

Неврологические маски постковидного синдрома



Воскресенская О.Н.¹, Кулеш А.А.², Лебедева Н.В.¹, Локшина А.Б.¹,
Гришина Д.А.¹, Перетечикова А.В.¹, Колоколов О.В.³, Парфенов В.А.¹

¹Кафедра нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского
ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России
(Сеченовский Университет), Москва, Россия; ²кафедра интегративной медицины ФГБОУ ВО

«Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, Пермь, Россия;

³кафедра неврологии им. К.Н. Третьякова ФГБОУ ВО «Саратовский государственный
медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

¹Россия, 119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 1; ²Россия, 614990, Пермь,
ул. Петропавловская, 26; ³Россия, 410012, Саратов, ул. Большая Казачья, 112

Постковидный синдром (ПКС) представляет собой совокупность признаков и симптомов, которые развиваются во время или после коронавирусной инфекции, продолжают более 12 нед и не могут быть объяснены альтернативным диагнозом. В качестве неврологических проявлений ПКС наблюдаются когнитивные нарушения (КН), головокружение, головные и скелетно-мышечные боли. Под маской неврологических проявлений ПКС могут протекать нейродегенеративные заболевания с КН, персистирующее постурально-перцептивное головокружение (ПППГ), хроническая мигрень (ХМ), хроническая неспецифическая боль в спине. Представлены наблюдения пациентов с болезнью Альцгеймера, PPPG, ХМ и лекарственно-индуцированной головной болью (ЛИГБ), хронической скелетно-мышечной болью (ХСМБ). Пациенты длительно наблюдались с диагнозом ПКС, не получая эффективной терапии основного заболевания. Лечение PPPG, ХМ и ЛИГБ, ХСМБ привело к регрессу симптомов, быстрому улучшению состояния пациентов. Длительное сохранение КН, головокружения, хронических болевых синдромов требует тщательного обследования пациентов для выявления других заболеваний, скрывающихся под маской ПКС. Ранняя диагностика и эффективное лечение этих заболеваний позволяют существенно помочь многим пациентам, которые длительно и без эффекта получают лечение по поводу ПКС.

Ключевые слова: постковидный синдром; когнитивные нарушения; болезнь Альцгеймера; головная боль; головокружение; персистирующее постурально-перцептивное головокружение; хроническая мигрень; лекарственно-индуцированная головная боль; хроническая неспецифическая боль в спине.

Контакты: Ольга Николаевна Воскресенская; voskresenskaya_o_n@staff.sechenov.ru

Для ссылки: Воскресенская ОН, Кулеш АА, Лебедева НВ, Локшина АБ, Гришина ДА, Перетечикова АВ, Колоколов ОВ, Парфенов ВА. Неврологические маски постковидного синдрома. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2025;17(3):4–10.
DOI: 10.14412/2074-2711-2025-3-4-10

Neurological masks of post-COVID syndrome

Voskresenskaya O.N.¹, Kulesh A.A.², Lebedeva N.V.¹, Lokshina A.B.¹,
Grishina D.A.¹, Peretechikova A.V.¹, Kolokolov O.V.³, Parfenov V.A.¹

¹Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia (Sechenov University), Moscow; ²Department of Integrative Medicine, Acad. E.A. Vagner Perm State Medical University, Ministry of Health of Russia, Perm; ³K.N. Tretyakov Department of Neurology, Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Ministry of Health of Russia, Saratov

¹11, Rossolimo St., Build. 1, Moscow 119021, Russia; ²26, Petropavlovskaya St., Perm 614990, Russia; ³112, Bolshaya Kazachya St., Saratov 410012, Russia

Post-COVID syndrome (PCS) refers to a constellation of signs and symptoms that develop during or after a coronavirus infection, persist for more than 12 weeks, and cannot be explained by an alternative diagnosis. Neurological manifestations of PCS may include cognitive impairment (CI), dizziness, headaches, and musculoskeletal pain. However, several neurological conditions can mimic PCS, including neurodegenerative diseases with CI, persistent postural-perceptual dizziness (PPPD), chronic migraine (CM), and chronic non-specific back pain.

This article presents case reports of patients with Alzheimer's disease, PPPD, CM, medication-overuse headache (MOH), and chronic musculoskeletal pain (CMSP), who were misdiagnosed with PCS and did not receive effective treatment for their underlying conditions. Targeted therapy for PPPD, CM, MOH, and CMSP led to regression of symptoms and rapid improvement in the patients' condition.

The persistence of cognitive dysfunction, dizziness, and chronic pain syndromes warrants thorough evaluation to identify alternative diagnoses that may be masked by PCS. Early diagnosis and appropriate treatment of these conditions can significantly improve outcomes for many patients who otherwise receive prolonged and ineffective treatment for PCS.

Keywords: post-COVID syndrome; cognitive impairment; Alzheimer's disease; headache; dizziness; persistent postural-perceptual dizziness; chronic migraine; medication-overuse headache; chronic non-specific back pain.

