

НЕВРОЛОГИЯ ПСИХИАТРИЯ ПСИХОСОМАТИКА

Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ

акад. РАМН Н.Н. Яхно

SCIENCE EDITOR

Acad. RAMS N.N. Yakhno

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

д.м.н., проф. В.А. Парфенов

EDITOR-IN-CHIEF

Prof. V.A. Parfenov, MD

Заместитель главного редактора

к.м.н., доцент Н.Л. Зуйкова

д.м.н., проф. Н.А. Тювина

Deputy Editor-in-Chief

N.L. Zuikova, PhD

Prof. N.A. Tyuvina, MD

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

д.м.н., проф. Г.Н. Бельская (Челябинск)

д.м.н., проф. А.Е. Бобров (Москва)

к.м.н., доцент А.М. Бурно (Москва)

д.м.н., проф. П.Н. Власов (Москва)

д.м.н., проф. Т.Г. Вознесенская (Москва)

к.м.н. Л.И. Волкова (Екатеринбург)

д.м.н., проф. С.И. Гаврилова (Москва)

д.м.н. В.В. Захаров (Москва)

д.м.н., проф. А.С. Кадыков (Москва)

д.м.н., проф. В.Б. Ласков (Курск)

А.Г. Меркин (Москва)

д.п.н., проф. Ю.В. Микадзе (Москва)

к.м.н. Е.М. Наркевич (Москва)

д.м.н., проф. Е.В. Ощепкова (Москва)

д.м.н. И.С. Преображенская (Москва)

д.м.н. А.П. Рачин (Смоленск)

д.м.н., проф. Л.В. Ромасенко (Москва)

д.м.н., проф. А.В. Фоянкин (Москва)

EDITORIAL BOARD

Prof. G.N. Belskaya, MD (Chelyabinsk)

Prof. A.E. Bobrov, MD (Moscow)

A.M. Burno, PhD (Moscow)

Prof. A.V. Fonyakin, MD (Moscow)

Prof. S.I. Gavrilova, MD (Moscow)

Prof. A.S. Kadykov, MD (Moscow)

Prof. V.B. Laskov, MD (Kursk)

A.G. Merkin (Moscow)

Prof. Y.V. Mikadze, MD (Moscow)

E.M. Narkevich, PhD (Moscow)

Prof. E.V. Oschepkova, MD (Moscow)

I.S. Preobrazhenskaya, MD (Moscow)

A.P. Rachin, MD (Smolensk)

Prof. L.V. Romasenko, MD (Moscow)

Prof. P.N. Vlasov, MD (Moscow)

L.I. Volkova, PhD (Ekaterinburg)

Prof. T.G. Voznesenskaya, MD (Moscow)

V.V. Zakharov, MD (Moscow)

1
2011

Предпечатная подготовка: ООО «ИМА-ПРЕСС»

Адрес редакции: 123104, Москва, а/я 68,
ООО «ИМА-ПРЕСС». Телефон: (495) 941-99-61;
e-mail: info@ima-press.net

сайт издательства: <http://www.ima-press.net>

При перепечатке материалов ссылка на журнал
обязательна. Мнение редакции может не совпадать
с точкой зрения авторов публикуемых материалов.
Ответственность за содержание рекламы несут
рекламодатели.

Журнал зарегистрирован Федеральной службой
по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.
ПИ № ФС 77-35419 от 20 февраля 2009 г., перерегистри-
рован ПИ № ФС 77-44207 от 15 марта 2011 г.

Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика,
2011, №1, 1–80.

Отпечатано в типографии «Деком».

Тираж 3000 экз.

Подписной индекс — 41239
в каталоге «Пресса России».

