

# КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ «ШЕЙНОЙ МИГРЕНИ»

Асс. А. Ю. Ратнер

Кафедра нервных болезней (зав. — проф. И. И. Русецкий) и кафедра рентгенологии № 1 (зав. — проф. М. Х. Файзуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

За последние годы внимание невропатологов и нейрохирургов привлекает патология шейного отдела позвоночника. Целый ряд описанных ранее атипичных «церебральных вазопатий», «базальных арахноидитов», «вестибулопатий» и т. п., как теперь выясняется, зависит от деформаций шейного отдела позвоночника. Нервный синдром, вызываемый деформацией шейного отдела позвоночника, под названием «шейная мигрень», или «задне-шейный симпатический синдром», описан подробно в 1949 г. Бэрчи-Роше у больных, перенесших травму шейного отдела позвоночника.

После 1949 г. в литературе появились многочисленные сообщения о деформирующем спондилезе шейного отдела позвоночника (А. Д. Динабург и А. Е. Рубашова, Я. Ю. Попеллянский, В. К. Пинчук, А. И. Арутюнов и М. К. Бротман, Теннис, Рейшауэр, Экспер, Джексон).

Однако приоритет по праву принадлежит Барре, который первым еще в 1925 г. указал, что при дегенерации дисков шейного отдела позвоночника и связанных с этим его деформациях (без предшествующей травмы) возникает «задне-шейный симпатический синдром», вызываемый раздражением задне-шейного симпатикуса — *p. vertebralis*. Позднее его ученик Льеу подробно изучил этот синдром, который во Франции получил наименование «синдрома Барре — Льеу».

Нарушения кровообращения и иннервации (*a. a. и n. n. vertebralis*) вполне объясняют возможность церебральных нарушений при шейном деформирующем спондилезе. Деформации подвергается, прежде всего, *processus uncinatus*, оказывающий механическое воздействие на *a. и n. vertebralis*. Н. В. Верещагин, Кунерт и др. указывают, что часто тяжелые интракраниальные сосудистые нарушения возникают благодаря изменениям в позвоночной артерии, подвергающейся давлению остеофитов.

Наиболее важные симптомы шейной мигрени — упорная головная боль (чаще типа гемикрании) и боль в шейно-затылочной области с той же стороны. Часто наступают изменения со стороны глаза и уха, появляется синдром Меньера. Позднее присоединяется шейная радикулярная симптоматика. Все проявления страдания возникают или усиливаются при движениях в шейном отделе позвоночника.

Бэрчи-Роше, Кэмпбелл, Филиппс, Крогдаль, Торгерсен, Я. Ю. Попеллянский, А. И. Арутюнов и М. К. Бротман, А. Д. Динабург и Трещинский считают, что причиной синдрома шейной мигрени является поражение шейных дисков — преждевременное старение их в результате тех или других причин — травмы, нарушения обмена, ревматизма и др. Остеофиты в шейном отделе развиваются вторично и ведут к сужению просвета *canalis transversarius*. Барре считает решающим в возникновении церебральных симптомов раздражение задне-шейного симпатикуса, а Бэрчи-Роше склонен придавать большее значение расстройствам васкуляризации. Он считает, что не имеет принципиального значения, что поражается первично, а что вторично — сосуд или нерв, так как поражение и того и другого играет большую роль.

Под нашим наблюдением находилось 110 больных шейной мигренью. Из них 58 наблюдались в стационаре и 52 — амбулаторно. Женщины, по нашим наблюдениям, страдают чаще мужчин (75 : 35). У многих наших больных работа в течение ряда лет сопровождалась вынужденным фиксированным положением головы. Лишь у 14 (в 12,7%) удалось установить зависимость возникновения шейной мигрени от травмы черепа или шейного отдела позвоночника.

У подавляющего большинства наших больных (96,4%) были тупые, постоянные головные боли («как будто после угара», «чувство постоянной тяжести в голове»), чаще распирающего, давящего, иногда — пульсирующего характера, усиливающиеся при движениях головы. Периодически у них возникали сильные приступы головных болей.

