

УДК 616.8-08-039.57

ОШИБКИ В АМБУЛАТОРНОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. ЧАСТЬ I

Д. В. Кандыба

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

MISTAKES IN OUTPATIENT NEUROLOGICAL PRACTICE. PART I

D. V. Kandyba

North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

© Д. В. Кандыба, 2015 г.

Использование устаревшей медицинской информации и недостаточная осведомленность семейных врачей и неврологов о результатах современных научных и клинических исследований приводят к росту затрат на необоснованные обследования и к ошибочной терапевтической тактике. Отсутствие новых и регулярно обновляющихся отечественных национальных клинических рекомендаций, а также стандартов диагностики и лечения неврологических заболеваний и синдромов, ведет к широкой вариабельности действий врача в амбулаторной практике. В условиях, когда нет четкой единой стандартизации в ведении неврологических больных, а применение принципов доказательной медицины не является правилом, в среде врачей амбулаторной практики формируется почва для заблуждений и сохраняются противоречия между отечественными и международными клиническими подходами.

Ключевые слова: неврологические ошибки, головная боль, головокружение, боль в спине, синдром запястного канала.

The use of outdated medical information and lack of awareness of family physicians and neurologists on the results of modern scientific and clinical research has led to a rise in the cost of unjustified inspections and wrong therapeutic tactics. The absence of new and regularly updated national clinical guidelines and standards for the diagnosis and treatment of neurological diseases and syndromes, leads to a wide variability of the actions of the physician in outpatient practice. In circumstances where there is no clear and unified standardization in the management of neurological patients, and the application of the principles of evidence-based medicine is not the rule, in the environment of outpatient physicians practice formed the basis for delusions and the gap between domestic and international clinical approaches.

Keywords: neurological mistakes, headache, dizziness/vertigo, back pain, carpal tunnel syndrome.

Введение. Необходимость данной публикации возникла в результате многолетнего преподавания вопросов неврологии, включенных в программы дополнительного профессионального образования, предназначенных для семейных врачей, сотрудников отделений медицинской профилактики, а также неврологов, работающих в амбулаторной практике. В результате опросов слушателей циклов усовершенствования и анализа медицинской документации амбулаторных пациентов, можно сделать заключение о регулярности и практически постоянной встречаемости определенных ошибочных представлений, касающихся диагностики и лечения целого ряда неврологических заболеваний и синдромов. Для публикации были выбраны семь основных неврологических тем, по которым ошибочные суждения и диагностические/лечебные ошибки отмечаются наиболее часто: головная боль, головокружение, боль в спине, онемение рук, лечение инсульта на догоспитальном этапе, дисциркуляторная энцефалопатия, сосудистая деменция. Анализ

именно этих неврологических синдромов и заболеваний является наиболее актуальным, поскольку они встречаются у основной части пациентов с неврологическими расстройствами на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи.

Для оценки количества и характера ошибок, допускаемых в амбулаторной неврологической практике, в 2015 году нами было проведено предварительное (до курса лекций) тестирование слушателей циклов дополнительного профессионального образования по семейной медицине. Тесты представляли собой 30 вопросов множественного выбора с одним правильным ответом из 5 возможных и содержали информацию по 7 разделам статьи. Протестировано 57 врачей, работающих в первичном (амбулаторном) звене оказания медицинской помощи, средний возраст которых составил 38,4 года. Среди опрошенных было 46 женщин (80,7%, средний возраст — 37,7 года). Стаж врачебной деятельности опрошенных врачей был в среднем 12,4 года. В результате проведенного тестирования, было выявлено:

1) 5 вопросов по головной боли — правильные ответы составили 29,8%;

2) 2 вопроса по дисциркуляторной энцефалопатии — правильные ответы составили 28,9%;

3) 6 вопросов по инсульту — правильные ответы составили 28,6%;

4) 3 вопроса по онемению рук — правильные ответы составили 23,3%;

5) 4 вопроса по деменции — правильные ответы составили 14,9%;

6) 5 вопросов по боли в спине — правильные ответы составили 13,3%;

7) 5 вопросов по головокружению — правильные ответы составили 12,9%.

Одно из заблуждений, встречающихся в отечественной амбулаторной неврологической практике — представление о том, что патология сосудов мозга и различные формы нарушения мозгового кровообращения являются основными причинами большинства церебральных расстройств. Отсюда вытекает неоправданно широкое использование сосудистых (вазоактивных) и ноотропных препаратов, якобы улучшающих многие функции головного мозга, большинство из которых не обладают убедительной доказательной базой и используются только в странах бывшего Советского Союза. Также не совсем оправдано представление о том, распространенное среди врачей и пациентов, — связь большинства болевых синдромов в области спины, болей и онемения в конечностях с так называемым «остеохондрозом позвоночника». Подобное заблуждение приводит к дополнительным затратам на проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) и ошибочной лечебной тактике с использованием повторных дорогостоящих курсов вертеброневрологической реабилитации в сочетании с медикаментозными средствами низкого уровня доказательности. Анализ современной, преимущественно зарубежной, литературы позволил систематизировать основные эпидемиологические данные об истинной распространенности описанных неврологических расстройств. Современные подходы к диагностике и лечению неврологических заболеваний и синдромов, представленные в данной статье, составлены для практикующих врачей на основе информации наиболее высокого доказательного уровня с использованием международных клинических рекомендаций, систематических обзоров, метаанализов и т. д.

