

от 1 месяца до 48 лет; мужчины составили 70% (n=21). МК1-ассоциированная сирингомиелия составила 40% (n=12).

Трехэтапное ведение пациентов (стационар РКБ, поликлиника РКБ, ЦРБ) отмечено в 43% (n=13), двухэтапное ведение (поликлиника РКБ и ЦРБ) – в 20% (n=6). Четыре пациента (13%) наблюдались только в ЦРБ. Семи пациентам (23%) диагноз впервые был выставлен при углубленном допризывном исследовании (поликлиника РКБ).

Регулярное посещение невролога ЦРБ (не менее 1 раза в 2 года) отмечено для 7 пациентов: 3 мужчин и 4 женщины; средний возраст - 46±11 лет; сирингомиелия – у 6 пациентов. В подгруппе с нерегулярным посещением невролога отмечены следующие особенности: пациенты были достоверно моложе (34±17 лет), реже страдали сирингомиелией (6 из 23), большинство пациентов составили мужчины (18 из 23). 14 пациентов (47%) не посещали невролога в течение 5 лет, в том числе, 5 пациентов с клинически симптомной сирингомиелией.

Выводы. Большинству пациентов с МК1, проживающих в сельской местности, диагностика и определение тактики лечения заболевания проводится на достаточном уровне - в ГАУЗ РКБ МЗРТ. Вместе с тем, в рассмотренной группе, нерегулярное диспансерное наблюдение пациентов отмечено более, чем в 70% случаев. Несмотря в среднем на более легкую симптоматику, данные пациенты нуждаются в контроле состояния и регулярном осмотре невролога для выявления начальных признаков декомпенсации и предупреждения прогрессирования заболевания. Для решения задачи повышения «приверженности» лечению и наблюдению пациентов с МК1 необходимы усилия не только невролога, реабилитолога и врача общей практики ЦРБ, но и медицинских работников среднего звена. Медицинская сестра может вести занятия «Школы для пациентов с МК1 и их родственников», следить за выполнением графика диспансерного наблюдения, включить в план посещения на дому анализ дневников пациента и заполнение кратких оценочных шкал, позволяющих выявлять признаки декомпенсации состояния. Инструктору ЛФК, на основании сделанных врачом рекомендаций, необходимо обучить пациента методам физической реабилитации, включающей динамические упражнения, упражнения на расслабление, дыхательную гимнастику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Файзутдинова А.Т., Богданов Э.И., Шакуров А.Р. и др. Амбулаторная консультативно-диагностическая помощь при мальформации Киари и сирингомиелии // Материалы VIII-й Российской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье человека в XXI веке». Казань, 31 марта–1 апреля 2016 г. /Под общей редакцией профессора Ксембаева С.С. Казань: Бриг, 2016. С. 584–591.
2. Файзутдинова А.Т., Богданов Э.И. Пути повышения эффективности медицинской помощи взрослым пациентам с мальформацией Киари I типа: роль изучения естественного течения заболевания и результатов хирургического лечения // Практическая медицина. 2016. №4 (96). С. 127–132.
3. Поважная Е.Л. Роль медсестры в медицинской реабилитации больных // Медицинская сестра. 2016. №6. С. 42–45.
4. Журавлев Ю.И., Пальчук Е.В. Разработка сестринской полипараметрической технологии оценки проблем пациента // Фундаментальные исследования, 2015. №1-8. С. 1586–1590.
5. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. М.: МЕДпресс-информ, 2014. 564 с.

Поступила 04.05.17.

ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С МАЛЬФОРМАЦИЕЙ КИАРИ I ТИПА: ОСОБЕННОСТИ ВЕСТИБУЛЯРНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ

Дунин Д.Н., Менделевич Е.Г.

Казанский государственный медицинский университет,
кафедра неврологии и реабилитации,
e-mail: dmitrydunin@mail.ru

Проблема изучения мальформации Киари остаётся актуальной для современной неврологии [1–5]. Целью исследования было изучение спектра координаторных и сочетанных с ними расстройств у больных с мальформацией Киари I типа (МК I) в целом и особенностей головокружений у этих пациентов в частности. **Материалы и методы:** Было обследовано 120 пациентов с клинической картиной и верифицированным на магнитно-резонансной томографии (МРТ) диагнозом МК I, из них 82 женщины (68,3%) и 38 мужчин (31,6%) в возрасте от 13 до 76 лет. Методы исследования включали неврологический осмотр, углубленное изучение вестибулярно-мозжечковых функций. Всем пациентам проведено МРТ исследование головного мозга с использованием стандартных режимов T1- и T2-взвешенных изображений в срединно-сагиттальной проекции, затем выполнялся МРТ-морфометрический анализ краниальных изображений.

