

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

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, угасавший 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 1 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 Gyrata Syndrom 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.

УДК 616.711.8—071/.073.756.8

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 кранио-вертебрального 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-

чена округлая или округло-овальная форма полости с расположением в области центрального канала спинного мозга.

Данных за наличие мальформации Киари 1 по данным МРТ исследований у данных пациентов выявлено не было.

За период наблюдения (от 1 года до 4 х лет) не было установлено прогрессирования клинических симптомов заболевания, проявления новых признаков миелопатических расстройств. В большом проценте случаев консервативная терапия боли была эффективной и клинические симптомы периодически уменьшались.

Обсуждение и выводы. В литературе встречаются противоречивые мнения о том как интерпретировать клинические случаи, характеризующиеся незначительным или отсутствующим неврологическим дефицитом и наличием центрально расположенного небольшого по размерам различного по протяженности и локализации сигнала в спинном мозге по данным МРТ-исследования [1]. По данным Thomas Herrick Milhorat et al. (2000) гидромелей следует считать расширение центрального канала, сообщающееся с четвертым желудочком, наряду с этим существует мнение [5], что несирингомиелической следует считать полостеобразование, не выходящее за пределы центрального канала и не вовлекающее в процесс паренхиму спинного мозга, а, следовательно, выстланную слоем эпителиальных клеток. По мнению Florian Roser et al. (2009) постановка диагноза гидромиелии основывается на общих характерных особенностях МР-сигнала: преимущественно центральное расположение сигнала, диаметр полости до 4 мм, отсутствие явных причин спинального и краниального генеза, которые могли быть причиной развития полости в спинном мозге, отсутствии неврологического дефицита и данных о прогрессировании как клинической, так и МР-томографической [4].

Ряд авторов считают, что гидромиелия в отличие от сирингомиелии не является заболеванием, а есть состояние, требующее динамического контроля и наблюдения. Однако, в ряде случаев, если у пациентов имеются какие-либо предикторы, такие как травма например [2], то гидромиелия может быть фактором предрасполагающим к развитию сирингомиелии в дальнейшем [3].

Проведенный нами анализ 50 пациентов с признаками гидромиелии не выявил ни одного случая развития гидромиелии, сообщающейся с полостью четвертого желудочка и аномалиями КВП. При этом расширение центрального канала носило преимущественно ограниченный характер, а клиническая и МР-томографическая картина не отмечала прогрессирования.

Имеющаяся клиническая картина была минимальной и примерно в половине случаев характеризовалась наличием локальных болей, которые преимущественно носили мышечно-скелетный характер. Оценка клинических проявлений и нейро-визуальных показателей гидромиелии в динамике является одним из важных прогностических факторов и требует дальнейшего изучения для определения необходимости хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Менделевич Е.Г., Михайлов М.К., Богданов Э.И. Сирингомиелия и мальформация Арнольда-Киари. Казань: Медицина, 2002. 236 с.
2. Bogdanov E.I. Spinal injury International Neurology: A Clinical Approach. Edited by Robert P. Lisak, Daniel D. Truong, William Carroll, and Roongroj Bhidayasiri. 2009. P. 652–654.
3. Greitz D. Unraveling the riddle of syringomyelia // Neurosurgery Rev. 2006. Vol. 29. P. 251–264.
4. Florian Roser, Florian H. Ebner, Carolin Sixt et al. Defining the line between hydromyelia and syringomyelia. A differentiation is possible based on electrophysiological and magnetic resonance imaging studies // Acta Neurochir. 2010. Vol. 152. P. 213–219.
5. Thomas H. Milhorat. Classification of syringomyelia // Journal of Neurosurgery. Neurosurgical Focus. 2000. Vol. 8(3). P. 1–6.

Поступила 04.05.17.

НАРУШЕНИЯ СНА У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Шебашева Е.В.

Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн, г. Йошкар-Ола, Марий Эл, e-mail: elena_shebasheva@mail.ru

Проблема расстройств сна в остром периоде мозгового кровообращения относится к числу важных научных задач [1-5]. **Цель работы:** изучение частоты, причин и последствий нарушений ночного сна у пациентов, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения, а также их влияния на качество жизни пациентов. **Материал и методы:** В исследовании проанализированы результаты опроса 40 пациентов, перенесших инсульт более года назад, не имевших когнитивных нарушений (оценка когнитивных функций по шкале MMSE [2] не менее 25 баллов). Пациентам было предложено заполнить анкету, разработанную Соннологическим центром Научно-исследовательского медицинского комплекса «Ваше здоровье», которая состоит из общих вопросов, а также вопросов о наличии нарушений сна, их характеристике, возможных причинах, способах применяемой коррекции, последствиях расстройств сна. Проанализированы заполненные пациентами анкеты балльной оценки субъективных характеристик сна [1], качества сна, шкалы дневной сонливости [3]. Уровень тревоги и депрессии оценивался с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии [5]. Оценка качества жизни проводилась с использованием опросника SF-36 [4]. Статистический анализ полученных данных проведен методами описательной статистики и сравнительного анализа. Различия средних величин считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты: Соотношение мужчин и женщин среди исследуемых лиц составляло 1:1, преобладающий возраст обследуемых составлял 51-60 лет. 75% пациентов, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения, имели нарушения сна различной степени выраженности, чаще оцениваемые пациентами как незначительные или умеренные (35 и 30% соответственно). Оценка качества сна по соответствующей анкете выявила невыраженные нарушения качества сна у 60% опрошенных, выраженные нарушения – у 15% опрошенных. Анкеты балльной оценки субъективных характеристик сна показали, что у 25% респондентов имелись выраженные нарушения сна. При распределении респондентов по индивидуальным особенностям хронотипа было выявлено преобладание лиц с утренним типом («жаворонок», 45%), меньшие доли составляли лица с ночным и дневным типами («совы» и «голуби», 35 и 20% соответственно). Средняя продолжительность ночного сна у большинства лиц, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения, составляла 5-6 часов (60%), длительность засыпания у 75% опрошенных составляла не более 30 мин. Гендерных различий по данным показателям выявлено не было.

Основными причинами нарушений ночного сна являлись частые ночные пробуждения (53,3%), в 1,5 раза чаще встречающиеся среди мужчин; трудности засыпания (20%); жалобы на чувство утренней усталости, отсутствие утренней бодрости предъявляли (33,3%, с равной частотой мужчины и женщины). Повышенную дневную сонливость испытывали 35% опрошенных (мужчины в 1,5 раза чаще), при ответах на вопросы анкеты наличие храпа отметили 30% респондентов (в 2 раза чаще – мужчины). Оценка качества сна по 10-балльной шкале (1 – прекрасный освежающий сон, 10 – отсутствие сна), колебалась от 1 до 10 баллов (средний балл $3,4 \pm 1,5$; среди женщин $3,1 \pm 1,1$, среди мужчин $3,6 \pm 1,8$ балла).