ЛЕКЦИЯ

М.В. Замерград, О.А. Мельников

Болезнь Меньера 5

*А.Э. Талыпов, С.С. Петриков,
Ю.В. Пурас, А.А. Солодов, Ю.В. Титова*

Современные методы лечения ушибов головного мозга 8

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

В.А. Парфенов, С.В. Вербицкая

Международные рекомендации по вторичной профилактике ишемического инсульта и их реализация в амбулаторной практике 16

ОБЗОР

Т.В. Дубинина, М.С. Елисеев

Боль в нижней части спины: распространенность, причины, диагностика, лечение 22

В.А. Парфенов, Ю.А. Старчина

Когнитивные нарушения у пациентов с артериальной гипертензией и их лечение 27

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

С.К. Волков, В.А. Парфенов

Инфаркт медиального отдела продолговатого мозга у пациента с патологической извитостью внутренних сонных артерий 34

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И МЕТОДИКИ

Е.И. Чуканова

Современные аспекты эпидемиологии и лечения хронической ишемии мозга на фоне артериальной гипертензии (результаты программы КАЛИПСО) 38

Д.Р. Хасанова, Т.В. Демин

Опыт применения внутривенного тромболитика при ишемическом инсульте в Татарстане 42

И.Г. Тишкова, И.С. Преображенская

Анализ variability сердечного ритма у пациентов с деменцией с тельцами Леви и болезнью Паркинсона 46

М.Р. Нодель

Нарушения сна при болезни Паркинсона 51

Н.В. Тутер, Н.А. Тювина

Клинико-психофизиологический анализ панических атак у пациентов с различными психическими заболеваниями 57

Н.А. Тювина

Дифференциальная диагностика и лечение депрессивных расстройств у женщин в период климактерия 66

Н.Г. Майорова, В.А. Павлов

Клинический опыт применения нейрокса у пациентов с цереброваскулярным заболеванием 71

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

*А.Л. Верткин, А.В. Наумов, С.Р. Шакирова,
Д.М. Заиченко, Н.Н. Владимирова, Е.В. Адонина*

Боль в спине – повод подумать об остеопорозе 75

C O N T E N T S

LECTURE

M.V. Zamergrad, O.A. Melnikov

Meniere’s disease 5

*A.E. Talypov, S.S. Petrikov,
Yu.V. Puras, A.A. Solodov, Yu.V. Titova*

Current treatments for brain contusions 8

CLINICAL RECOMMENDATIONS

V.A. Parfenov, S.V. Verbitskaya

International recommendations for the secondary prevention of ischemic stroke and their realization in outpatient practice 16

T.V. Dubinina, M.S. Eliseyev

Low back pain: prevalence, causes, diagnosis, treatment 22

REVIEW

V.A. Parfenov, Yu.A. Starchina

Cognitive disorders in patients with essential hypertension and their treatment 27

CLINICAL ANALYSIS

S.K. Volkov, V.A. Parfenov

Infarction of the medial medulla oblongata in a patient with pathological tortuosity of the internal carotid arteries 34

ORIGINAL INVESTIGATIONS AND PROCEDURES

E.I. Chukanova

Current aspects of the epidemiology and treatment of chronic brain ischemia in the presence of essential hypertension (results of the CALIPSO program) 38

D.R. Khasanova, T.V. Demin

Experience in using intravenous thrombolysis in ischemic stroke in Tatarstan 42

I.G. Tishkova, I.S. Preobrazhenskaya

Heart rhythm variability analysis in patients with Levy body dementia and in those with Parkinson’s disease 46

M.R. Nodel

Sleep disorders in Parkinson’s disease 51

N.V. Tuter, N.A. Tyuvina

Clinical and psychophysiological analysis of panic attacks in patients with various mental diseases 57

N.A. Tyuvina

The differential diagnosis and treatment of depressive disorders in menopausal women 66

N.G. Mayorova, V.A. Pavlov

Clinical experience with Neurox used in patients with cerebrovascular disease 71

PHARMACOTHERAPY

*A.L. Vertkin, A.V. Naumov, S.R. Shakirova,
D.M. Zaichenko, N.N. Vladimirova, E.V. Adonina*

Back pain is a reason to think about osteoporosis 75

Найз®



**Нестероидный противовоспалительный
препарат нового поколения**
(селективный ингибитор ЦОГ-2)



упаковок препарата с 2002 года

**Доверие,
основанное на опыте**



*** Данные продаж бренда Найз за период
1 квартал 2002 – 1 квартал 2009. Количество указано в упаковках.**

Источник: ЦМИ «Фармэксперт» – Мониторинг розничных продаж ЛС в России

М.В. Замерград^{1,2}, О.А. Мельников¹

¹Медицинский центр Гута-Клиник, ²Первый МГМУ им И.М. Сеченова

Болезнь Меньера

Болезнь Меньера — одна из самых частых причин рецидивирующего вестибулярного головокружения. Несмотря на сравнительно большую распространенность, это заболевание нередко диагностируется поздно, а больные не получают своевременного лечения. В статье приводятся современные диагностические критерии болезни Меньера. Обсуждаются подходы к лечению заболевания, как в период приступа, так и в межприступный период. Подчеркивается роль вестибулярной реабилитации в повышении качества жизни пациентов, страдающих болезнью Меньера.