Среди исследованных больных на основании анамнестических данных были выделены 2 группы по принципу наличия или отсутствия жалоб в вестибуло-координаторной сфере. Первая (1 гр.) включала 88 больных (73,3%), которые имели жалобы в данной сфере (средний возраст 47,9±13,2 лет). Вторая (2 гр.) – 32 пациента (26,6%) без наличия подобных жалоб (средний возраст 33,5±13,4 лет).

У больных первой группы были проведены ряд тестов с целью определения характера головокружения и разграничения периферического и центрального его генеза. Так, всем больным проводились специальные пробы – проба Хальмаги (импульс-тест – максимально быстрые повороты головы пациента на 15–20 градусов в сторону при фиксации взора больного на неподвижном объекте), проба с «сотрясением головы» (шейкер-тест – быстрые повторяющиеся пассивные ротационные повороты головы влево и вправо вокруг аксиальной оси на 20 градусов с частотой 2 в секунду) и провокационный тест Дикса-Халлпайка (поворот головы пациента на 45° в сторону при фиксированном на враче взгляде с последующим резким укладыванием его на спину с запрокидыванием назад на 30°, голова свисает с кушетки, сохраняя разворот на 45° в исследуемую сторону; наблюдение в течение 30 с и резкий возврат в исходное положение – сидя, сохраняя поворот головы на 45° в сторону предполагаемого «больного уха»; наблюдение за появлением реверсивного нистагма, ощущения головокружения).

Результаты: Полученные в ходе исследования данные представлены в таблице.

Обсуждение результатов: Тест Дикса-Халлпайка был положительным (через 5–10 секунд после проведения возникли нистагм и головокружение, персистирующие не более 30–40 секунд) у 14 больных (18,4%) с системным позиционным пароксизмальным головокружением из 26, что может свидетельствовать о периферическом характере головокружения у этого числа пациентов, сходным с механизмом, наблюдаемым при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении (ДППГ) [1], у остальных 12 больных с жалобами на системное головокружение, а также у пациентов с головокружениями иных характеристик при

Таблица

Распространенность, сочетаемость положительных результатов вестибулярного тестирования и их возможная интерпретация

Название теста	Число больных с «+»-тестом	Периферическое головокружение	Центральное головокружение	Недифференцированное головокружение
Тест Дикса–Халлпайка	14	14	50	12
Шейкер-тест	37	27	10	
Проба Хальмаги	45	45	31	39

ГИДРОМИЕЛИЯ: КЛИНИЧЕСКИЕ И МР-ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Менделевич Е.Г., Валиева Л.К.

*Казанский государственный медицинский университет,
кафедра неврологии и реабилитации,
e-mail: leisan.valter@yandex.ru*

Проблема изучения полостеобразования при гидромиелии на протяжении ряда лет относится к числу повышенно актуальным как в теоретическом, так и в практическом отношении [1–5]. *Цель:* изучение клинических и нейровизуальных показателей полостеобразования при гидромиелии. *Материал и методы исследования:* среди 280 обследованных с МРТ признаками полостеобразования в спинном мозге было отобрано 50 пациентов, имеющих нейровизуальные признаки расширения центрального канала в пределах 2–5 мм, и отсутствие костно-невральной патологии уровня краниовертебрального перехода (КВП). Эти параметры отвечают, по данным Florian Roser et al. (2009)[4], диагнозу гидромиелии. Все больные проходили обследование в отделении неврологии №1 ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ в период с 2012 по 2016 гг. Всем пациентам проводилось анамнестическое, комплексное клиничко-неврологическое, МР-томографическое и МРТ морфометрическое исследование.

Результаты. В ходе анализа 50 пациентов с гидромиелией было выявлено следующее распределение по половому признаку: преобладали женщины – 35 (60%) человек, мужчин – 15 (40%). Средний возраст составил 32,6 г (средний возраст мужчин 32,9 лет, женщин 36 лет), при этом наибольшее число обследованных находилось в наиболее трудоспособном возрасте от 20 до 60 лет.

Поводом для МРТ-исследования спинного мозга у данной группы больных послужило: появление боли в шее у 6% пациентов, в межлопаточной области – у 12%, в грудном отделе позвоночника – у 24%, сочетание боли в шейном и грудном отделах позвоночника – у 14%, онемение пальцев рук – 16%, головные боли напряжения – 14%.

