

ГЛАВА 5

Алгоритм диагностики. Формулирование диагноза. Лечение цервикальной атаксии

5.1. Алгоритм диагностики

Алгоритм диагностики цервикальной атаксии складывается на основе клинических проявлений и последовательно оценивает следующие характеристики.

1) Отсутствие атаксии системного характера, бульбарной симптоматики, ее выраженность и зависимость от положения головы и туловища.

2) Грубые функциональные блокады краниовертебрального перехода, миофасциально-связочная боль в зоне перехода и односторонний болезненный спазм наружной крыловидной мышцы на стороне актуальной функциональной блокады.

Дополнительные методы исследования с целью систематизации атаксии и возможных гемодинамических и структурных поражений центральной нервной системы с итоговым отрицательным результатом подтверждают предположение о цервикальном генезе атаксии (головокружения). В контексте изложенного, обычно трудна дифференциальная диагностика с доброкачественным позиционным пароксизмальным головокружением (ДППГ) и постуральной фобической неустойчивостью.

Наблюдение в динамике и оценка эффекта проводимой терапии через 2-3 недели позволяют разобраться в комбинации или самостоятельности наблюдаемых клинических феноменов. Как правило, положительный лечебный эффект при цервикальной атаксии и ДППГ проявляется очень быстро применением приблизительно похожих позиций и движений (маневров) головы и туловища. При цервикальной атаксии симптоматика идет на убыль, при ДППГ рецидивы атаксии и лечебные эффекты непредсказуемы, эпизоды часто проходят самостоятельно, с длительной ремиссией. Постуральная фобическая неустойчивость мало поддается "патогенетически обоснованным" лечебным приемам, продолжительна, более адекватны психотерапевтические мероприятия.

Смысл диагностического процесса заключается в выявлении логической (патогенетической) связи атаксии и дисфункции шейного отдела позвоночника. Выявление цервикального генеза атаксии само по себе не является сложной задачей, важнее установление функционального

Таблица 5.1. Выраженность жалоб больных цервикальной атаксией.

Проявления	Описательная характеристика	Частота*	Примечания
Жалобы на головокружение	Ощущение отклонения тела от вертикали	***	Головокружение не систематизировано.
	Ощущение вращения	**	
	Резкое усиление головокружения при переходе из горизонтального положения в вертикальное	***	Энергичное потряхивание головой по типу "нет-нет" уменьшает выраженность атаксии.
	В положении лежа головокружение исчезает		
	Длительное пребывание в малодинамичной позе уменьшает выраженность головокружения	**	
	Метеозависимость	*	
Ходьба	Покачивания в стороны	***	Сильное влияние на покачивание оказывает волевой контроль за шагом, менее заметно влияние зрения.
	Покачивания в передне-заднем направлении	*	
	Снижена грациозность движений	**	Повторные повороты головы или удержание ее в крайних положениях при максимальном напряжении мышц значительно уменьшают атаксию и головокружение. Разгибание головы головокружением не сопровождается, сгибание ее усиливает болезненность мышц подзатылочной зоны.
	"Оступился", "неудачные шаги"	**	
	Падения	*	

Таблица 5.1. Выраженность жалоб больных цервикальной атаксией (продолжение).

Проявления	Описательная характеристика	Частота*	Примечания
Боль в шее	Боль в затылке	***	
	Напряжение в затылке	***	
	“Твердость” мышц	***	
	Неравномерные усиление болезненности и покачивания при поворотах головы	***	
Головная боль	В височной области и в зоне височно-нижнечелюстного сустава на стороне болезненности шеи	**	Напоминает мигренозную боль. “Сосудистые” точки безболезненны. Провоцируется движениями головы и шеи.
Повышение артериального давления	Пульсация височной артерии	*	Общее (системное) давление может быть не изменено.

* В условных единицах.

(обратимого) характера обнаруженной связи. Диагностическое мастерство в решении этой головоломки не всегда бывает достаточным, диагностика *ex juvantibus* является неизбежной составляющей в определении: 1) сущности процесса; 2) возможности применения мануальной терапии; 3) целесообразности сочетания ее с медикаментозной терапией. Положительный эффект лечебно-диагностической (диагностико-лечебной) процедуры должен быть достигнут после первого сеанса мануальной терапии

(при условии соблюдения основного принципа мануальной терапии — деликатной настойчивости). В ином варианте событий целесообразно последовательное применение различных комбинаций доступных лечебных приемов, имеющих в наличии и освоенных технически.