Ключевые слова: болезнь Меньера, головокружение, вестибулярные расстройства, бетасерк.

Контакты: Максим Валерьевич Замерград zamergrad@gmail.com

Meniere's disease

M. V. Zamergrad^{1,2}, O. A. Melnikov¹

¹Guta-Clinic Medical Center, ²I. M. Sechenov First Moscow State Medical University

Meniere's disease is one of the most common causes of recurrent vestibular vertigo. Despite its comparatively high prevalence, this disease is frequently diagnosed late and patients do not receive timely therapy. The paper gives current diagnostic criteria for Meniere's disease. Approaches to treating the disease in its attack and an interattack interval are discussed. Emphasis is laid on the role of vestibular rehabilitation in increasing the quality of life in patients with Meniere's disease.

Key words: Meniere's disease, vertigo, vestibular disorders, betaserk.

Contact: Maksim Valeryevich Zamergrad zamergrad@gmail.com

Первое описание болезни Меньера было опубликовано ровно 150 лет назад, однако до сих пор это заболевание остается одним из самых загадочных среди многочисленных повреждений внутреннего уха.

Считается, что впервые болезнь Меньера была описана французским врачом Проспером Меньером в 1861 г. В то время преобладало мнение, что головокружение обусловлено исключительно поражением головного мозга. Между тем, уже сравнительно давно была установлена взаимосвязь между повреждением структур среднего и внутреннего уха и снижением слуха. Кроме того, в 1824 г. М. Флоренс опубликовал результаты своего исследования, в котором наблюдал выраженные расстройства координации и глазодвигательные нарушения у голубей после разрушения полукружных каналов внутреннего уха. Начиная с 26 января 1861 г. П. Меньер опубликовал 5 статей, последняя из которых вышла 21 сентября 1861 г., в которых обосновал связь головокружения и снижения слуха с повреждением внутреннего уха. Во многом выводы Меньера были основаны на работах М. Флоренса, а также на собственных клинических наблюдениях. Так, он описал историю болезни молодой женщины, у которой после переохлаждения внезапно развились глухота, сильное головокружение и рвота, провоцируемая любым движением. Через 5 дней женщина умерла, а исследование височных костей при аутопсии выявило геморрагическое содержимое внутри полукружных каналов. При этом никаких изменений в ЦНС обнаружено не было. Эти находки позволили связать глухоту и сильнейшее головокружение с поражением именно внутреннего уха, а не головного мозга [1].

Болезнь Меньера — идиопатическое заболевание внутреннего уха, характеризующееся периодическими присту-

пами системного головокружения, шумом в ушах и развитием нейросенсорной тугоухости [3–5].

Заболевание чаще встречается или, возможно, чаще диагностируется в экономически развитых странах [4, 5]. Болезнь, как правило, начинается в среднем возрасте (30–50 лет); мужчины и женщины болеют одинаково часто [2–5].

Этиология и патогенез

Этиология и патогенез болезни Меньера по-прежнему недостаточно изучены. На сегодняшний день развитие болезни Меньера связывают с идиопатическим эндолимфатическим гидропсом, который представляет собой увеличение объема эндолимфы, заполняющей перепончатый лабиринт внутреннего уха и вызывающей растяжение рейснеровой мембраны. Полагают, что объем эндолимфы увеличивается вследствие нарушения ее резорбции в эндолимфатическом мешочке [4]. В свою очередь резорбция эндолимфы может быть обусловлена врожденными или приобретенными причинами. Врожденные нарушения редки; примером может служить дисплазия Мондини (недоразвитие улитки). Приобретенный эндолимфатический гидропс связывают, в частности, с инфекционными, аутоиммунными, травматическими и метаболическими причинами, однако ни одна из них не получила достаточных доказательств. Более того, известно что эндолимфатический гидропс может протекать бессимптомно, например в тех случаях, когда он не прогрессирует и не приводит к разрыву рейснеровой мембраны [2, 3, 5–7]. Именно с периодическим разрывом последней, смещением эндо- и перилимфы, попаданием богатой калием эндолимфы в перилимфу с последующей деполаризацией вестибулярного нерва и его перевозбуждением и связывают повторяющиеся приступы головокружения при болезни