Ошибка 1: наиболее частыми причинами головной боли являются различные варианты сосудисто-мозговых заболеваний и синдромов.

В международной классификации головных болей — цефалгий — третьего пересмотра 2013 года все головные боли подразделены на две основные группы — первичные и вторичные [1]. Первичные головные боли являются следствием идио-

патических расстройств вазомоторной и нервной регуляции при отсутствии анатомических изменений краниальных структур. Это самостоятельные нозологические формы, в которых головные боли являются *первичной и основной жалобой*. Цефалгия, обусловленная органическим поражением головного мозга или других органов и систем, именуется *вторичной* (симптоматической) головной болью. Диагноз вторичной головной боли устанавливается в том случае, если головная боль впервые появляется в тесной связи с другим заболеванием и облегчается при лечении или спонтанной ремиссии этого заболевания [2].

Распространенность вторичных цефалгий не обоснованно переоценивается в отечественной амбулаторной практике, что приводит к гипердиагностике различных видов сосудистой патологии головного мозга, особенно дисциркуляторной энцефалопатии. Не только для врачей амбулаторного звена, но и для многих пациентов характерно связывать головные боли с патологией или спазмом артерий головного мозга или брахицефальных сосудов, что приводит к дополнительным затратам на инструментальное обследование (доплерография, дуплексное сканирование, компьютерная или магнитно-резонансная томография/ангиография головного мозга и др.) и повсеместному неоправданному использованию вазоактивных (винпоцетин, пентоксифиллин, циннаризин и др.) и ноотропных (пирацетам, аминалон, фенотропил и др.) препаратов. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения 2011 года, вторичные головные боли являются поводом для консультации специалистов в 5–12% случаев, находясь в обратной зависимости от уровня экономического развития стран. При этом, около 50% людей с головной болью не обращаются к врачам и занимаются самолечением, что приводит к злоупотреблению лекарственными препаратами и развитию абзусной головной боли, которая занимает первое место среди всех причин вторичной головной боли, достигая в ряде стран 1% в популяции [3].

Низкая осведомленность неврологов в диагностике первичных и вторичных головных болей была показана в работе С. В. Тарасовой и соавт. (2008). В 70% случаев основными причинами хронической цефалгии врачи считали церебральный арахноидит и гипертензионно-гидроцефальный синдром различной этиологии, энцефалопатию посттравматического генеза, дегенеративные заболевания шейного отдела позвоночника и дисциркуляторную энцефалопатию. В то же время, причинно-следственная связь между выявленными при обследовании этих пациентов изменениями и головной болью была доказана авторами лишь у 14%. При дополнительном обследовании специалистом по головной боли, у 86% больных

были диагностированы первичные формы хронической головной боли в виде мигрени (51%), головной боли напряжения (22%) и смешанной цефалгии (13%) [4].

На самом деле наиболее распространенными цефалгиями в популяции являются первичные головные боли, при которых не удается выявить органическую причину боли. В амбулаторной практике именно первичные головные боли составляют около 95% всех видов цефалгий, в то время как вторичные головные боли встречаются только у 5% пациентов [2]. По данным European Headache Federation (2007), в целом частота вторичных форм среди пациентов с жалобами на головные боли не превышает 1–2% у пациентов до 65 лет и составляет около 10–15% у пациентов старше 65 лет. При этом среди первичных головных болей мигрень возникает у 12–16% людей в общей популяции, а головная боль напряжения возникает более чем у 80%, 2–3% которых страдают хронической формой заболевания [3]. В Шотландии врачи общей практики успешно диагностируют и лечат большинство пациентов с первичной головной болью, а направляют на обследование в неврологические клиники всего 2–3% пациентов с подозрением на вторичную головную боль [5].

Наиболее частой формой первичной цефалгии является головная боль напряжения, распространенность которой в популяции варьирует от 30% до 78% по данным различных исследований [2, 6, 7]. Согласно данным L. J. Stovner, C. Andree (2010), эпизодическая головная боль напряжения встречается в среднем у 62,6% жителей Европы, а хроническая головная боль напряжения — у 3,3% [8]. В Дании 78% популяции отмечает эпизодическую головную боль напряжения (возникает не более 15 дней в месяц), 3% страдают хронической головной болью напряжения с частотой более 15 дней в месяц на протяжении 3 месяцев и более [9].

Второе место по частоте среди первичных цефалгий занимает мигрень, распространенность которой составляет от 11% до 25% у женщин и от 4% до 10% у мужчин [2, 6]. В Великобритании мигрень возникает у 15% взрослого населения, чаще у женщин, чем у мужчин (в соотношении 3 : 1) [10]. Европейские эпидемиологические исследования по распространенности основных форм головной боли в популяции, опубликованные в 2010 году, выявили мигрень у 14,7% взрослых пациентов (8% у мужчин и 17,6% у женщин) и у 9,2% детей (5,2% у мальчиков и 9,1% у девочек) [8].