Выраженность жалоб больных (в порядке убывания частоты встречаемости) приведена в **табл. 5.1.**

Объективные проявления заболевания приведены в **табл. 5.2**, его вертеброневрологическая симптоматика — в **табл. 5.3.**

Таблица 5.2. Объективные проявления цервикальной атаксии.

Симптоматика	Проявления	Частота	Примечания
Отклонение туловища	Одностороннее	**	Выявляются как в положении стоя, так и при ходьбе.
Покачивания в стороны		*	
Девияция рук в пробе Фишера	Гармоничная	***	Может иметь место дисгармоничная девияция рук со сменой на гармоничную.
Нистагм	Мелкоразмашистый	*	Диагностическое значение невелико.
Мозжечковая атаксия	Не выявляется		Внешнее — слабо выраженные элементы всех видов атаксий.
Сенситивная атаксия	Не выявляется		
Вестибулярная атаксия	Не выявляется		
Атаксия при специальных методах исследования	Данные не убедительны		Методики исследования трудоемки и мало пригодны для практической оценки.
Провокация атаксии	Движения головы и шеи	***	Наиболее заметно влияние ротаций, разгибание головы мало влияет на выраженность атаксии.
Вегетативная симптоматика	Общая потливость	*	Обычная
	Тахикардия	*	

Таблица 5.3. Вертеброневрологическая симптоматика цервикальной атаксии.

Симптоматика	Проявления	Частота	Примечания
Общая конфигурация шеи	Обычная		Может отмечаться выпрямление лордоза в верхнешейном отделе.
Экскурии шеи	Ограничены в верхнешейном отделе	***	Ограничены повороты, часто асимметрично.
Дефанс шейной мускулатуры	Верхнешейного отдела	***	Надежный диагностический признак.
Функциональные блокады			
0-C ₁ -C ₂		***	Диагностическое значение велико.
C ₂ -C ₃		**	
C ₃ -C ₆		*	
C ₆ -T ₁		*	
Миофасциальные триггерные точки:			Диагностика основана на обнаружении локального уплотнения и усиления болезненности при растяжении мышц.
— подзатылочных мышц;		***	
— ротаторов;		***	
— разгибателей;		**	
— сгибателей;		**	
— кивательной мышцы;		***	
— трапецевидной мышцы;		*	
— мышц черепа;		*	
— других мышц.		*	
Миофасциальные триггерные точки крыловидных мышц:			
— латеральных;		***	
— медиальных.		*	
Миофасциальные триггерные точки жевательных мышц		*	
Миофасциальные триггерные точки двубрюшных мышц		*	

Формулирование диагноза. Цервикальная атаксия, степень выраженности (тяжелая, средняя, слабая), функциональная блокада сегмента шеи (краниовертебральный переход, C₂-C₃, C₃-C₄ и т.д.) справа (слева), миофасциальный болевой синдром верхнешейной и жевательной мускулатуры (другой локализации), тип течения (перманентно-пароксизмальный и др.). Синдром постуральной фобической неустойчивости (есть, нет). Другие проявления (есть, нет).

Лечебная тактика

1. Устранение ключевой блокады.
2. Устранение миофасциального болевого синдрома.

3. Пунктурная анальгезия МФТП.

4. Релаксация латеральной крыловидной мышцы.

5. Обучение методикам самостоятельной мобилизации заблокированных ПДС и релаксации пораженных мышц.

6. Контрольный осмотр — через день, при необходимости — коррекция нарушений.

7. Профилактический осмотр (через 4-5 месяцев).

Для полноты обзора возможных и часто применяемых методик лечения приводим описательную их характеристику. Очевидно, что применение их в отдельности или в комбинации определяется клиническим мастерством специалиста.

5.2. Общие принципы лечения

Общие принципы лечения головокружения являются декларированной условностью, весьма далекой от реальности. Каузальная терапия головокружений определяется, прежде всего, актуальностью выявленного патологического механизма атаксии и ее спутника — головокружения. Во-вторых, решающую роль играют подбор адекватного метода лечения. Обзор принципов и технологий лечения генетически обусловленных атаксий при структурных поражениях проприоцептивных связей, вестибулярной, мозжечковой систем в нашу задачу не входит. К сожалению,

в настоящее время этот раздел клинической неврологии является малопродуктивным как в теоретическом, так и практическом отношении.

В хрестоматийном варианте лечение головокружения рекомендуется сочетанием немедикаментозных методов и лекарственной терапии.