Contact: Olga Nikolaevna Voskresenskaya; voskresenskaya_o_n@staff.sechenov.ru

For reference: Voskresenskaya ON, Kulesh AA, Lebedeva NV, Lokshina AB, Grishina DA, Peretechikova AV, Kolokolov OV, Parfenov VA. Neurological masks of post-COVID syndrome. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2025;17(3):4–10. DOI: 10.14412/2074-2711-2025-3-4-10

В период пандемии COVID-19 были описаны различные неврологические заболевания, развитие которых ассоциировалось с коронавирусной инфекцией (КИ) SARS-CoV-2: энцефалит, церебральный венозный тромбоз, аутоиммунное поражение головного и спинного мозга, синдром обратимой энцефалопатии, синдром Гийена–Барре, краниальная невропатия и др. [1, 2]. В период и после пандемии за консультацией к неврологу часто обращаются пациенты, которые связывают свои жалобы и расстройства с перенесенной КИ [2, 3]. Длительное сохранение этих жалоб и расстройств расценивается врачами как постковидный синдром (ПКС). В соответствии с определением Национального института здравоохранения и совершенствования медицинской помощи Великобритании (UK National Institute for Health and Care Excellence, NICE) 2021 г., ПКС представляет собой совокупность признаков и симптомов, которые развиваются во время или после инфекции, продолжают более 12 нед и не могут быть объяснены альтернативным диагнозом. В числе неврологических проявлений выделяют когнитивные расстройства («ментальный туман»), головокружение, головные и скелетно-мышечные боли, эмоциональные расстройства (тревога и депрессия) [4, 5]. Возможность сохранения этих расстройств в течение нескольких лет вызывает большие сомнения, как и наличие у данного синдрома патогенетической идентичности [6]. Неврологические жалобы и нарушения у пациента, перенесшего КИ, часто вызваны развитием или обострением сочетанного заболевания [2].

Под маской ПКС могут протекать нейродегенеративные заболевания, проявляющиеся когнитивными нарушениями (КН), хронические формы головокружения, боли в спине и головной боли (ГБ). Ранняя диагностика и эффективное лечение этих заболеваний позволяют существенно помочь многим пациентам, которые длительно и без эффекта получают лечение по поводу ПКС.

Когнитивные нарушения

Под маской ПКС может протекать болезнь Альцгеймера (БА), которая редко диагностируется в нашей стране, что отражает следующее наблюдение.

Пациентка К., 68 лет, обратилась в Клинику нервных болезней (КНБ) им. А.Я. Кожеевникова УКБ №3 Сеченовского Университета в октябре 2024 г. в сопровождении дочери с жалобами на снижение памяти на текущие и недавние события, трудности при ориентировке в малознакомой местности, затруднения при расчетах. В ноябре 2021 г. пациентка перенесла КИ. Отмечала выраженную общую слабость, ГБ, температура тела повышалась до 38 °С. Лечилась дома, проводилась симптоматическая терапия. Позже стала отмечать снижение памяти на текущие и недавние события, повышенную утомляемость при умственной работе. Пациентка стала забывать договоренности, названия лекарственных препаратов. Обра-

тилась в поликлинику по месту жительства. Поставлен диагноз: «Постковидный синдром. Хроническая ишемия головного мозга». Были назначены курсы ноотропных и вазоактивных препаратов, однако нарушения памяти продолжали прогрессировать и стали затруднять профессиональную деятельность, пациентка была вынуждена сменить работу с понижением в должности.

В течение 10 лет отмечает стойкое повышение артериального давления (АД) до 150–160/100 мм рт. ст. На фоне приема лозартана 50 мг/сут АД — в пределах нормы. Вредные привычки отрицает. Пациентка имеет высшее образование, по профессии — врач-педиатр, в настоящее время продолжает работать, однако из-за снижения памяти перешла с должности участкового врача на должность специалиста, участвующего в профилактических осмотрах в школах. Разведена, живет одна. Водит автомобиль (ездит только по хорошо знакомому маршруту на работу), полностью себя обслуживает. У мамы пациентки с 60 лет отмечались выраженные КН. При обследовании АД — 130/80 мм рт. ст., частота сердечных сокращений — 62 в минуту, частота дыхательных движений — 16 в минуту.