В основе диагностики первичной головной боли лежит тщательный сбор жалоб, подробное уточнение анамнеза и внимательный соматический и неврологический осмотр. При этом, как правило, нет необходимости в консультации специалистов (невролог, офтальмолог, нейрохирург

и др.) и проведении инструментальной диагностики, поскольку результаты обследования не выявляют специфических изменений. Диагностика и лечение большинства форм первичных головных болей могут быть осуществлены врачом общей практики, за исключением специфическихстораживающих симптомов — «сигналов опасности», подробно изложенных в практическом руководстве Т. Дж. Стайнера и соавт. [5].

Ошибочная тактика использования в лечении первичных головных болей таблетированных и инъекционных схем реперфузионной (пентоксифиллин, винпоцетин, циннаризин, ницерголин и др.) и церебропротективной (церебролизин, кортексин, актовегин, цитиколин, янтарная кислота и др.) терапии, практически никогда не оказывает существенного положительного эффекта, а в ряде случаев может усилить клинические проявления. В то же время устранение триггеров (провоцирующих факторов приступа), профилактическое лечение, использование нестероидных противовоспалительных препаратов (ацетилсалициловая кислота, парацетамол, напроксен и др.) при приступах слабой или умеренной интенсивности (менее 7 баллов по визуально-аналоговой шкале) и продолжительностью не более 1 суток, использование триптанов (суматриптан, золмитриптан, элетриптан и др.) при приступах интенсивной и длительной боли, позволяет достаточно эффективно лечить пациентов с мигренью [6, 10]. Основу лечения головной боли напряжения составляют: нестероидные противовоспалительные средства (ибупрофен, диклофенак, кетопрофен и др.), миорелаксанты (тизанидин, толперизон, баклофен), антидепрессанты (амитриптилин, дулоксетин, пароксетин и др.), немедикаментозная терапия: иглорефлексотерапия, массаж, постизометрическая мышечная релаксация, биологическая обратная связь, психотерапия [2, 7, 10].

Ошибка 2: в большинстве случаев системное головокружение вызвано снижением мозгового кровообращения в вертебрально-базилярном сосудистом бассейне.

В данном разделе речь пойдет именно об истинном (системном) вестибулярном головокружении (вертиго), которое является основным симптомом вестибулопатии различного генеза. Несистемное головокружение, требующее отдельного рассмотрения, чаще всего связано с нарушением равновесия невестибулярного (атаксия: мозжечковая, сенситивная, лобная) происхождения, соматическими и психовегетативными заболеваниями, а также патологическими состояниями (гипогликемия, гипоксия, артериальная гипотония, гипопропротеинемия, гиповолемия). В основе первичной клинической диагностики заболеваний, сопровождающихся выраженным головокружением, лежит дифференциация периферического

и центрального вестибулярного синдромов, имеющих свои четкие отличительные характеристики.

Для периферического вестибулярного головокружения характерно:

1) интенсивное пароксизмальное системное головокружение в сочетании с шумом в ухе или снижением слуха, заложенностью в ухе на стороне быстрого компонента нистагма;

2) зависимость головокружения и появления нистагма от перемены положения головы;

3) выраженные вестибуловегетативные реакции (тошнота, рвота, гипергидроз, бледность);

4) спонтанный нистагм равномерной амплитуды, направленный в одну сторону (ирригация/деструкция), всегда бинокулярный, горизонтальный или горизонтально-ротаторный, истощается при пробах и исчезает через 2–3 недели;

5) отклонение туловища и конечностей (с двух сторон) в сторону медленного компонента нистагма. К развитию периферического вестибулярного синдрома чаще всего приводят доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, болезнь или синдром Меньера, вестибулярный нейронит, лабиринтит.

Для центрального вестибулярного синдрома характерно:

1) отсутствие кохлеарных и вегетативных симптомов;

2) менее интенсивное, но более длительное (дни/месяцы) головокружение, чаще не зависящее от изменения положения головы в пространстве;

3) разнообразные виды длительно сохраняющегося спонтанного нистагма (горизонтальный, горизонтально-ротаторный, вертикальный, диагональный, конвергирующий);

4) особенности нистагма: неравномерная амплитуда, может иметь элементы монокулярности, направлен в обе стороны, наблюдается длительно (месяцы/годы), может изменять направление при изменении положения головы, не истощается при пробах;

5) сочетание головокружения с потерей сознания и микроочаговой церебральной симптоматикой. Основными заболеваниями, приводящими к развитию центрального вестибулярного синдрома, являются вертебрально-базилярная недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и его последствия, травма головы или шеи, опухоли ствола мозга или мостомозжечкового угла, демиелинизирующие заболевания мозга, вегетативная дисфункция. Недостаточная осведомленность врачей амбулаторного звена в вопросах определения нозологической принадлежности вестибулярного синдрома приводит к гипердиагностике вертебрально-базилярной недостаточности, что в конечном итоге выражается в необоснованном назначении вазоактивных и ноотропных средств. Диагностиче-

ская ошибка, когда острый изолированный вестибулярный синдром расценивается как ОНМК в вертебрально-базилярном бассейне, приводит к увеличению частоты необоснованной госпитализации.

Головокружение является одной из самых распространенных жалоб в амбулаторной практике и встречается, по данным различных исследований, примерно у 20–40% людей в общей популяции. При этом инсульт составляет всего около 3–7% среди всех причин головокружения [11, 12]. В Германии на протяжении жизни хотя бы однократно, системное (вестибулярное) головокружение испытывают 7,8% людей, а заболеваемость вестибулопатией в течение года составляет 5,2%. При этом системное головокружение в 3 раза чаще отмечается у пожилых лиц и в 3 раза чаще у женщин [13]. Согласно исследованиям, проведенным К. Hanley и соавт. (2001), изолированное системное головокружение связано с вертебрально-базилярной недостаточностью только в 24% случаев [14]. В США головокружение составляет 3,3–4% среди всех причин обращения за неотложной медицинской помощью [15].