Патогенетический принцип лечения атаксий предусматривает установление ведущего механизма ее развития и подбор обоснованной терапии. Этот раздел представлен в соответствующей литературе, обзор которой не является целью этой книги.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Цервикальная атаксия — особая формой асинергий, возникающая при дефиците и дисбалансе афферентации с локомоторного блока — шейного отдела позвоночника. Цервикальная атаксия в структуре клинических проявлений не является систематизированной, т.е. в ней нет проявлений вестибулярной, мозжечковой, сенситивной или лобной атаксий в чистом виде. По внезапности проявлений и выраженности эмоциональной окраски головокружения цервикальная атаксия напоминает доброкачественное позиционное головокружение и постуральную фобическую неустойчивость, хотя механизмы возникновения этих форм дискоординации движений совершенно различны. Цервикальная атаксия сочетает основные проявления вестибулярной, мозжечковой и, преимущественно, проприоцептивной (сенситивной) атаксии.

В генезе цервикальной атаксии особая роль неинтенсивной локальной миофасциальной боли. При выраженной боли более заметны проявления ноцицептивного реагирования, включающие общие психосоматические, вегетативные и гуморальные слагаемые. При слабой мышечной, фасциальной, связочной и периостальной боли, порой не ощущаемых больными, на первый план

выступают механизмы развешивания и соответствующие им клинические проявления афферентной дезорганизации. Латентные триггерные зоны в составе пораженной мышцы являются источником дефицита и дисбаланса проприоцепции, доставляющей искаженную информацию о состоянии сократительного субстрата в программные центры построения движения. На основании нашего материала следует, что в 75% наблюдений атаксия и головокружение не имеют органического происхождения, т.е. не связаны с нарушением анатомической структуры нервной системы и систем координации движений.

Дискоординация движений любого происхождения является результатом дезинтеграции доставляемого в ЦНС афферентного потока. В меньшей степени атаксия обусловлена дефицитом афферентации, т.е. исполнения движений. Растормаживание систем координации движений вследствие дефицита афферентации является типовым патологическим процессом. Миофасциальный триггерный пункт является источником дефицита и дисбаланса проприоцепции динамической и статической составляющих. При сохранной вестибулярной, мозжечковой и других видах афферентации искаженный афферентация из МФТП шейной

мускулатуры способна вызвать сбой в системах программного обеспечения координации движений. Рассогласование (депривация) интегративной функции афферентного взаимодействия вестибулярного, мозжечкового, проприоцептивного, зрительного анализаторов при частичной потере контроля лобных долей мозга создает уникальную форму атаксии — цервикальную. Исканная афферентация с локомоторной системы способствует запуску типовых патологических процессов болезней нервной системы, т.е. растормаживанию систем построения и супраспинального контроля организации движений, особенно таламо-паллидарного уровня синергий (уровня В по Н.А.Бернштейну). Усиление атаксии при перемене положения, особенно во время вставания, обусловлено резким приростом несбалансированной проприоцепции из локомоторной системы шеи — уровня А. Несбалансированная проприоцепция вызывает сбой функций уровня В (синергий). Сбой в системе синергий удерживается компенсаторной активностью корковых уровней С и Е, т.е. волевым (произвольным) контролем движений.

Диагноз цервикальной атаксии устанавливается клинически, при: 1) отсутствии атаксии системного характера, бульбарной симптоматики, зависимости от положения головы

и туловища; 2) при наличии грубых функциональных блокад краниовертебрального перехода и сопутствующей миофасциально-связочной боли, включая односторонний болезненный спазм наружной крыловидной мышцы на стороне актуальной функциональной блокады.

Обратимость расстройств координации движений применением лечебных методик, направленных на устранение дисфункции позвоночника, особенно краниовертебрального перехода и всего шейного отдела позвоночника, позволили заключить, что мануальная терапия является патогенетически обоснованным и надежным лечебным методом. Ее эффект в устранении тягостного головокружения является часто приятной неожиданностью как для пациента, так и для врача. Стойкий терапевтический эффект, возможность применения самостоятельных лечебных приемов с целью профилактики рецидивов дисфункции, экономическая целесообразность немедикаментозных методов лечения ставят на ведущее место этот испытанную временем лечебную технологию. Конечно же, фанатизм в популяризации метода вряд ли менее опасен, чем его оголтелое отрицание. В результате залогом успеха в достижении стойкого лечебного эффекта является сочетание лечебных методик, включая разумную медикаментозную терапию.