

Марьенко И.П., Лихачев С.А.

Изолированный периферический вестибулярный синдром в клинике диссекции позвоночной артерии

Неврологический отдел ГУ «Республиканский научно – практический центр неврологии и нейрохирургии Минздрава республики Беларусь», г. Минск

Marenko I.P., Lihachev S.A.

Isolated peripheral vestibular syndrome in the clinic vertebral artery dissection

Резюме

Представлено описание собственного клинического наблюдения случая диссекции церебральных артерий в форме типичного позиционно зависимого рецидивирующего периферического вестибулярного синдрома без другой церебральной симптоматики и установленного на основании вестибулометрического исследования с функциональными тестами. Рассматриваются клинические проявления заболевания, а так же взаимосвязь клинических, вестибулометрических и нейровизуализационных проявлений диссекции позвоночной артерии.

Ключевые слова: диссекция церебральных артерий, головокружение, вестибулометрия с функциональными тестами, позвоночная артерия, нейровизуализация

Summary

Includes description of the own clinical observation of cases dissection of cerebral arteries in the form of a typical positional relationship of recurrent peripheral vestibular syndrome without other cerebral symptoms and established of the vestibulometric studies with functional tests. Discusses the clinical manifestation of the disease, as well as the correlation of clinical, neuroimaging and vestibulometric data of dissection of the vertebral artery.

Keywords: dissection of cerebral arteries, vertigo, vestibulometric studies with functional tests, vertebral artery, neuroimaging

Введение

Клинические проявления диссекции церебральных артерий (ДЦА) весьма вариабельны. Основными нозологическими формами ДЦА считаются транзиторные ишемические атаки (15—20,6%), инфаркты мозга (62,3—84%), субарахноидальные кровоизлияния (23%). Описаны наблюдения ишемической нейропатии зрительного нерва (4%), транзиторной монокулярной слепоты (3%), инфаркты сетчатки (1%), парезы глазодвигательных и лицевого нервов [1, 2]. Типичными проявлениями ДЦА являются: боли в области передней или задней поверхности шеи, лица, головы на стороне поражения, неполный синдром Горнера, пульсирующий шум в ушах, парезы черепных IX—XII пар нервов, другие локальные неврологические симптомы [3, 4]. Атипичные клинические проявления и течение ДЦА при отсутствии церебральной симптоматики вызывает трудности в диагностике, что ведет к неправильной трактовке симптомов и слабовывявлению ДЦА.

Материалы и методы

Обследовано 100 пациентов с проявлениями синдрома позвоночной артерии (СПА). Использовались методы нейровизуализации и УЗИ брахиоцефальных артерий,

транскраниальная доплерография, вестибулометрия. В ходе исследования экстравазальная компрессия ПА выявлена в 42 (42%) случаях, стенозирующее (>20,0%) атеросклеротическое поражение брахиоцефальных артерий (БЦА) в 13 (13%) случаях, нестенозирующее (<20,0%) атеросклеротическое поражение БЦА в 11 (11%) случаев, гемодинамически значимая асимметрия кровотока ПА (>50,0%) в 15 (15%) случаях, отсутствие признаков поражения БЦА в 58 (58%) случаях, в 3 (3%) случаях выявлена ДЦА.

Приводим наблюдение одного из выявленных случаев ДЦА. Пациентка Е., 66 лет, обратилась в лабораторию диагностики вестибулярных дисфункций РНПЦ неврологии и нейрохирургии Минска с жалобами на приступы системного головокружения при укладывании на спину и левый бок, сопровождающиеся головной болью, тошнотой и повторяющейся рвотой. Заболела остро: около 5 дней назад проснулась от сильного системного головокружения, головной боли, тошноты и рвоты. Состояние облегчалось в положении пациентки лежа на левом боку. Накануне приступа чувствовала себя здоровой, провоцирующих факторов не указывает. До момента обращения наблюдалось 3 выше описанных пароксизма. Неврологический статус: без

очаговых знаков, присамостоятельных движенияхголовой вправо и влево головокружения не отмечает. Динамические координаторные пробы без интенции. Походка не изменена.