Результаты обследования 9472 пациентов с острым вестибулярным синдромом, обратившихся за неотложной помощью, выявили следующие основные причины головокружения: 32,9% случаев — заболевания внутреннего уха, 21,1% — сердечно-сосудистые заболевания, 11,2% — неврологические заболевания (из них 4% сосудистомозговые заболевания), 11% — метаболические расстройства, 7,2% — психические расстройства [15]. В крупном популяционном исследовании, опубликованном К. А. Kerber с соавт. (2006), которое включало 1666 пациентов, поступивших в стационар с изолированным головокружением, изолированный вестибулярный синдром был обусловлен инсультом только у 0,7% [16]. Отдельно было установлено, что у 1245 пациентов, поступивших в стационар с острым головокружением, риск развития инсульта в ближайшие 12 месяцев составил всего 1,42% [17].

Изолированное системное головокружение практически не встречается при сосудисто-мозговых заболеваниях, а в большинстве случаев обусловлено патологией периферического отдела вестибулярного анализатора. Для ОНМК и дисциркуляторной энцефалопатии в вертебрально-базилярном бассейне характерно сочетание центрального вестибулярного синдрома с другими проявлениями вертебрально-базилярной недостаточности: зрительные расстройства (диплопия, гемианопсия, зрительная агнозия), мозжечковая атаксия, нарушение функции черепных нервов (чаще бульбарной группы), двигательные и чувствительные нарушения в конечностях на противоположной (от очага инсульта) стороне, приступы падения и обморочные состояния,

шейно-затылочная головная боль, нарушения памяти. Сосудисто-мозговой генез острого системного головокружения, по результатам различных исследований, подтверждается только в 2–20% случаев и при этом сочетается с очаговыми поражениями ствола мозга и другими симптомами вертебрально-базилярной недостаточности [18]. У пациентов старшей возрастной группы (старше 65 лет) дисциркуляторная причина системного головокружения выявляется чаще, чем у пациентов молодого возраста, а именно в 20% случаев [19].

Недостаточное владение врачами амбулаторной практики основами отоневрологического обследования пациентов с вестибулярным синдромом приводит к необоснованному увеличению расходов на дорогостоящие методы диагностики. В частности, по данным E. Grill с соавт. (2014), МРТ головного мозга необоснованно используется у 71% пациентов с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением [20]. В амбулаторной практике, среди всех причин системного (вестибулярного) головокружения, около 93% случаев приходится на долю доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения, болезни Меньера и вестибулярного нейронита [21]. Наиболее частыми причинами системного головокружения являются: доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение — около 30–40%, вестибулярная мигрень — 7–14%, болезнь Меньера — 10–15%, вестибулярный нейронит (неврит) — 7–9% [22].

По данным различных эпидемиологических исследований, доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение составляет от 17% до 35% всех видов периферических вестибулярных расстройств [23]. Чаще именно это заболевание, лежащее в основе большинства периферических вестибулопатий, является поводом к диагностическим и лечебным ошибкам. В частности, необоснованно широко используются методы рентгенологической, ультразвуковой и томографической диагностики, которые не выявляют специфических для данного заболевания изменений. Вместо дорогостоящих инструментальных методик для амбулаторной диагностики доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения необходимо использовать пробу (маневр) Дикса—Холлпайка, оценивающую дисфункцию заднего полукружного канала. Ошибочной лечебной тактикой при ведении больных с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением можно назвать слишком частое использование вестибулолитиков (антигистаминные препараты и бензодиазепины), вместо более эффективного метода — специальных маневров (Эпли, Семонта, Лемперта, Брандта—Дароффа и др.) репозиционирования отолитов в полукружных каналах [24].

Одной из диагностических ошибок является постановка диагноза «спондилогенный синдром позвоночной артерии» (спондилогенная вертебрально-базилярная недостаточность) при жалобах пациента на короткие (секунды/минуты) приступы изолированного системного головокружения, возникающие при определенном положении головы или поворотах головы в кровати, сгибании и разгибании в шейном отделе позвоночника. На самом деле, основной причиной такого рода головокружения является доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, которое достаточно просто выявляется при проведении пробы Дикса—Холлпайка. Существование синдрома шейного головокружения (cervical vertigo) как отдельного клинико-патогенетического варианта вестибулопатии оспаривается в большинстве крупных публикаций, в связи с недостатком убедительных данных, основанных на принципах доказательной медицины [25, 26].

Если пациент обращается к врачу амбулаторной практики с жалобами на частое или постоянное головокружение, то, скорее всего, будет поставлен диагноз дисциркуляторной энцефалопатии. При диагностике вестибулярных расстройств отмечается гипердиагностика не только хронической сосудисто-мозговой недостаточности в вертебрально-базилярном бассейне, но и транзиторных ишемических атак. К наиболее вероятным причинам жалобы на головокружение у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией можно отнести следующие: шаткость и неустойчивость (мозжечковая или сенситивная атаксия, апраксия ходьбы, паркинсонизм), перенесенные в прошлом ОНМК, в том числе и в вертебрально-базилярном бассейне, присоединение другого (не сосудистого) заболевания вестибулярной системы (доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, болезнь Меньера и др.) [27].