В неврологическом статусе выявлены в легкой степени рефлексы орального автоматизма (оживлен хоботковый рефлекс). По Краткой шкале оценки психического статуса — 24 из 30 баллов. Познавательная деятельность протекает в замедленном темпе. Тест соединения цифр (часть А) — 75 с (норма до 60 с), тест соединения цифр и букв (часть В) — 140 с (норма до 90 с), что выходит за допустимые для возраста нормативы. Тест на память «12 слов»: непосредственное воспроизведение — 8 слов (5 слов назвала самостоятельно, 3 — с подсказкой), отсроченное воспроизведение — 5 слов (самостоятельно назвала 3 слова, 2 слова — с подсказкой). Снижена эффективность семантических подсказок, что свидетельствует о «гиппокампальном типе» мнестических расстройств. Собственная речь пациентки грамматически правильная. Беглость речи снижена: тест на называние литеальных ассоциаций (слова на букву «с») — 10 слов (норма — более 12 слов). В тесте на семантическую речевую активность пациентка назвала 13 слов, относящихся к категории «животные» (норма — более 15 слов). Номинативная функция речи (называние предъявляемых предметов) не нарушена. В пробе «кулак-ребро-ладонь» выявлены ошибки в виде упрощения программы. Умеренно нарушен конструктивный праксис (неправильно расположены стрелки на циферблате). Гнозис относительно сохранен. Оценка управляющих лобных функций выявила умеренные нарушения (15 баллов из 18 по результату Батарей тестов для оценки лобной дисфункции). Трактовка пословиц и поговорок правильная. Серийный счет умеренно нарушен. Пациентка имеет субклинический уровень тревоги и депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (депрессия — 7 баллов, тревога — 8 баллов).

Таким образом, по результатам нейропсихологического обследования у пациентки выявляются выраженные рас-

стройства мнестических функций по «гиппокамальному типу» в сочетании с умеренными нарушениями управляющих лобных функций и нарушениями конструктивного праксиса. Степень когнитивного дефекта соответствует деменции легкой степени выраженности, так как вследствие КН пациентка была вынуждена перейти на другую работу с понижением в должности.

Дополнительные методы исследования: анализы крови (включая оценку профиля гормонов щитовидной железы, уровень фолиевой кислоты и витамина B_{12}) и мочи не выявили патологических изменений. Дуплексное сканирование магистральных артерий головы: признаки стенозирующего атеросклероза бифуркации левой общей сонной артерии и левой внутренней сонной артерии до 45%, бифуркации правой общей сонной артерии — 40%, правой внутренней сонной артерии — до 45%.

По данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга обнаружена атрофия коры (2-я степень по шкале глобальной кортикальной атрофии), гиппокампы не изменены, церебральная микроангиопатия (2-я степень по шкале Fazekas).

Исследование цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) с помощью электрохемилумinesцентного анализа (Elecsys β -Amyloid (1-42) CSFII, Elecsys Phospho-Tau (181P) CSF, Elecsys Total-Tau CSF; Roche Diagnostics) на анализаторе cobase 601: снижение уровня $A\beta_{1-42}$ до 612,2 пг/мл (норма >1030 пг/мл), повышение уровня общего тау-протеина (tTau) — 1037,0 (норма ≤ 300 пг/мл) и фосфорилированного тау-протеина (pTau) — 104,6 (норма ≤ 27 пг/мл), отношение tTau/ $A\beta_{1-42}$ — 1,694 (норма $\leq 0,28$), отношение pTau/ $A\beta_{1-42}$ — 0,171 (норма $\leq 0,023$). Общий анализ ЦСЖ — без патологии. Заключение: изменения ЦСЖ характерны для БА.

Таким образом, у пациентки под маской ПКС протекала БА с поздним дебютом (стадия легкой деменции). Пациентке даны рекомендации по регулярной физической и умственной активности, разработана индивидуальная программа по когнитивному тренингу, к лечению добавлен донепезил (Алзепил) в дозе 10 мг/сут.

Диагноз БА основывается на типичной клинической картине, проявляющейся постепенным развитием и постоянным прогрессированием когнитивных и нервно-психических нарушений, и исключении других причин расстройств высших психических функций с использованием МРТ головного мозга и некоторых лабораторных анализов [7–9]. В настоящее время возможна точная прижизненная диагностика БА на разных стадиях на основании положительных биологических маркеров заболевания, отражающих патологическое образование бета-амилоида и тау-протеина в головном мозге [8, 9], что отражено в представленном наблюдении. К сожалению, БА редко диагностируется, многие пациенты длительно наблюдаются с диагнозом хронического цереброваскулярного заболевания и не получают необходимого лечения [10].

Ряд исследований указывают на связь между КИ и развитием БА [11]. В качестве возможных патогенетических механизмов обсуждаются повторная реактивация в мозге вируса простого герпеса 1-го типа, снижение концентрации мозгового нейротрофического фактора, эндотелиальная дисфункция, нарушение гематоэнцефалического барьера и нейровоспаление, оксидативный стресс,

гипоперфузия и повреждение белого вещества головного мозга [11–13]. Эти патологические изменения могут инициировать развитие или усилить проявления уже существующей БА.

Персистирующее постурально-перцептивное головокружение

Многие пациенты, перенесшие КИ, предъявляют жалобы на головокружение, которое часто расценивается как проявление ПКС. Персистирующее постурально-перцептивное головокружение (ПППГ) представляет собой наиболее частую причину хронического несистемного головокружения, для него существует эффективное лечение, но часто оно длительно не диагностируется [14], что отражает следующее наблюдение.