Головная боль начинается в шейно-затылочной области, чаще с одной стороны, распространяется на область темени, виска, реже — лба: у 6,4% наших больных отмечалось обратное распространение болей. Эти боли типа гемикрании по сходству с мигренью и дали повод Бэрчи-Роше назвать заболевание «шейной мигренью».

Больные часто стремятся держать голову в одном положении. У многих (в 41,8%) головная боль особенно интенсивна ночью и утром после сна. Характерно, что анальгетики мало облегчают состояние. Боль резко усиливается при ходьбе («каждый шаг отдаёт в голову», «легче ходить на цыпочках»), при подъеме и спуске с лестницы, тряской езде. Выраженные парестезии кожи головы, чаще на болевой стороне: в одних случаях они спонтанны («кожа мерзнет», «болит», «впечатление, что кожа отстает от головы»), в других — появляются только при прикосновении, расчесывании волос.

Весьма характерна также боль в глазах (в 63,6% наших наблюдений), чаще односторонняя (на стороне головных болей). Эта боль сопровождается ощущением давления изнутри, «выпирания» глаза, усиливается при движениях головы или совпа-

дает по времени с головными болями. Частой жалобой (в 73,6%) является потемнение в глазах, ощущение пелены перед глазами. Одна наша пациентка с подобного рода жалобами была даже оперирована по поводу «конъюнктивальной плевры», но облегчения, естественно, не наступило. Другие больные жалуются на «летающие мушки», «пятна» в глазах (иногда многоцветные), понижение зрения на большой стороне. Заболевание может начаться со зрительных нарушений, когда головные боли еще мало выражены. Реже встречаются светобоязнь, покраснение глаза на высоте головных болей, ощущение «песка в глазах».

Головные боли в шейно-затылочной области у 63,6% наших больных иррадиировали в ухо (при односторонних головных болях на той же стороне, при двусторонних — в оба уха). Одни локализируют боли позади ушной раковины, другие — в глубине уха. Боли часто сопровождаются понижением слуха на большой стороне, шумом, звоном в ушах (как «шипящий самовар», «звон колокольчиков» и т. п.). Падение слуха не постоянно, иногда оно связано с движениями головы: при этих движениях, а также при усилении головной боли «закладывает уши», причем час-два спустя слух возвращается к норме. Бэрчи-Роше описал двух больных, где падение слуха при движениях головы удалось доказать аудиометрически. В. К. Пинчук нашла ушные симптомы у 20 из 23 больных. Мориз утверждает, что нарушения слуха имеют в 100% случаев тот же характер, что и при болезни Меньера.

Головокружение является весьма типичным симптомом для шейной мигрени. Оно наблюдалось у 90% наших больных. Как правило, головокружение возникает внезапно, без всякого повода или после резкого движения головы и сопровождается тошнотой и рвотой. У врача возникает мысль о серьезном заболевании нервной системы (опухоль, арахноидит). У 4 больных головокружение было системным. Больные жаловались на внезапно возникающее пошатывание при ходьбе («будто кто-то с силой вдруг толкнул в плечо»).

Некоторые больные отмечают стреляющие боли в верхней и нижней челюстях, боли в зубах, кожные парестезии на лице, что привело к ошибочному диагнозу «невралгии тройничного нерва» у 5 больных. Трех больным произведена экстракция зубов (оказавшихся нормальными), не уменьшившая болей.

Приступообразные боли наблюдались у 86,4% наших больных. Мы различаем два вида приступов. Первый вид сопровождается резким нарастанием зрительных, слуховых и вестибулярных нарушений (тотчас темнеет в глазах, падает слух, глаз «выворачивает», кружится голова и т. д.). Движения головы из-за боли совершенно невозможны. Эти приступы длятся 3—5 минут, иногда повторяются неоднократно в течение дня. Такие приступы мы наблюдали у 10% больных.

Второго рода приступы протекают значительно тяжелее. Во время приступа больные держат голову руками, «боятся ее пошевелить». Приступы сопровождаются выраженными вегетативно-диэнцефальными проявлениями: чувство жара, особенно в голове и руках; выраженный гипергидроз, иногда потрясающий озноб. Руки «мерзнут», холодно на ощупь, дыхание кажется затрудненным («что-то мешает вдохнуть»), беспокоят сердцебиения и боли в сердце. В конце приступа иногда отмечается императивный позыв к мочеиспусканию.