Ошибка 3: основной причиной боли в спине является остеохондроз, протрузия или грыжа межпозвонокового диска.

Боль в нижней части спины (БНС) — боль, мышечное напряжение и/или скованность, локализованная в области спины между XII парой ребер и ягодичными складками с иррадиацией или без иррадиации в нижние конечности. Из-за высокой распространенности и невозможности установить непосредственную структурно-патогенетическую причину боли у большинства пациентов, синдрому БНС (доброкачественная скелетно-мышечная боль в спине) в МКБ-10 придан статус регистрационной категории М 54.5 [28].

Высокий уровень заблуждений в профессиональной медицинской среде относительно причин развития, диагностики и лечения БНС был выявлен в исследовании E. A. Черепанова, A. B. Гладкова (2012). Авторы провели опрос врачей (сред-

ний стаж работы 10 лет) и студентов IV–V курсов медицинского института с помощью специальной анкеты, содержащей 36 заведомо ложных утверждений о позвоночнике и БНС. В результате доля ошибочных ответов среди врачей в среднем составила 63%, а среди студентов — 60% [29].

В большинстве зарубежных клинических рекомендаций подчеркивается отсутствие отчетливой связи между выраженностью морфологических изменений позвоночника и наличием, а также выраженностью болевого синдрома, что особенно касается неспецифической БНС [30–32]. В частности, патология межпозвоночных дисков (протрузии, грыжи) по данным МРТ нередко выявляется у практически здоровых людей, а клинические исследования неоднократно демонстрировали, что выявление патологических изменений в межпозвоночном диске не обязательно предрасполагает к развитию БНС при дальнейшем наблюдении за пациентами [32, 33]. Например, асимптомные протрузии дисков выявляются в 35% случаев в возрастной группе от 25 до 39 лет и в 100% случаев у лиц старше 60 лет [34]. Даже при наличии более грубых дегенеративно-дистрофических изменений в виде вторичного стеноза позвоночного канала клинические проявления этого состояния являются крайне гетерогенными — от асимптомности до синдрома нейрогенной (каудогенной) перемежающейся хромоты [35].

По данным отечественных эпидемиологических исследований, 24,9% активных обращений за амбулаторной помощью лиц трудоспособного возраста связано с БНС [28]. Распространенность различных болевых синдромов в спине следующая: 80–85% — неспецифические БНС, 10–15% — радикулопатии, 1–5% — специфические БНС, обусловленные серьезной патологией [36, 37].

Согласно американским клиническим рекомендациям по диагностике и лечению БНС 2007 года, частота встречаемости основных причин острой БНС в общемедицинской практике следующая: неспецифическая БНС — 85%, симптоматические грыжи межпозвоночных дисков — 4%, компрессионные переломы позвонков — 4%, вторичный стеноз позвоночного канала — 3%, опухоли и метастазы опухолей позвоночника — 0,7%, анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева) — 0,5%, синдром конского хвоста — 0,04%, инфекции — 0,01% [38].

У 10–20% пациентов трудоспособного возраста острая БНС трансформируется в хроническую, а у 25–30% — рецидивирует в течение года [37]. Распространенность хронической БНС варьирует от 15% до 45% в различных странах [39]. В частности, в американской популяции распространенность хронической БНС у людей трудоспособного возраста составляет 15%, а у пожилых людей — 27% [38]. В 2006 году были опубликова-

ны результаты европейского эпидемиологического исследования, проведенного Н. Breivik и соавторами, которое, в том числе, было посвящено выявлению наиболее распространенной локализации хронических болевых синдромов: спина (без уточнения локализации) — 24%, нижняя часть спины — 18%, коленный сустав — 16%, голова — 15%, голень — 14%, суставы (без уточнения локализации) — 10% [39].

В амбулаторной практике необходимо всех пациентов впервые обратившихся с болью в спине разделить на три категории:

1) пациенты с потенциально серьезной патологией (опухоль, инфекция, травма и др.), которая сопровождается БНС — консультация специалиста, инструментальное обследование, госпитализация;

2) пациенты с БНС и радикулопатией — лечение у невролога, МРТ поясничного отдела позвоночника;

3) пациенты с неспецифической БНС — лечение у врача общей практики [31, 38].

Одной из диагностических ошибок при неспецифической БНС является обязательная консультация невролога и выполнение компьютерной томографии или МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника. В большинстве международных клинических рекомендаций подчеркивается, что обследованием и лечением пациентов с неспецифической БНС занимается врач общей практики (семейный врач) [31, 32]. Выполнение дорогостоящего томографического обследования не показано при неспецифической БНС (показано при радикулопатии и признаках серьезной патологии), поскольку данные лучевого обследования не коррелируют с клинической картиной и практически никак не повлияют на лечебную тактику [40]. Согласно международным рекомендациям, даже выполнение рентгенографии поясничного отдела позвоночника при БНС необходимо только в следующих случаях: наличие красных флажков — клинических «знаков угрозы», при острой БНС длительностью более 1 месяца (несмотря на проводимое лечение), всем больным с хронической БНС (длится более 3 месяцев) [31, 38]. В то же время отечественный стандарт медицинской помощи больным с БНС от 2007 года подчеркивает необходимость выполнения рентгенологического обследования всем пациентам с БНС.