Результаты и обсуждение

Вестибулометрическое исследование с функциональными тестами[5]: спонтанного нистагма нет. При синокаротидном тесте слева выявляется нистагм, направленный влево без вегетативной реакции. Проба де Клейна слева провоцирует интенсивный нистагм влево без признаков угасания и легкое несистемное головокружение без тошноты и рвоты. При пробе Дикса-Холлпайка слева развился приступ системного головокружения с рвотой и появился горизонтально-ротаторный нистагм без латентного периода, направленный в сторону нижележащего уха без признаков угасания в течении 1 мин[6, 7]. Приступ и нистагм купировались укладыванием пациентки на спину. При повторении пробы Дикса-Холлпайка слева снова развились выше указанные приступ и нистагмическая реакция. Таким образом, вестибулометрия выявила позиционно зависимый периферический вестибулярный синдром слева вероятно сосудистого генеза в стадии декомпенсации. Специальные методы обследования: анализ спинномозговой жидкости без патологии; Ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий и транскраниальная доплерография артерий склеротического поражения брахиоцефальных артерий: стеноз; эхографические признаки стенозирующего в области бифуркации правой общей сонной артерии до 30%, признаки окклюзии левой ПА. МРТ головного мозга: патологических образований в полости черепа и вещества мозга не выявлено. МР-АГ: выражено сужение (вплоть до полной облитерации) просвета левой ПА, признаки изменения в артериях основания мозга, обеих сонных и правой ПА нет. КТ головного мозга посредством технология: дополнительных образований в области мостомозжечковых углов не выявлено. Внутренние слуховые проходы не расширены, симметричны. При КТ-ангиографии определяется аневризма левой средней мозговой артерии (на развилке М1), размером 2,5 мм. Левая ПА визуализируется на участке от большого затылочного отверстия до основной артерии, диаметр ее неравномерный. Проксимальный отдел левой ПА не визуализируется. Пациентка получила консервативное лечение с использованием прямых и непрямых антикоагулянтов, антиагрегантов, ноотропов, антиоксидантов. Привыписка на 14-й день: головокруже-

ния не отмечает, устойчива в позе Ромберга, спонтанного нистагма нет, проба де Клейна и синокаротидный Дикса-Холлпайка слева провоцируют нистагм без головокружения и вегетативных реакций.

Заключение

В наблюдении у пожилой женщины островозник типичный периферический вестибулярный синдром, носящий позиционно зависимый характер без другой церебральной симптоматики, который в дальнейшем стал носить рецидивирующий характер. Так как в межприступном периоде спонтанный нистагм не выявлялся, координация не страдала, а приступы возникали при определенных положениях пациентки, состояние пациентки неврологом поликлиники было расценено как доброкачественное рецидивирующее головокружение. Назначен бетастин, прием которого не принес облегчения. Этиология ДЦА в описываемом наблюдении обусловлена предшествующей бессимптомной системной патологией сосудистой стенки. Наиболее актуальными являются сужение просвета левой ПА. Окклюзия и ирритация левой ПА привели к изменениям более выраженным в рецепторной и проводниковой частях вестибулярного анализатора и носили вазомоторный характер. Это привело к нарастающей гипоксии образованного лабиринта, изменению гемодинамики в нем и нарушению метаболизма нейроэпителия сенсорных зон лабиринта, а так же изменению эндолимфатической функции клеток перепончатого лабиринта и отолитовой мембраны, и проявлялось периферическим позиционно зависимым головокружением. Таким образом, морфофункциональные изменения в различных звеньях вестибулярного анализатора при уменьшении кровотока в сосудах вертебрально-базиллярной системы и их дистонии различной этиологии вызывают различное гистологические изменения, что определяет различные виды, выявляемой вестибулярной дисфункции при ДЦА. ■

И.П. Марьенко кандидат медицинских наук, Неврологический отдел ГУ «Республиканский научно – практический центр неврологии и нейрохирургии Минздрава республики Беларусь», г. Минск; С.А. Лихачев доктор медицинских наук, Неврологический отдел ГУ «Республиканский научно – практический центр неврологии и нейрохирургии Минздрава республики Беларусь», г. Минск; Автор, ответственный за переписку – И.П. Марьенко, iramaryenko@gmail.com

Литература:

1. Калашникова Л.А. Диссекция (расслоение) церебральных артерий и ишемический инсульт. Атмосфера. Нервные болезни. 2011; 2: 2-5.
2. Евтушенко С.К., Лисовский Е.В., Евтушенко О.С. Дистазия соединительной ткани в неврологии и педиатрии (клиника, диагностика, лечение). Руководство для врачей. Донецк 2009.
3. Mas J.L. et al. Extracranial vertebral artery dissections: a review of 13 cases. Stroke. 1987; 18: 1037.
4. Баранова Э.В., Капачевич С.В. Клиника, диагностика и лечение спонтанной диссекции позвоночных артерий. Здравоохранение. 2013; 10. <http://www.zdrav.by/>.
5. Лихачев С.А., Марьенко И.П. Диагностическое и экспертное значение функциональных тестов при выявлении латентной вестибулярной дисфункции. Вестник оториноларингологии. 2008; 1: 24-27.
6. Брандт Т., Дитерикс М., Штрумп М. Головокружение. Пер. с англ. - М., Практика. 2009.
7. Бронштейн А., Лемперт Т. Головокружение. Пер. с англ. Е.В. Грузь; под ред. В.А. Парфенова. М.: ГЭОТАР-МЕДИА. 2010.