Пациентка М., 64 лет, обратилась в КНБ им. А.Я. Кожевникова Сеченовского Университета в ноябре 2024 г. с жалобами на шаткость при ходьбе, усиливающуюся при выходе на улицу, страх падений, ощущение тумана в голове и снижение работоспособности. Пациентка замужем, имеет взрослого сына. Работала бухгалтером. Наследственность по неврологическим заболеваниям неотягощена. Длительное время страдает артериальной гипертензией, получает антигипертензивную терапию (Юперидо 100 мг), поддерживает АД на нормальном уровне. Вредные привычки отрицает. Со слов пациентки и по данным медицинской документации, в сентябре 2022 г. перенесла КИ. Лечилась дома, температура тела повышалась до 38,5 °С, беспокоили ГБ, общая слабость, получала симптоматическую терапию. После нормализации температуры, регресса ГБ стала ощущать «туман» в голове, несистемное головокружение в виде шаткости и качания при ходьбе, значительно усиливавшееся на улице. Пациентка обратилась в поликлинику по месту жительства. Поставлен диагноз: «Постковидный синдром. Цереброваскулярное заболевание головного мозга». При компьютерной томографии (КТ) головного мозга не было выявлено патологических изменений. Получала пирацетам, холина альфосцерат, бетасистина дигидрохлорид, но эффекта не отмечала. В течение нескольких месяцев пациентка продолжала работу, но вследствие шаткости при ходьбе на улице она уволилась с работы, хотя ранее таких планов не строила и собиралась работать еще несколько лет.

В неврологическом статусе очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Позиционные пробы и другие методы отоневрологического обследования — без патологии. Лабораторные обследования — без патологических изменений. МРТ головного мозга — церебральная микроангиопатия (1-я степень по шкале Fazekas). По данным Госпитальной шкалы тревоги и депрессии обнаружены высокий уровень тревожности (11 баллов) при отсутствии депрессии (4 балла). Депрессии не обнаружено и по Шкале депрессии Бека (7 баллов).

Таким образом, у пациентки с легкой церебральной микроангиопатией установлены характерные проявления ПППГ на фоне повышенной тревожности. С пациенткой была проведена образовательная беседа, она информирована о причинах заболевания, его благоприятном прогнозе, отсутствии данных, свидетельствующих о поражении нервной системы КИ. Были назначены комплекс упражнений по вестибулярной реабилитации, эсциталопрам по 10 мг/сут. Через 1 мес у пациентки отмечено существенное улучшение состояния в виде ре-

гресса страха при выходе на улицу, улучшилось субъективное ощущение равновесия, пациентка стала чаще выходить из дома без сопровождения супруга. Через 3 мес пациентка отметила полный регресс неустойчивости, прошли страхи. Было рекомендовано продолжить прием эсциталопрама в течение еще 3 мес, продолжать вестибулярную гимнастику и пешие прогулки.

В клиническом наблюдении под маской ПКС и цереброваскулярного заболевания головного мозга выявлено ПППГ. Проведение образовательной программы, вестибулярная гимнастика, назначение антидепрессанта привели к полному регрессу симптомов. До обращения в КНБ пациентка длительно и без эффекта лечилась по поводу ПКС, была вынуждена уйти с работы.

ПППГ представляет собой функциональное расстройство, проявляющееся неустойчивостью или несистемным головокружением, длящимися 3 мес и более и усугубляющимися в вертикальном положении тела, при активных или пассивных движениях, а также при воздействии сложных зрительных стимулов. ПППГ является самой частой причиной хронического несистемного головокружения [15]. Диагноз ПППГ — клинический, инструментальное обследование направлено на исключение других возможных причин головокружения. При ПППГ большое значение имеют своевременная постановка диагноза, образовательная программа, назначение антидепрессантов при повышенной тревожности и/или депрессии [14, 16], что отражает представленное наблюдение. В период пандемии КИ наблюдалось увеличение числа случаев ПППГ, особенно среди пожилых пациентов. Вероятно, что в развитии ПППГ, как и других функциональных неврологических расстройств, могут иметь значение эмоциональные расстройства, ассоциированные с КИ. В качестве механизма обсуждается снижение активности лобной доли левого полушария головного мозга по данным электроэнцефалографии (ЭЭГ) [17, 18].

Хроническая ежедневная головная боль

ГБ наблюдается у большинства пациентов при КИ, ее сохранение длительное время после перенесенного заболевания нередко расценивается как ПКС, однако под маской ПКС в таких случаях могут протекать первичные формы ГБ, такие как мигрень, головная боль напряжения (ГБН) и лекарственно-индуцированная головная боль (ЛИГБ), что отражает следующее клиническое наблюдение.