Ошибки в амбулаторном лечении больных с неспецифической БНС: ведение данных больных неврологами, ограничение двигательной активности (вплоть до постельного режима), использование фиксирующих корсетов, назначение стероидных противовоспалительных препаратов, использование лечебных медикаментозных блокад, выполнение массажа / мануальной терапии и физиотерапии до выполнения рентгеноло-

гического обследования, использование витаминов группы В и вазоактивных препаратов (пентоксифиллин, никотиновая кислота) у пациентов без радикулопатии, многократные повторные курсы вертеброневрологической реабилитации и стандартного противоболевого медикаментозного лечения вместо назначения amitриптилина или дулоксетина у пациентов с хронической БНС, назначение антиконвульсантов при хронической БНС, крайне редкое использование когнитивно-поведенческой и других видов психотерапии при хронической БНС.

Ошибка 4: чаще всего онемение пальцев рук связано с остеохондрозом или грыжей диска шейного отдела позвоночника.

При этом чувствительные расстройства в руках объясняются поражением спинальных корешков C_{VI} – C_{VII} – C_{VIII} или компрессионно-ишемическим (грыжа диска, экзофит, ретроспондилолистез) поражением шейного утолщения спинного мозга. На самом деле, одной из основных причин жалобы пациентов на онемение в пальцах рук является синдром запястного/карпального канала (carpal tunnel syndrome), представляющий собой компрессионно-ишемическую (туннельную) невропатию дистальной части срединного нерва (n. medianus) в области медиальной поверхности лучезапястного сустава. Сдавление срединного нерва в запястном канале возможно по целому ряду причин:

- 1) утолщение и укорочение связок, особенно поперечной связки запястья (например, у женщин в климактерический период);
- 2) травмы, деформирующие остеоартрозы и артриты в области лучезапястных суставов;
- 3) тендовагиниты сухожилий сгибателей пальцев или воспалительные изменения, связанные с системными аутоиммунными заболеваниями, приводящие к увеличению содержимого запястного канала (туннеля);
- 4) профессиональное перенапряжение мышечно-связочных структур в области предплечья и кисти;
- 5) заболевания эндокринной системы: сахарный диабет, гипотиреоз, акромегалия;
- 6) беременность.

Синдром запястного канала является самым распространенным видом мононевропатии и по разным данным встречается от 1 до 8,2% в общей популяции и у 6–11% лиц физического труда [41, 42]. На долю синдрома запястного канала приходится около 45% среди всех туннельных невропатий [43]. В Нидерландах распространенность синдрома запястного канала составляет 9% у взрослых женщин и 0,6% среди взрослых мужчин [44]. Распространенность синдрома запястного канала в США составляет около 50 случаев на 1000 человек, а заболеваемость 1–3 случая на 1000 человек в год. [45]. В исследовании G. D. Paranicolaou

и соавт. (2001) выявлена распространенность синдрома запястного канала у 3,72% в общей популяции населения США [46]. У пациентов с ревматоидным артритом синдрома запястного канала встречается в 6,8% случаев, а заболеваемость синдрома запястного канала составляет 4,18 на 1000 человек в год [47].

Клинические проявления синдрома запястного канала включают: парестезии (вначале ночные) в области тенара и на ладонной поверхности I–II–III пальцев руки, онемение в этой же зоне, боли в области туннеля с иррадиацией в первые три пальца руки, слабость противопоставления и сгибания первого пальца, редко отмечаются атрофии мышц тенара. Наиболее частыми жалобами пациентов являются парестезии и онемение в зоне иннервации срединного нерва, ощущаемые дистальнее запястного туннеля. Болевые ощущения встречаются крайне редко, что затрудняет раннюю диагностику невропатии, а слабость сгибания и противопоставления первого и второго пальцев, как и атрофии мышц возвышения большого пальца являются проявлениями выраженной стадии заболевания. В большинстве случаев синдром запястного канала выявляется у женщин, отмечается с двух сторон, с некоторым односторонним преобладанием. Если отмечается двустороннее онемение всех пяти пальцев, то это может быть обусловлено сочетанием двух туннельных синдромов для срединного и локтевого нервов в области запястья или полиневропатией рук. Основным методом диагностики синдрома запястного канала является электронейромиография рук, позволяющая уточнить точную локализацию невропатии (запястный канал) и степень поражения сенсорных и моторных волокон срединного нерва. Для определения состояния запястного канала и особенностей анатомического взаимоотношения срединного нерва с окружающими структурами выполняется высокоразрешающее ультразвуковое исследование или МРТ лучезапястной области и запястного (карпального) туннеля.

Наиболее эффективные методики лечения синдрома запястного канала: лечебные блокады в область туннеля с анестетиком и стероидным противовоспалительным средством, физиотерапия, реабилитация, витамины группы В, ипидакрин, сосудистые микроциркуляторные средства (пентоксифиллин, никотиновая кислота), хирургическое (в том числе эндоскопическое) лечение по показаниям. Дополнительно используется ортезная иммобилизация (шинирование) кисти, а также оптимальная организация рабочего места и физического труда с предупреждением дальнейшего сдавления срединного нерва на запястье. При этом хирургическое лечение синдрома запястного канала имеет наибольшую доказательную базу по сравнению с консервативными

методиками терапии, особенно при отсутствии эффекта от лечения на протяжении 7 недель, клинических признаках денервации и выраженных нарушениях проведения импульса, выявленных при проведении электронейромиографии [45, 48].

