 5-10.
7. Сучасна діагностика і лікування у неврології та психіатрії/За ред. Т.С.Мищенко, В.С.Підкоритова.- К.ТОВ»Доктор-Медіа.-2008.-624 с.
8. Новосельцев С.В. Вертебрально-базиллярная недостаточность. Возможности мануальной диагностики и терапии/ под ред. Акад. РАМН А.А.Скоромца. - СПб:ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2007.- 208 с.
9. Поворознюк В.В., Шеремет О.Б. Вертеброгенное головокружение: причины, диагностика, лечение и профилактика // Здоровья України, 2005.- №3.
10. 10. Тревелл Дж. Г., Симонс Д. Г. Миофасциальные боли: Пер. с англ. М.: Медицина, II.1989.
11. Федин А.И. Современные концепции вертеброгенного головокружения // Современные концепции вертеброгенного головокружения // Мат-лы науч. симпозиума.- М.:РГМУ, 2001.
12. Шток В.Н. Головная боль.-М.:ООО «мед.информ. агентство». 2007.-472 с.
13. Baloh K.W., Honrubia V., Jacobson K. Benign positional vertigo // Neurology.- 1987.-N. 37.-P. 371.

Summary

CLINICAL AND NEUROLOGICAL PECULIARITIES OF DIZZINESS ASSOCIATED WITH CERVICAL REFLEX MUSCULAR-TONIC SYNDROMES

Yaroshevskiy A. A.

Key words. Cervical dizziness, reflex muscular-tonic syndromes.

Objective: to define clinical and neurological characteristics of dizziness in the reflex painful muscular-tonic syndrome of cervical localization.

Methods and subjects: there were 37 patients in age from 18 to 37 with cervical reflex painful muscular-tonic syndromes (cervicalgia, cervicocranialgia, cervicobrahialgia) under supervision. Clinical neurological and vertebral neurological examinations were carried out under the patients. Patients with vertebral radices compression, spinal pathology and lesion of vertebral arteries were exclusion criteria.

Results. The following features of dizziness: development of ataxia at changing of body position and withholding of straight line body pose, and also combination of ataxia with vegetative dysfunctions have been exposed in these categories of patients. It has been set that expression of dizziness depends on expression of mechanics violations of cervical vertebrae, duration of existence of muscular-tonic disorders, and also amounts of the muscles engaged in a pathological process.

Conclusions. The received results allow to specify clinical neurological peculiarities of cervical dizziness associated with muscular-tonic disorders and modifications of cervical vertebrae mechanics.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv

Матеріал надіішов до редакції 14.04.2010 р.