Пациентка К., 25 лет, госпитализирована в КНБ им. А.Я. Кожевникова Сеченовского Университета в сентябре 2022 г. с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, нарушение концентрации внимания, кратковременной памяти, ГБ. Первый вид ГБ (мигрень без ауры) пациентка описывала как интенсивную, 8–9 баллов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), пульсирующего характера, одностороннюю, с локализацией в правой височной области, сопровождающуюся тошнотой, фото- и фонофобией, со средней частотой приступов 4 раза в неделю. Также пациентку беспокоила ежедневная ГБ по типу «обруча на голове» (3–4 балла по ВАШ).

Пациентка после окончания школы поступила в медицинский институт. Замужем, имеет одного ребенка. Наслед-

ственность по неврологическим заболеваниям неотягощена. Страдает хроническим пиелонефритом. Вредные привычки: курение (2–4 сигареты в день). Травм и операций не было. Отмечались редкие (1–2 раза в год) приступы ГБ, расцененные врачами как мигрень без ауры, хорошо купирующиеся приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Со слов пациентки и по данным предоставленной медицинской документации, в ноябре 2020 г. перенесла новую КИ. Во время болезни отмечались выраженная общая слабость, повышение температуры тела в течение 4 дней до фебрильных значений, высокоинтенсивная ГБ по типу «шлема, обруча», кашель, потеря обоняния. Пациентка лечилась на дому, КТ органов грудной клетки не выполнялась, получала симптоматическую терапию. После выздоровления и возвращения к учебе у пациентки сохранялись общая слабость и быстрая утомляемость, также она отметила возникшие проблемы с концентрацией внимания, нарушение памяти в виде трудности при запоминании новой информации, приступы мигрени участились до 4 в неделю. Из-за учащения приступов ГБ пациентка была вынуждена потреблять большое количество обезболивающих препаратов (ибупрофен 400 мг, около 20 таблеток в месяц). С вышеописанными жалобами обратилась к неврологу по месту жительства, где был установлен диагноз: «Мигрень без ауры, обострение. Постковидный синдром». Проводилась терапия Танаканом, Адаптолом, Нейробионом в течение 2 мес, без эффекта. Весной 2022 г. самочувствие пациентки ухудшилось на фоне повышенных нагрузок в университете, помимо приступов мигренозной ГБ появилась низкоинтенсивная (3–4 балла по ВАШ), практически ежедневная ГБ давящего характера, сохранялись повышенная утомляемость, нарушение памяти и концентрации внимания, в связи с чем пациентка обратилась в КНБ. При поступлении очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Общий и биохимический анализ крови — без патологических изменений. Данные МРТ головного мозга, ЭЭГ — без патологии.

Шкала депрессии Бека — 10 баллов, Шкала тревоги Спилбергера—Ханина: реактивная тревога — 38 баллов, личностная тревога — 44 балла, по Монреальской шкале оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA-тест) — 28 баллов. В тесте концентрации внимания Мюнстерберга — 13 баллов, по Субъективной шкале оценки астении (Multidimensional Fatigue Inventory, MFI-20) — 69 баллов. По Опроснику для центральной сенситизации (Central Sensitization Inventory, CSI-20) — 46 баллов. На основании жалоб, анамнеза, неврологического статуса, нейропсихологического обследования, лабораторных и инструментальных обследований пациентке был установлен диагноз: «Хроническая мигрень без ауры. Лекарственно-индуцированная головная боль. Астенический синдром. Тревожные нарушения».

В качестве лечения ЛИГБ была рекомендована отмена употребления анальгетиков, проведена терапия дексаметазоном внутривенно в течение 7 дней. В качестве профилактической терапии хронической мигрени пациентке был назначен препарат топирамат 25 мг с последующим увеличением дозы до 100 мг/сут. Проведены сеансы когнитивно-поведенческой терапии, даны рекомендации по когнитивному тренингу. Через 3 мес после начала терапии пациентка отметила значительное улучшение самочувствия, приступы мигрени уменьшились до 1–2 раз в месяц, они снимаются приемом 400 мг ибупрофена, топирамат был отменен. Нормализовались память и концентрация внимания, пациентка продолжает учебу.

В данном наблюдении под маской ПКС протекали мигрень и ЛИГБ, выявление и лечение которых привели к улучшению состояния пациентки. ГБ в период COVID-19 может быть проявлением как основного заболевания, так и существующей ранее первичной ГБ, например мигрени или ГБН [19]. ГБ представляет собой второй по частоте симптом в остром периоде COVID-19, она часто сохраняется длительное время, поэтому расценивается и как характерное проявление ПКС; отмечается возможность развития хронической ежедневной ГБ у пациентов, которые ранее не страдали первичной ГБ [20]. У пациентов с мигренью, перенесших COVID-19, особенно женщин, чаще отмечается сохранение ГБ, чем у пациентов без мигрени [21]. Длительное сохранение ГБ может быть фактором хронического течения мигрени, увеличения приема анальгетиков и развития на этом фоне ЛИГБ, что отмечалось у нашей пациентки. Хроническое течение мигрени после перенесенного COVID-19 отмечают и другие авторы [22]. До пандемии КИ многие пациенты с хронической ежедневной ГБ имели ошибочные диагнозы дисциркуляторной энцефалопатии, синдрома вегетативной дистонии, остеохондроза шейного отдела позвоночника; в настоящее время у многих пациентов с хронической мигренью в качестве ошибочного диагноза предполагается ПКС, при этом пациенты не получают эффективного лечения ни хронической мигрени, ни ЛИГБ [23].