У 10 наших больных приступ начинался с патологической сонливости. Появление зевоты служило предвестником тяжелого приступа. В конце его иногда отмечается сильное чувство голода или жажды. Подобных наблюдений мы не встретили в доступной литературе.

Боли в области шеи появляются обычно спустя несколько месяцев, а то и лет, после развития церебральной симптоматики. У 109 наших больных эти шейные боли были резко выражены; и лишь у одного больного было только ощущение «усталости шеи». Бэрчи-Роше считает важным усиление болей при ношении пальто. Шейные боли у наших больных чаще были односторонними, усиливались при движениях головы и были более выражены ночью и утром. Очень часто (в 70%) боли сопровождаются «треском», «хрустом» в шее, иррадиируют в надплечье, руку, пальцы. Многие больные отмечают онемение и слабость в большой руке, парестезии в области шеи («шея как бы утолщена», «стянута»).

Неприятные ощущения в области глотки у больных шейной мигренью не составляют редкости. Некоторые авторы говорят о фарингеальной мигрени. Больные жалуются на сухость в горле, поперхивание при еде, ощущение инородного тела в горле («трудно глотать»).

74,5% наших больных жаловались на снижение памяти, иногда в резкой степени. У многих наблюдается изменение характера: больные становятся раздражительными, плаксивыми. Возможна и выраженная депрессия.

Очень частой (в 80,9%) жалобой является плохой сон: долго не удается заснуть из-за болей, всякое положение головы оказывается неудобным, заснуть удается только при определенном положении подушки («Kissensymptom» немецких авторов) или без подушек.

Многие жалуются на боли в сердце, причем эти ощущения совпадают обычно с головной болью, а иногда усиливаются при движениях головы (за счет раздражения симпатикуса). Параде, Рейшауер и др. считают, что при постановке диагноза «невроз сердца» в ряде случаев следует иметь в виду необходимость дифференцировать это заболевание от шейной мигрени.

При выяснении причин шейной мигрени следует иметь в виду, что деформации позвоночника встречаются часто, ничем себя не проявляя. У 31 больного (из 96) заболеванием нетравматической шейной мигрени, по нашим наблюдениям, предшествовали ревматизм, общие инфекции, нарушения обмена веществ, климакс, психотравма. У остальных больных каких-либо заболеваний, предшествующих данному и связанным с ним, установить не удалось.

Объективные симптомы при шейной мигрени весьма разнообразны. Шеан, Бауер, Мейер описывают даже внезапные параличи конечностей, нарушения чувствительности по гемитипу, бульбарные нарушения, мозжечковые знаки, сужение полей зрения.

У большинства наблюдается синдром тройничного нерва на больной стороне: болевые точки, гипестезия, снижение корнеального рефлекса. Нередко также наблюдается снижение остроты зрения на больной стороне (22,7%). В литературе мы нашли мало указаний на сужение полей зрения, по нашим же данным оно наблюдалось у 23,6% больных в достаточно выраженной степени. Поскольку речь идет о поражении заднего шейного симпатикуса, синдром Клода Бернара мало характерен, но все же имеется на больной стороне у 15,5% наших больных. Реже встречался нистагм при взгляде в стороны (в 8,2%).

Нарушения слуха при шейной мигрени довольно часты. В 18,2% случаев они обнаружены даже и там, где больные жалоб на слух не предъявляли. Исследование по слуховой формуле выявляло на больной стороне (очень редко — с обеих сторон) снижение слуха по типу неврита VIII пары.

Движения головы весьма болезненны, особенно назад и в больную сторону. Кашель, чихание усиливают боли («кашлевой симптом»), очень часто налицо симптомы Квакенштедта, Спурлинга (боль в шее с иррадиацией в голову при осевом давлении на голову). Выражены болевые точки остистых отростков, паравертебральные точки, болезненность при перкуссии на уровне пораженных дисков, точки большого и малого затылочного нервов, несколько реже — точки Эрба, над- и подключичные.