Литература

1. *The International Classification of Headache Disorders*, 3rd edition. Headache Classification Committee of the IHS // Cephalalgia. — 2013. — Vol. 33. — № 4. — P. 629–808.
2. *Осипова В. В., Табеева Г. Р.* Первичные головные боли. — Москва, 2007. — 60 с. — <http://headache-society.ru/rukovodstva-dlya-spetsialistov>. — Последнее посещение сайта 01.02.2015 г.
3. *ATLAS of Headache disorders and resources in the world 2011*. A collaborative project of World Health Organization and Lifting The Burden. — 35 p. — http://www.who.int/mental_health/management/who_atlas_headache_disorders.pdf. — Последнее посещение сайта 01.02.2015 г.
4. *Тарасова С. В., Амелин А. В., Скоромец А. А.* Распространенность и выявляемость первичных и симптоматических форм хронической ежедневной головной боли // Казанский медицинский журнал. — 2008. — Т. 89. — № 4. — С. 427–431.
5. *Стайнер Т. Дж.* и соавт. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике. Практическое руководство для врачей / Пер. с англ. Ю. Э. Азимовой, В. В. Осиповой. — Москва, 2010. — 37 с. — <http://headache-society.ru/rukovodstva-dlya-spetsialistov>. — Последнее посещение сайта 01.02.2015 г.
6. *Diagnosis and management of headache in adults*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. — 2008. — 88 p. — www.sign.ac.uk. — Последнее посещение сайта 01.02.2015 г.
7. *Есин О. Р., Наприенко М. В., Есин Р. Г.* Современные принципы лечения головной боли напряжения (обзор) // Медицинский альманах. — 2011. — Т. 14. — № 1. — С. 121–125.
8. *Stovner L. J., Andree C.* Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project // J. Headache Pain. — 2010. — Vol. 11. — P. 289–299.
9. *Bendtsen L., Jensen R.* Tension-Type Headache // J. Neurol. Clin. — 2009. — Vol. 27. — P. 525–535.
10. *MacGregor E. A., Steiner T. J., Davies P. T.* Guidelines for All Healthcare Professionals in the Diagnosis and Management of Migraine, Tension-Type Headache, Cluster and Medication-Overuse Headache. — British Association for the Study of Headache, 2010. — 53 p. — www.bash.org.uk.
11. *Della-Morte D., Rundek T.* Dizziness and vertigo // Front Neurol. Neurosci. — 2012. — Vol. 30. — P. 22–25.
12. *Bisdorff A., Bosser G., Gueguen R.* et al. The Epidemiology of Vertigo, Dizziness, and Unsteadiness and Its Links to Co-Morbidities // Front Neurol. — 2013. — Vol. 4. — P. 29.
13. *Neuhauser H. K.* Epidemiology of vestibular vertigo // Neurology. — 2005. — Vol. 65. — P. 898–904.
14. *Hanley K., O'Dowd T., Considine N.* A systematic review of vertigo in primary care // British Journal of General Practice. — 2001. — Vol. 51. — P. 666–671.
15. *Newman-Toker D. E., Hsieh Y. H., Camargo C. A.* et al. Spectrum of dizziness visits to US emergency departments: cross-sectional analysis from a nationally representative sample // Mayo Clin. Proc. — 2008. — Vol. 83. — № 7. — P. 765–775.
16. *Kerber K. A., Brown D. L., Lisabeth L. D.* et al. Stroke among patients with dizziness, vertigo and imbalance in the emergency department: a population-based study // Stroke. — 2006. — Vol. 37. — P. 2484–2487.
17. *Kerber K. A., Zahuranec D. B., Brown D. L.* et al. Stroke risk after nonstroke emergency department dizziness presentations: a population-based cohort study // Ann. Neurol. — 2014. — Vol. 75. — № 6. — P. 899–907.
18. *Замерград М. В.* Вестибулярное головокружение // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2009. — № 1. — С. 14–18.
19. *Lo A. X., Harada C. N.* Geriatric dizziness: evolving diagnostic and therapeutic approaches for the emergency department // Clin. Geriatr. Med. — 2013. — Vol. 29. — № 1. — P. 181–204.
20. *Grill E., Strupp M., Müller M., Jahn K.* Health services utilization of patients with vertigo in primary care: a retrospective cohort study // J. Neurol. — 2014. — Vol. 261. — № 8. — P. 1492–1498.
21. *Hanley K., O'Dowd T.* Symptoms of vertigo in general practice: a prospective study of diagnosis // British Journal of General Practice. — 2002. — Vol. 52. — P. 809–812.
22. *Agrawal Y., Ward B. K., Minor L. B.* Vestibular dysfunction: Prevalence, impact and need for targeted treatment // J. Vestib. Res. — 2013. — Vol. 23. — № 3. — P. 113–117.
23. *Байбакова Е. В.* Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение: диагностика и лечение // Русский медицинский журнал. — 2012. — № 27. — С. 1370–1373.
24. *Bhattacharyya N., Baugh R. F., Orvidas L.* et al. Clinical practice guideline: Benign paroxysmal positional vertigo // Otolaryngol. Head Neck Surg. — 2008. — Vol. 139. — Suppl. 4. — P. 47–81.