Боль в спине

КИ ассоциируется с повышенным риском развития боли в спине и ее более высокой интенсивностью, что может быть следствием снижения регулярной физической активности, прекращения пеших прогулок, увеличения статических нагрузок, сидячего образа жизни [24]. Многие пациенты связывают боль в шее и спине с перенесенной КИ, однако обследование этих пациентов обычно выявляет неспецифическую (скелетно-мышечную) боль, что отражает следующее клиническое наблюдение.

Пациентка М., 58 лет, госпитализирована в КНБ им. А.Я. Кожевникова Сеченовского Университета в мае 2024 г. При обращении пациентка предъявляла жалобы на боль во всех отделах спины, иногда с иррадиацией в левую ногу до 5 баллов по ВАШ, быструю утомляемость. Наследственность по неврологическим заболеваниям неотягощена. Имеет одного ребенка. Работает воспитателем в детском саду. Хронические заболевания: артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии. Вредные привычки отрицает. Со слов пациентки и по данным предоставленной медицинской документации, в ноябре 2022 г. перенесла новую КИ. Во время болезни отмечала следующие симптомы: повышение температуры тела до фебрильных значений, выраженную общую слабость, диффузную боль в мышцах, снижение обоняния и вкуса, диарею, ноющую боль в пояснице. Пациентка лечилась на дому, КТ органов грудной клетки не выполнялась, получала симптоматическую терапию. Пациентка сообщила, что после выздоровления и возвращения к работе она отметила постоянную боль в поясничном, затем в шейном и грудном отделах позвоночника, которая усиливалась к концу дня и периодически распространялась в левую ногу. Прием НПВП и миорелаксантов давал кратковременный положительный эффект. С вышеописанными жалобами паци-

ентка обращалась к неврологам по месту жительства, специалисты предполагали связь распространенного болевого синдрома с перенесенным COVID-19, поэтому был поставлен диагноз: «Постковидный синдром. Цервикалгия. Торакалгия. Люмбагия». Лечение витаминами, Берлитионом, НПВП — без существенного эффекта. Ухудшение самочувствия пациентка отметила осенью 2023 г., когда амбулаторно выполнила МРТ всех отделов позвоночника и при исследовании пояснично-крестцового позвоночника у нее была выявлена грыжа диска L_{IV-V} размером 6 мм, протрузия L_V—S_I до 4 мм.

При поступлении в КНБ не выявлено очаговых неврологических нарушений. Не обнаружено ограничений объема движений в шейном, грудном и поясничном отделах позвоночника. Отмечены асимметрия ягодичных складок, болезненность при пальпации в проекции крестцово-подвздошного сочленения (КПС) и грушевидной мышцы слева, болезненность при пальпации мышц шеи и плечевого пояса, положительная проба Патрика и проба на distraction КПС слева. Симптомы натяжения нервных корешков отрицательные, рефлексы сохранены.

Общий и биохимический анализ крови — без патологических изменений. Электронейромиография левого малоберцового нерва: проведение по двигательным волокнам в дистальных отделах, проведение по быстропроводящим сенсорным волокнам, параметры амплитуд М- и S-ответов — в пределах нормы. КТ органов грудной клетки — патологических изменений не выявлено. Оценка по Шкале депрессии Бека — 6 баллов. По Шкале тревоги Спилберга—Ханина: реактивная тревога — 38 баллов, личностная тревога — 43 балла. По шкале MFI-20 — 44 балла, по шкале CSI-20 — 34 балла. На основании жалоб, анамнеза, неврологического статуса, нейропсихологического обследования, лабораторных и инструментальных исследований пациентке был установлен диагноз: «Хроническая неспецифическая скелетно-мышечная боль: люмбаишиалгия, обусловленная дисфункцией левого КПС и синдромом грушевидной мышцы; цервикалгия, обусловленная миофасциальным синдромом. Астенический синдром. Тревожные нарушения». С пациенткой была проведена образовательная беседа о причинах боли, их благоприятном прогнозе, целесообразности регулярных лечебных упражнений. Она была консультирована специалистом по кинезиотерапии, подобран комплекс лечебных упражнений, даны рекомендации по эргономике. Пациентке дважды проведены лечебные инъекции с дексаметазоном 8 мг и новокаином 0,5% — 10 мл в проекцию КПС и грушевидной мышцы слева; использовался тизанидин 4 мг на ночь. Через 10 дней боль в спине и ноге полностью прошла. Пациентка стала регулярно использовать лечебные упражнения, соблюдать рекомендации по двигательному режиму во время рабочего дня.