ЛЕКЦИЯ

Меньера [2, 4–7]. Снижение слуха и шум в ухе, по-видимому, обусловлены процессами апоптоза и гибели нейронов спирального ганглия [7].

Клиническая картина

Клиническая картина болезни Меньера складывается из приступов вестибулярного головокружения, прогрессирующей нейросенсорной тугоухости, ощущения шума и дискомфорта в ухе [2–5]. В большинстве случаев сначала поражается только одно ухо, однако в дальнейшем у половины больных процесс переходит и на противоположную сторону.

Различают три основных варианта течения заболевания [2–5]. При первом варианте сначала возникают слуховые расстройства, а затем — вестибулярные. При втором (классическом) варианте слуховые и вестибулярные нарушения появляются одновременно, первый приступ головокружения сопровождается снижением слуха и шумом в ухе. При третьем (более редком) варианте течения (вестибулярная форма болезни Меньера) заболевание начинается с приступов вестибулярных головокружений, к которым в течение года присоединяются слуховые расстройства.

В развитии болезни Меньера выделяют три стадии [2, 3]. *Первая (начальная) стадия* заболевания характеризуется периодически возникающим шумом в ухе, ощущением заложенности или распирания, флюктуирующей нейросенсорной тугоухостью. Больного беспокоят периодические приступы вестибулярного головокружения, которые возникают в любое время суток, продолжаются от нескольких минут до нескольких часов, сопровождаются тошнотой и рвотой. Иногда незадолго до приступа усиливается шум в ухе или нарастает заложенность уха. Для первой стадии заболевания характерна флюктуация слуха — его периодическое ухудшение, как правило, перед началом приступа головокружения, и последующее улучшение. Однако с развитием заболевания слух постепенно все больше ухудшается. Некоторые больные сообщают об улучшении слуха сразу же после приступа и последующем его снижении в течение ближайших суток до обычного уровня. Снижение слуха по данным тональной пороговой аудиометрии происходит в диапазоне низких и средних частот, однако в ряде случаев, в самом начале заболевания, пороги слуха могут быть в норме. Спонтанный нистагм регистрируется только во время приступа или в течение суток после его завершения. Интересно, что нистагм во время приступа головокружения может менять направление: в начале приступа, когда преобладает возбуждение вестибулярного нерва, он направлен в сторону пораженного уха, а в последующем, когда развиваются процессы торможения, — в сторону здорового уха.

Вторая стадия характеризуется выраженными клиническими проявлениями. Приступы приобретают типичный для болезни Меньера характер с интенсивным вестибулярным головокружением и выраженными вегетативными проявлениями. Приступы могут возникать ежедневно или несколько раз в месяц. Шум в ушах присутствует постоянно, нередко усиливаясь в момент приступа. Характерно ежедневное ощущение заложенности и дискомфорта в пораженном ухе. По данным тональной пороговой аудиометрии определяется нейросенсорная тугоухость II–III степени, которая сохраняется постоянно. При вестибулометрическом исследовании отмечается выраженная гипорефлексия пораженного лабиринта, в период приступа — гиперрефлексия.

Третья стадия характеризуется урежением приступов головокружения. Больного больше беспокоит ощущение шаткости и неустойчивости. Обычно отмечается стойкая (без флюктуаций) и выраженная нейросенсорная тугоухость. У части больных развиваются так называемые кризы Тумаркина, которые проявляются внезапным падением без головокружения и потери сознания и связываются с повреждением отолитового аппарата. При вестибулометрии наблюдается выраженная гипо- или арефлексия пораженного лабиринта.