25. *Brandt T., Bronstein A. M.* Cervical vertigo // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* — 2001. — Vol. 71. — № 1. — P. 8–12.
26. *Богданов Э. И.* Вестибулярный синдром при нарушениях мозгового кровообращения // *Неврологический журнал.* — 2011. — № 3. — С. 42–53.
27. *Замерград М. В.* Головокружение у пациентов с диагнозом дисциркуляторной энцефалопатии // *Медицинский совет.* — 2014. — № 5. — С. 22–26.
28. *Эрдес Ш. Ф.* Боль в нижней части спины в поликлинической практике // *Практическая медицина.* — 2008. — Т. 25. — № 1. — С. 7–10.
29. *Черепанов Е. А., Гладков А. В.* Распространенность заблуждений о болях в спине в медицинской среде // *Травматология и ортопедия России.* — 2012. — Т. 65. — № 3. — С. 111–117.
30. *Kendrick D., Fielding K., Bentley E. et al.* Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomized controlled trial // *B. M. J.* — 2001. — Vol. 322. — P. 400–405.
31. *Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. et al.* Chapter 3 European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care // *Eur. Spine J.* — 2006. — Vol. 15. — Suppl. 2. — P. 169–191.
32. *Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain. Full guideline. May 2009. National Collaborating Centre for Primary Care* // www.rcgp.org.uk — 240 p. — Последнее посещение сайта 01.02.2015 г.
33. *Дубинина Т. В., Елисеев М. С.* Боль в нижней части спины: распространенность, причины, диагностика, лечение // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* — 2011. — № 1. — С. 22–26.
34. *Подчуфарова Е. В.* Боль в спине: механизмы развития и лечение // *Современная терапия в психиатрии и неврологии.* — 2012. — № 3. — С. 47–54.
35. *Delitto A., George S. Z., Van Dillen L. et al.* Low Back Pain. Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association // *J. Orthop. Sports Phys. Ther.* — 2012. — Vol. 42. — № 4. — P. 1–57.
36. *Камчатнов П. П.* Современные принципы ведения пациентов с болью в нижней части спины // *Клиницист.* — 2008. — № 1. — С. 32–38.
37. *Неврология. Национальное руководство* / под редакцией Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой, А. Б. Гехт. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — С. 431–438.
38. *Chou R., Qaseem A., Snow V. et al.* Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society // *Ann. Intern. Med.* — 2007. — Vol. 147. — № 7. — P. 478–491.
39. *Breivik H., Collett B., Ventafridda V. et al.* Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment // *Eur. J. Pain.* — 2006. — Vol. 10. — P. 287–333.
40. *Gilbert F., Grant A., Gillan M. et al.* Scottish Back Trial Group. Low back pain: influence of early MR imaging or CT on treatment and outcome-multicenter randomized trial // *Radiology.* — 2004. — Vol. 231. — P. 343–351.
41. *Spahn G., Wollny J., Hartmann B. et al.* Metaanalysis for the evaluation of risk factors for carpal tunnel syndrome (CTS) Part II // *Z. Orthop. Unfall.* — 2012. — Vol. 150(5). — P. 516–524.
42. *Богов А. А., Масгутов Р. Ф., Ханнанова И. Г. и соавт.* Синдром запястного (карпального) канала // *Практическая медицина.* — 2014. — Т. 2. — № 4(80). — С. 35–40.
43. *Петухов Н. И.* Туннельные синдромы верхней конечности // *Мануальная терапия.* — 2014. — Т. 2. — № 54. — С. 92–96.
44. *De Krom M. C., De Krom C. J., Spaans F.* Carpal tunnel syndrome: diagnosis, treatment, prevention and its relevance to dentistry // *Ned. Tijdschr. Tandheelkd.* — 2009. — Vol. 116. — № 2. — P. 97–101.
45. *Keith M. W., Masear V., Chung K. et al.* Clinical practice guideline on the treatment of carpal tunnel syndrome. American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2008 // <http://www.aaos.org/Research/guidelines> — 85 p. — Последнее посещение сайта 01.02.2015 г.
46. *Papanicolaou G. D., McCabe S. J., Firrell J.* The prevalence and characteristics of nerve compression symptoms in the general population // *J. Hand Surg. Am.* — 2001. — Vol. 26. — № 3. — P. 460–466.
47. *Lee K. H., Lee C. H., Lee B. G. et al.* The incidence of carpal tunnel syndrome in patients with rheumatoid arthritis // *International Journal of the Rheumatic Diseases.* — 2014. — <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1756-185X.12445/abstract>. — Последнее посещение сайта 01.02.2015 г.
48. *Gerritsen A. A., Scholten R. J., Bertelsmann F. W. et al.* Splinting vs surgery in the treatment of carpal tunnel syndrome: a randomized controlled trial // *JAMA.* — 2002. — Vol. 288. — № 10. — P. 1245–1251.

Информация об авторе:

Кандыба Дмитрий Викторович — д. м. н., профессор кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России

Адрес для контакта: kandiba_d@mail.ru