Нарушения чувствительности отсутствовали лишь у одного больного и проявлялись в гипестезии или реже (в 20%) гиперестезии по радикулярному типу, преимущественно односторонней с поражением C<sub>1</sub>—C<sub>6</sub> сегментов. У 30% больных мы установили снижение силы в верхней конечности на больной стороне. Разница в проприоцептивных рефлексах (понижение их на больной руке) обнаруживается нечасто. У 80% наших больных в позе Ромберга (обычной или усложненной) выявлялась неустойчивость с падением в больную сторону. Иногда наблюдались и мозжечковые расстройства: ошибки при пальце-носовой пробе на больной стороне, легкий интенционный тремор, у троих появлялась даже «мозжечковая походка» на высоте головных болей. Эти симптомы, связанные с нарушениями кровообращения в задней черепной ямке, давали иногда повод предполагать первичное страдание мозжечка.

Исследование мышечного тонуса пальпаторно и миотометром полностью подтвердило данные И. И. Русецкого, рассматривающего мышечную гипотонию как один из самых ранних признаков поражения отрезков спинальной тонической дуги. По нашим наблюдениям, гипотония шейно-затылочных мышц на больной стороне — признак, весьма ценный в том отношении, что появляется рано и опережает иногда болевые и чувствительные нарушения в области шеи. Иногда выявляется также гипотония длинных мышц спины и *m. brachioradialis* на той же стороне.

У 25,5% больных мы обнаружили сколиоз шейного отдела позвоночника, у 46,4% — асимметрию стояния плеча на больной стороне (опущено или приподнято). Пихлер считает важным признаком незаметное для больного похудание мышц группы *trapezius* на больной руке — нами этот симптом выявлен у 22,7% больных. Много реже встречается гипотрофия шейно-затылочных мышц.

Плече-лопаточный периартрит рассматривается как результат шейного остеохондроза (Моргенштерн, Экнер и др.). Больные с *periarthritis humero-scapularis* попадают чаще к ортопедам; мы наблюдали развитие периартрита у 3 больных шейной мигрени.

Нельзя не упомянуть и о вегетативных изменениях при шейной мигрени. Они наблюдаются часто в виде извращения рефлекса Данини — Ашнера, особенностей орто- и клиностатических проб, асимметрии дермографизма на больной и здоровой сторонах, значительной термоасимметрии (иногда на 1,5°—2,0° при исследовании кожным электротермометром).

Особого внимания заслуживает состояние АД. В 30,9% нами обнаружена артериальная гипертония и в таком же проценте случаев — гипотония, причем на больной стороне артериальное плечевое давление было, как правило, выше (редко ниже), чем на здоровой стороне. Иногда разница достигала 25 мм, в особенности во время приступа. Еще более отчетливы изменения височно-плечевого коэффициента. М. М. Балаян, Н. С. Белоногова и др. не упоминают об изменении этого коэффициента при шейной мигрени. По нашим данным, височно-плечевой коэффициент был у 48,2% больных значительно повышен (иногда до 1,0—1,5), а в 10% снижен до 0,2—0,3. Это дает основание полагать, что так называемые сосудистые дистонии во многих случаях связаны с остеофитами шейного отдела позвоночника (воздействие на а. и п. *vertebralis*). Такая точка зрения находит в литературе все больше приверженцев.

При исследовании электровозбудимости мышц шейно-затылочных и радиального края предплечья определяются на больной стороне количественные, а иногда и ка-

чественные изменения. Данные электроэнцефалографии (снижение  $\alpha$ -ритма, изменения корковой возбудимости) указывают на значительную реакцию коры головного мозга.

На рентгенограммах шейного отдела позвоночника в подавляющем большинстве случаев обнаруживаются отчетливые деформирующие изменения «унко-вертебральных сочленений». Наличие этих изменений подтверждает диагноз, однако отсутствие их не исключает его, поскольку рентгенологически выявляемые изменения иногда возникают значительно позже клинических. Поэтому вопрос о диагнозе решает клиническая картина. Весьма желательна обзорная рентгенография черепа: у 38,3% наших больных определяется значительное усиление сосудистого рисунка.