Диагноз болезни Меньера основывается на характерных клинических проявлениях заболевания и данных инструментальных методов исследования [2–5, 8]. На сегодняшний день широко используются два способа диагностики гидропса внутреннего уха — дегидратационные пробы и электрокохлеография [8, 9–11].

Дегидратационный тест — косвенный метод диагностики эндолимфатического гидропса [2–5]. Больному проводят тональную пороговую аудиометрию, затем вводят глицерол или другой осмотический диуретик и повторяют аудиометрию через 1; 2; 3; 24 и 48 ч. Проба считается положительной, если через 2–3 ч после приема препарата слух улучшается на 10 дБ и более, по крайней мере, на двух частотах или разборчивость речи улучшается не менее чем на 12%.

Неинвазивная экстратимпанальная электрокохлеография позволяет выявить эндолимфатический гидропс [6, 9]. При электрокохлеографии регистрируется электрическая активность улитки и слухового нерва, возникающая в интервале 1–10 мс после предъявления звукового стимула. Метод высокочувствителен в отношении эндолимфатического гидропса, однако в связи с возможностью бессимптомного гидропса результаты следует оценивать с учетом клинической картины заболевания.

К сожалению, существующие сегодня методы объективной диагностики состояния внутреннего уха не позволяют выявлять достоверные признаки болезни Меньера, поэтому наиболее распространенные диагностические критерии этого заболевания, предложенные Американской академией оториноларингологии, основываются главным образом на клинических проявлениях (см. таблицу) [12].

Дифференциальный диагноз болезни Меньера проводят с другими заболеваниями периферического отдела вестибулярного анализатора: вестибулярным нейронитом, перилимфатической фистулой, доброкачественным позиционным головокружением, лабиринтитом. Первый приступ болезни Меньера, если он не сопровождается слуховыми расстройствами, неотличим от проявлений вестибулярного нейронита. Клинически диагностировать болезнь Меньера помогает повторение приступов головокружения, а также постепенное присоединение и нарастание слуховых расстройств. При дифференциальном диагнозе с заболеваниями центрального отдела вестибулярного анализатора (рассеянным склерозом, цереброваскулярным заболеванием, опухолью ствола мозга и мозжечка, невриномой слухового нерва) ведущее значение имеют исследование неврологического статуса (выявление признаков поражения ЦНС) и методы магнитно-резонансной томографии головного мозга.

Лечение

Лечение болезни Меньера складывается из купирования приступов и их профилактики. Приступ головокружения купируют с помощью вестибулярных супресантов дименгидрината (драмина) в дозе 50–100 мг, бен-

*Диагностические критерии болезни Меньера
(American academy of otolaryngology, 1995 [12])*

зодиазепиновых транквилизаторов (диазепама 5–10 мг внутрь или внутримышечно, лоразепама 1–2,5 мг внутрь) и противорвотных средств (тиэтилперазина 6,5 мг ректально или внутримышечно, метоклопрамида 10 мг внутрь или внутримышечно).

Профилактика рецидивов заболевания включает в себя три основных направления: бессолевую диету (ограничение соли до 1–1,5 г в сутки), длительный прием бетагистина дигидрохлорида (бетасерк) в дозе 48 мг/сут [13, 14] и использование диуретиков (ацетазоламид или гидрохлортиазид в сочетании с триамтереном). Ряд авторов указывают на эффективное применение в комплексной терапии глюкокортикоидов (дексаметазон), которые назначают перорально или интратимпанально в виде инъекций через барабанную перепонку или шунт [15, 16].

Важным компонентом лечения болезни Меньера является вестибулярная реабилитация, которая способствует более эффективной адаптации больного к развившимся в результате болезни дефектам периферического вестибулярного аппарата. Упражнения для вестибулярной гимнастики подбираются индивидуально исходя из особенностей повреждения вестибулярной системы при разных формах и стадиях болезни Меньера. Для ускорения вестибулярной компенсации вместе с вестибулярной гимнастикой назначают бетагистина дигидрохлорид (бетасерк). Этот препарат, блокируя Н₃-рецепторы ЦНС, увеличивает высвобождение нейромедиаторов из нервных окончаний пресинаптической мембраны, оказывая ингибирующее действие на вестибулярные ядра ствола мозга. Экспериментальные исследования показали, что бетасерк ускоряет вестибулярную компенсацию [17]. Бетасерк применяется в дозе 48 мг/сут в течение одного или нескольких месяцев. Вестибулярная гимнастика неэффективна при быстро прогрессирующих формах болезни Меньера с частыми приступами.