Ведущий клинический признак – болевой синдром имел различные характеристики: нейропатическая в 12%, скелетно-мышечного характера в 48%. Объективно у данных пациентов выявлены следующие клинические симптомы: асимметрия проприорефлексов – 10%, сколиоз грудного отдела позвоночника I ст. – 30%, болезненность перикраниальной мускулатуры – 14%, болезненность паравертебральной мускулатуры при пальпации – 56%.

Среди других жалоб, по поводу которых проходили обследование пациенты: шум в ушах – у 1 (2%) пациента, головокружение – у 1 (2%). В оставшихся случаях расширение центрального канала выявлено случайно при диагностике других заболеваний и не сопровождалось какой-либо клинической симптоматикой.

Диаметр расширения центрального канала спинного мозга был в диапазоне от 1 до 4 мм. Средний диаметр полости составил 2,7 мм. Центральное полостеобразование в 42% было выявлено на уровне грудного отдела, на уровне шейного отдела – в 26%, наличие МР сигнала на протяжении шейного и грудного отделов в 32%. По протяженности расширенный центральный канал имел тенденцию к ограниченному характеру распространенности (от 1 до 9 сегментов). В 80% случаев было отмечено полостеобразование, занимающее по протяженности несколько сегментов, в 20% наблюдался холокорд (полостеобразование протяженностью 10 и более сегментов спинного мозга). Средняя длина МРТ-сигнала составила 4–5 сегментов. Полость имела однородный сигнал или, в ряде случаев, могла иметь небольшие септы.

Форма сигнала была оценена так же на аксиальных проекциях МР-изображений. У всех пациентов была отме-

проведении теста нистагм и головокружение не возникали, что может свидетельствовать о центральном характере головокружения (у больных с несистемным головокружением) либо о наличии ДППГ из-за вовлечения не заднего, а переднего или горизонтального полукружного канала (у пациентов с жалобами на вертиго, напоминающее ДППГ).

Эти результаты подтверждались данными, полученными при проведении шейкер-теста: у всех пациентов с положительным тестом Дикса–Халлпайка выявлялся односторонний горизонтальный нистагм, угасающий в течение нескольких секунд после остановки «сотрясения», свидетельствующий о периферической вестибулопатии. Кроме того, проба с сотрясением головы выявила описанный нистагм у 13 больных с отрицательным результатом теста Дикса–Халлпайка. У 10 пациентов отмечался вниз-направленный нистагм, предполагающий центральное вестибулярное поражение [3]. Таким образом, у 35,5% пациентов по данным теста с сотрясением головы наблюдались признаки периферической, а у 13,1% – центральной вестибулопатии.

Самым информативным показал себя импульс-тест: он был положительным у 45 (59%) пациентов, подтверждая периферический характер головокружения у больных с ранее выявленными в ходе шейкер-теста и теста Дикса–Халлпайка признаками периферической вестибулопатии. Среди остальных больных с головокружением встречалась отрицательная проба Хальмаги, возможно, свидетельствующая о центральном характере головокружения [2,4,5].

Таким образом, импульс-тест выявил возможное наличие периферической вестибулопатии у 59% пациентов, в том числе у больных с положительными результатами теста Дикса–Халлпайка и шейкер-теста. У остальных 41% больных предполагается наличие вестибулопатии центрального генеза.

Выводы: Головокружение при МК I у исследованных пациентов может носить как периферический, так и центральный характер, что подтверждается результатами вестибулярного тестирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Brandt T. Vertigo. Its Multisensory Syndromes. 2nd Ed. London, 2000. P. 441–451.
2. Bronstein A.M., Lempert T., Seemungal B.M. Chronic dizziness: a practical approach. // Pract. Neurol. 2010. Vol. 10. P. 129–139.
3. Lee H., Sohn S.-I., Cho Y.-W. et al. Cerebellar infarction presenting isolated vertigo: Frequency and topographical patterns // Neurology. 2006. Vol. 67. P.1178–1183.
4. Wang T.J., Hung K.S., Chen P.C.T. et al. Beare-Stevenson Cutis Gyrate Syndrome with Chiari Malformation // Acta Neurochir. 2002. Vol. 144. P. 743–745.
5. Zee D. S. Perspectives on the pharmacotherapy of vertigo // Arch. Oto-laryngol. 1985. Vol. 111. P. 609.

Поступила 04.05.17.