Методы лечения шейной мигрени еще не достаточно разработаны. Могут быть рекомендованы поперечный электрофорез с новокаином на шейный (а не на шейно-грудной, как принято) отдел позвоночника в чередовании с диатермией по той же методике, радоновые ванны, инъекции витаминов В<sub>12</sub>, В<sub>1</sub>, шейные паравертебральные обкалывания спиртово-новокаиновым раствором (внутрикожные и глубокие), алоэ, димедрол, анальгетики, седативные и общеукрепляющие средства. Очень полезны горчишки на шейно-затылочную область, а на ночь можно рекомендовать подкладывание нагретого мешочка с песком под шею, чем достигается и тепловой эффект и ограничение движений. В замученных случаях показана глубокая рентгенотерапия шейного отдела позвоночника — с весьма благоприятным эффектом. Лечение вытяжением, новокаиновая блокада звездчатого узла дают кратковременный эффект. Очень важно рациональное трудоустройство больных. В случаях незначительной давности заболевания терапевтический эффект лучше. По нашим наблюдениям, из 58 больных, леченных стационарно, выписано без эффекта лишь 3 больных (5,3%), 11 (18,9%) выписано с улучшением, а 44 (75,7%) — со значительным улучшением.

Основной вывод из всех наших наблюдений: шейная мигрень встречается довольно часто, имеет весьма обширную симптоматику и мало известна широкому кругу врачей. Своевременная диагностика может обеспечить успешную терапию шейной мигрени.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнов А. И. и Бротман М. К. Нов. хир. арх., 1960, 2. — 2. Балаян М. М. Тр. Укр. психоневр. ин-та, 1961, т. XXXII. — 3. Верещагин Н. В. Неврол. и псих. им. Корсакова, 1961, 9. — 4. Динабург А. Д. и Трещинский А. И. Невропат. и псих., 1955, 35, 10. — 5. Лапг-Белоголова Н. С. Клин. мед., 1948, 3. — 6. Пинчук В. К. Изменения нервной системы при деформирующем спондилезе шейного отдела позвоночника, Автореф. канд. дисс., Л., 1961. — 7. Попелянский Я. Ю. Невропат. и псих., 1959, 6. — 8. Русецкий И. И., Александрова Л. И., Андреева М. Н. Совр. невро. псих. и психогигиена, 1932, 1. — 9. Русецкий И. И. Сов. мед., 1946, 7. — 10. Bärtschi-Roschaix. Migräne cervicale. 1949. — 11. Barre J. A. Rev. neurol., 1926, 6. — 12. Campbell A. M., Phillips D. G. Brit. med. J., 1960, 5197. — 13. Exner G. Die Halswirbelsäule, Pathologie und Klinik. Stuttgart, 1954. — 14. Heyck H. Der Kopfschmerz. Stuttgart, 1959. — 15. Jackson K. The cervical syndrom. Springfield, 1959. — 16. Kroghdahl, Torgersen. Acta radiol., 1940, 21. — 17. Kunert W. Dtsch. Arch. klin. Med., 1957, 4. — 18. Lieon. Rev. neurol., 1928, 2. — 19. Morgenstern, Parade, Reischauer. В кн.: Die cervicale vertebrale-syndrome (Referate, Vorträge und Aussprache der III. Tagung der Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen in Essen. 18/IX 1954). — 20. Pia H. W., Tonnis W. Dtsch. med. Wschr., 1953, 78, 1089. — 21. Pichler E. Der Kopfschmerz. Wien, 1952. — 22. Schehan S., Baüner R., Meyer J. Neurologie, 1960, 10, 11.

Поступила 9 марта 1962 г.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ОБЩЕГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

*В. А. Дьячкова и Т. Я. Крапивина*

Акушерско-гинекологическая клиника (зав.— проф. А. М. Фой) лечебного факультета Саратовского медицинского института и анестезиологическое отделение 1-й клинической больницы Саратова

Из всех видов обезболивания, распространенных в настоящее время, общеприимным является поверхностный или даже анальгетический наркоз, который стал возможным в связи с введением в практику мышечных релаксантов. Последние, расслабляя мускулатуру, создают благоприятные условия для операции при минимальной подаче наркотического вещества. При этом угнетение дыхания, сердечной деятельно-