При неэффективности консервативного лечения и частых приступах головокружения используют хирургическое лечение [17]. Самые распространенные методы – операция декомпрессии эндолимфатического мешка и интратимпанальное введение гентамицина [3, 11, 17–20]. Гентамицин вводят один (в дозе 20–40 мг/мл) или несколько раз (с интервалом в среднем в 4 нед) до прекращения приступов; после инъекций проводится вестибулярная реабилитация. Сначала используют интратимпанальное введение гентамицина в амбулаторных условиях, и если это не дает положительного результата, то в условиях стационара применяют другие методы лечения. В качестве хирургических методов, помимо декомпрессии эндолимфатического мешка, используют дренаж перилимфатического пространства с помощью фенестрации горизонтального полукружного канала, пересечение вестибулярной порции преддверно-улиткового нерва (ретролабиринтный или ретросигмоидальный доступом), деструкцию вестибулярной части лабиринта методом электрокоагуляции, ультразвуком или лазером с сохранением слуховой функ-

Возможная болезнь Меньера

Приступы вестибулярного головокружения без нарушения слуха, или Нейросенсорная тугоухость в сочетании с расстройствами равновесия
Исключены другие причины заболевания

Вероятная болезнь Меньера

Один приступ головокружения
Снижение слуха, подтвержденное аудиометрией
Шум в ухе или ощущение распирания в ухе
Исключены другие причины заболевания

Достоверная болезнь Меньера

Два или более приступа головокружения длительностью 20 мин или более
Снижение слуха, подтвержденное аудиометрией
Шум в ухе или ощущение распирания в ухе
Исключены другие причины заболевания

ции, удаление перепончатого лабиринта, электрокоагуляцию лабиринта после фенестрации горизонтального полукружного канала, полное пересечение преддверно-улиткового нерва. В настоящее время все реже применяют деструктивные методы хирургического лечения [21].

В качестве примера диагностики и лечения болезни Меньера приводим следующее клиническое наблюдение.

Больная М., 48 лет, домохозяйка, днем внезапно почувствовала головокружение в виде вращения окружающих предметов. Головокружение усиливалось при любых движениях, при открывании глаз, но не проходило и в покое. Помимо головокружения, беспокоила тошнота, через 20–30 мин началась рвота. Кроме того, отмечала выраженную заложенность и ощущение гула в правом ухе. При этом постоянный шум в правом ухе пациентка отмечала в течение последнего года. Он появился исподволь и не прекращался, а с началом приступа головокружения значительно усилился.

Была вызвана бригада скорой медицинской помощи. При осмотре больной выявлен спонтанный горизонтальный нистагм. Введен церукал. Рвота прекратилась, головокружение также уменьшилось, но беспокоило еще в течение 3–4 ч. На следующий день состояние значительно улучшилось: головокружение не беспокоило, лишь при ходьбе отмечалась легкая неустойчивость, усиливающаяся при резких, быстрых движениях. Кроме того, сохранялся шум в ухе.

Через 3 дня пациентка обратилась в поликлинику к неврологу. При исследовании неврологического статуса очаговых неврологических симптомов не выявлено. Пациентка продолжала жаловаться на умеренный, но постоянный шум в правом ухе. При осмотре оториноларингологом обнаружена латерализация звука при пробе Вебера с камертоном (512 Гц) в левое ухо. При тональной пороговой аудиометрии выявлено небольшое снижение слуха справа преимущественно на низких частотах (восходящий тип кривой). На основании клинической картины и данных аудиометрии поставлен предварительный диагноз: болезнь Меньера, правостороннее поражение.

В дальнейшем приступы головокружения периодически повторялись в среднем один раз в 3–6 мес. Было назначено лечение: бессолевая диета, бетасерк в дозе 48 мг/сут длительно. На этом фоне приступы головокружения почти прекратились, однако шум в ухе и снижение слуха справа сохранялись.