В данном наблюдении под маской ПКС протекала скелетно-мышечная боль, вызванная патологией КПС. Ее выявление и лечение привели к улучшению состояния пациентки. Поражение КПС является частой причиной хронической боли в спине и ноге, в лечении которой эффективны комплексные мероприятия, включающие обезболивание, лечебные упражнения, образовательные программы и психологические методы терапии [25]. Пациентам с хронической болью в спине часто устанавливаются ошибочные диагнозы, а в лечении используются пассивные методы терапии. В таких случаях комплексный подход к лечению, включающий образовательные беседы, кинези-

зиотерапию и фармакотерапию, позволяет добиться быстрого положительного эффекта [26], что отражает представленное наблюдение.

Заключение

За диагнозом ПКС в неврологической практике нередко скрываются БА, ПППГ, мигрень, ЛИГБ, а также не-

специфическая (скелетно-мышечная) боль в спине. Диагностика данных заболеваний остается преимущественно клинической, все они имеют четкие, легко применимые в клинической практике диагностические критерии. Выявление и эффективное лечение заболеваний, протекающих под маской ПКС, представляет собой актуальное направление современной неврологии.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Rogers JP, Watson CJ, Badenoch J, et al. Neurology and neuropsychiatry of COVID-19: a systematic review and meta-analysis of the early literature reveals frequent CNS manifestations and key emerging narratives. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2021 Sep;92(9):932-41. doi: 10.1136/jnnp-2021-326405. Epub 2021 Jun 3.
- Парфенов ВА, Кулеш АА. Острые и отдаленные неврологические нарушения у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2022;14(3):4-11. doi: 10.14412/2074-2711-2022-3-4-11 [Parfenov VA, Kulesh AA. Acute and long-term neurological disorders in patients with coronavirus infection. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2022;14(3):4-11. doi: 10.14412/2074-2711-2022-3-4-11 (In Russ.)].
- Premraj L, Kannapadi NV, Briggs J, et al. Mid and long-term neurological and neuropsychiatric manifestations of post-COVID-19 syndrome: A meta-analysis. *J Neurol Sci*. 2022 Mar 15;434:120162. doi: 10.1016/j.jns.2022.120162. Epub 2022 Jan 29.
- COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2020 Dec 18 Last updated: 25 January 2024. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>
- Stefanou MI, Palaodimou L, Bakola E, et al. Neurological manifestations of long-COVID syndrome: a narrative review. *Ther Adv Chronic Dis*. 2022 Feb 17;13:20406223221076890. doi: 10.1177/20406223221076890
- Takao M, Ohira M. Neurological post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2023 Feb;77(2):72-83. doi: 10.1111/pcn.13481. Epub 2022 Oct 17.
- Petersen RC. How early can we diagnose Alzheimer disease (and is it sufficient)? The 2017 Wartenberg lecture. *Neurology*. 2018 Aug 28;91(9):395-402. doi: 10.1212/WNL.0000000000006088
- Dubois B, Villain N, Frisoni GB, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: recommendations of the International Working Group. *Lancet Neurol*. 2021 Jun;20(6):484-96. doi: 10.1016/S1474-4422(21)00066-1. Epub 2021 Apr 29..
- Jack CR Jr, Andrews JS, Beach TG, et al. Revised criteria for diagnosis and staging of Alzheimer's disease: Alzheimer's Association Workgroup. *Alzheimers Dement*. 2024 Aug;20(8):5143-69. doi: 10.1002/alz.13859. Epub 2024 Jun 27.
- Парфенов ВА, Гришина ДА, Тюрина АЮ. Болезнь Альцгеймера: диагностика и лечение, ошибки при ведении пациентов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(2):95-100. doi: 10.14412/2074-2711-2024-2-95-100 [Parfenov VA, Grishina DA, Tyurina AY. Alzheimer's disease: diagnosis and treatment, errors in patient management. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(2):95-100. doi: 10.14412/2074-2711-2024-2-95-100 (In Russ.)].
- Rudnicka-Drozak E, Drozak P, Mizerski G, et al. Links between COVID-19 and Alzheimer's Disease-What Do We Already Know? *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan 25;20(3):2146. doi: 10.3390/ijerph20032146
- Ciaccio M, Lo Sasso B, Scazzone C, et al. COVID-19 and Alzheimer's Disease. *Brain Sci*. 2021 Feb 27;11(3):305. doi: 10.3390/brain-sci11030305
- Itzhaki RF. COVID-19 and Alzheimer's Disease: What Is the Connection? *J Alzheimers Dis*. 2023;91(4):1273-6. doi: 10.3233/JAD-220955
- Замерград МВ, Парфенов ВА, Остроумова ОД и др. Функциональное головокружение: от диагностических критериев к клиническим портретам и терапии. Согласованное мнение экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(4):4-13. doi: 10.14412/2074-2711-2024-4-4-13 [Zamergrad MV, Parfenov VA, Ostroumova OD, et al. Functional dizziness: from diagnostic criteria to clinical profiles and therapy. Expert consensus. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(4):4-13. doi: 10.14412/2074-2711-2024-4-4-13 (In Russ.)].
- Staab JP. Persistent Postural-Perceptual Dizziness: Review and Update on Key Mechanisms of the Most Common Functional Neuro-otologic Disorder. *Neurol Clin*. 2023 Nov;41(4):647-64. doi: 10.1016/j.ncl.2023.04.003. Epub 2023 Jun 1.
- Webster KE, Harrington-Benton NA, Judd O, et al. Pharmacological interventions for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 Mar 9;3(3):CD015188. doi: 10.1002/14651858.CD015188.pub2
- Li C, Guo D, Ma X, et al. The Impact of Coronavirus Disease 2019 Epidemic on Dizziness/Vertigo Outpatients in a Neurological Clinic in China. *Front Neurol*. 2021 Apr 29;12:663173. doi: 10.3389/fneur.2021.663173
- Li C, Guo D, Liu S, et al. COVID-19 pandemic impacts on the elderly: the relationship between PPPD and prefrontal alpha rhythm. *Int J Neurosci*. 2024 Apr;134(4):341-6. doi: 10.1080/00207454.2022.2102978. Epub 2022 Oct 28.
- Tana C, Bentivegna E, Cho SJ, et al. Long COVID headache. *J Headache Pain*. 2022 Aug 1;23(1):93. doi: 10.1186/s10194-022-01450-8
- Brauer T, Paika S, Kotwani R, Khanna D. Neurological Complications of COVID-19 Infection: A Comprehensive Review. *Cureus*. 2024 Jul 23;16(7):e65192. doi: 10.7759/cureus.65192
- Al-Hassany L, MaassenVan Den Brink A, Kurth T. Sex-related differences in the association between migraine, COVID-19, and long COVID: a population-based cohort. *Front Neurol*. 2025 Mar 21;16:1547893. doi: 10.3389/fneur.2025.1547893
- Magdy R, Elmazny A, Soliman SH, et al. Post-COVID-19 neuropsychiatric manifestations among COVID-19 survivors suffering from migraine: a case-control study. *J Headache Pain*. 2022 Aug 12;23(1):101. doi: 10.1186/s10194-022-01468-y
- Головачева ВА, Головачева АА, Таршилова АР, Осипова ВВ. Типичная практика лечения пациентов с хронической мигренью. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(1S):31-7. doi: 10.14412/2074-2711-2024-1S-31-37 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Tarshilova AR, Osipova VV. Typical clinical practice of treating patients with chronic migraine. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(1S):31-7. doi: 10.14412/2074-2711-2024-1S-31-37 (In Russ.)].

24. Papalia GF, Petrucci G, Russo F, et al. COVID-19 Pandemic Increases the Impact of Low Back Pain: A Systematic Review and Metanalysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Apr 11;19(8):4599. doi: 10.3390/ijerph19084599

25. Парфенов ВА, Головачева ВА, Исайкин АИ и др. Лечение хронической неспецифической (скелетно-мышечной) боли в спине. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(3S):1-16.

doi: 10.14412/2074-2711-2024-3S-1-16 [Parfenov VA, Golovacheva VA, Isaikin AI, et al. Treatment of chronic non-specific (musculoskeletal) back pain. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(3S):1-16. doi: 10.14412/2074-2711-2024-3S-1-16 (In Russ.)].

26. Головачева ВА, Головачева АА, Таршилова АР. Хроническая скелетно-мышечная боль в спине: ошибки при ведении

пациентов и вопросы оптимизации. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(3):103-9. doi: 10.14412/2074-2711-2024-3-103-109 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Tarshilova AR. Chronic musculoskeletal low back pain: mistakes in patient management and optimization issues. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(3):103-9. doi: 10.14412/2074-2711-2024-3-103-109 (In Russ.)].

Поступила / отрецензирована / принята к печати

Received / Reviewed / Accepted

03.03.2025 / 26.05.2025 / 27.05.2025

Заявление о конфликте интересов / Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Воскресенская О.Н. <https://orcid.org/0000-0002-7330-633X>

Кулеш А.А. <https://orcid.org/0000-0001-6061-8118>

Лебедева Н.В. <https://orcid.org/0009-0002-5920-7623>

Локшина А.Б. <https://orcid.org/0000-0001-9467-6244>

Гришина Д.А. <https://orcid.org/0000-0003-2424-3245>

Перетечикова А.В. <https://orcid.org/0009-0009-9984-2147>

Колоколов О.В. <https://orcid.org/0000-0001-6672-6873>

Парфенов В.А. <https://orcid.org/0000-0002-1992-7960>