

УДК [616.857+616.839-009.12] -007,616.853

ШЕБАТИН А.И.¹, НАУМОВА И.И.²¹ КУ «Областная клиническая психиатрическая больница» ЗОС, г. Запорожье² БУ Чувашской Республики «Новочебоксарская городская больница» Минздравсоцразвития Чувашии

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕРТЕБРОГЕННОГО СИНДРОМА ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Резюме. Диагностика вертеброгенного синдрома позвоночной артерии (СПА) у пациентов с эпилепсией — сложная задача. **Цель:** описание диагностики СПА у пациентов с эпилепсией. **Материал:** данные исследования 5 пациентов с височной эпилепсией. Представлены субъективные признаки, данные объективного исследования, где значимым признаком в диагностике СПА явился симптом ретракции глазного яблока, выраженность которого в каждом случае была индивидуальной и менялась после раздражения позвоночной артерии. Представлен обзор инструментального исследования у данной группы пациентов. Таким образом, использование симптома ретракции глазного яблока значительно улучшает диагностический процесс и дает возможность провести адекватное лечение.

Ключевые слова: синдром позвоночной артерии, симптом ретракции глазного яблока, эпилепсия.

Значимой задачей при встрече с пациентом является диагностика патологического процесса. Данное обстоятельство отметили еще в древности, заложив это в прекрасное крылатое выражение: *Vene dignoscitur, bene curatur*. Достаточно часто имеет место не одно заболевание, а два, три и более, и это заставляет врача подходить к диагностическому процессу очень внимательно, особенно если одна патология достаточно выражена, а другая находится в ее тени. В связи с этим появление сопутствующей патологии не всегда вовремя диагностируется, а отсутствие адекватного лечения причиняет пациенту дополнительные страдания. Такой яркой патологией является эпилепсия, и порой достаточно трудно на ее фоне диагностировать другие патологические состояния, особенно если они манифестируют головной болью, головокружением. Было отмечено, что сама эпилепсия сопровождается головной болью в 59 % случаев [20]. При височной эпилепсии (являющейся наиболее распространенным вариантом эпилепсии — от 30 до 35 % всех случаев [11, 12]) головная боль наблюдалась в межприступный период в 80,4 % случаев [10]. Такая жалоба, как головокружение, может представлять собой часть ауры эпилептического

приступа, иногда как проявление приступа [4], в межприступный период отмечены случаи головной боли, сопровождавшейся головокружением, а порой и вегетативными расстройствами [3]. Достаточно часто исследователи при эпилепсии отмечали наличие приступообразной головной боли как проявление сопутствующей мигрени [1, 7, 13]. Не столь часто, но встречаются случаи сочетания эпилепсии с вертеброгенным синдромом позвоночной артерии (СПА) [17]. В отечественной литературе он описан как функциональная стадия СПА, шейная мигрень, синдром Барре — Льеу, заднешейный симпатический синдром, относящийся по Международной классификации болезней 10-го пересмотра к XIII классу: заболевания костно-мышечной системы, раздел M53 Другие дорсопатии, не классифицированные в

Адрес для переписки с авторами:

Шебатин Анатолий Иванович
69050, Украина, г. Запорожье, Ореховское шоссе, 10а
КУ «Областная клиническая психиатрическая больница» ЗОС
E-mail: shhebatin@rambler.ru

© Шебатин А.И., Наумова И.И., 2014

© «Международный неврологический журнал», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

других рубриках, подраздел М53.0 Шейно-черепной синдром (заднешейный симпатический синдром). Рассматривая СПА и эпилепсию, необходимо отметить общую особенность, характерную для данных патологических состояний, — это пароксизмальный, что еще больше затрудняет диагностику, которая и без того является достаточно сложным заданием. Классическая диагностика СПА, основанная на субъективных признаках, практически не может быть осуществлена, учитывая вышеизложенный материал. Изменения в шейном отделе позвоночника, такие как деформирующий спондилез, остеохондроз, унковертебральный артроз, нестабильность позвоночно-двигательного сегмента, спондилолистез, аномалии развития и другие, выявленные рентгенологическим методом исследования, являются по своей сути дополнительным признаком в диагностике СПА, но не могут быть диагностическим признаком вертеброгенного СПА [16]. Я.Ю. Попелянским при обследовании группы пациентов был выявлен унковертебральный артроз в 86,6 % случаев, в то время как СПА наблюдался только у трети пациентов [15]. Допплерографические показатели при проведении функциональной пробы также не являются достоверным показателем компрессии ПА [14], кроме, пожалуй, тех случаев, когда компрессия ПА происходит в месте локации и фиксируется значительный всплеск линейной скорости кровотока и акустический феномен. И единственным способом диагностики СПА у пациентов с эпилепсией является способ, предложенный А.И. Шебатиным. Данный способ дает возможность объективировать наличие раздражения позвоночной артерии. Он заключается в следующем: во время неврологического осмотра у пациента с СПА при проверке горизонтального глазодвижения отмечается с одной из сторон, при приведении глазного яблока, его ретракция (втяжение), внешне это проявляется некоторым сужением глазной щели, после проведения пробы де Клейна проявление симптома становится значительно выраженным, порой до проведения пробы симптома нет. Иногда это явление наблюдалось с двух сторон, при этом с одной из сторон явление было чаще более выражено [18].

Цель работы: описание возможности диагностики СПА у пациентов с эпилепсией.

Материалы и методы исследования

Материалом послужили данные исследования 5 пациентов с криптогенной симптоматической фокальной (височной) эпилепсией, проходивших лечение в Запорожской областной клинической психиатрической больнице, 2 мужчин и 3 женщины, возраст от 26 до 62 лет, средний возраст составил $42,200 \pm 6,576$ года. У всех пациентов были собраны жалобы, анамнез, проведены общеклиническое

обследование, электроэнцефалография, эхоэнцефалоскопия. Всем больным была проведена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, рентгенография шейного отдела позвоночника в 2 проекциях с функциональными снимками, дуплексное исследование магистральных артерий головы на аппарате Toshiba-SSA350A, с функциональными пробами. Неврологический осмотр с обязательным проведением пробы де Клейна при осмотре глазодвижения до пробы и после.

Результаты исследования и их обсуждение

У всех пациентов в межприступный период имели место различные субъективные жалобы, признаки, часть которых и представляли клиническую картину СПА. При этом необходимо отметить, что больные эпилепсией взяты при прохождении ими очередного курса лечения в психиатрической больнице. У всех имели место психические отклонения в виде изменения личности разной степени выраженности, когнитивного снижения, что является, к сожалению, итогом достаточно большого процента пациентов с данным заболеванием [8], и поэтому порой они не всегда в полной мере высказывают свои жалобы, особенно если это не касается повода их госпитализации. Наиболее частой жалобой была головная боль, которая в 1 случае была диффузная по всей голове, в 4 случаях она протекала по гемитипу, при этом одна пациентка описывала данную головную боль как боль, которая распространяется с затылка на лобную область и переходит на висок и темя, в 2 случаях боль начиналась с тяжести в шейном отделе позвоночника. Жалобы на головокружение были отмечены во всех случаях, они носили несистемный характер в виде покачивания предметов, при этом пациенты испытывали трудности при ходьбе, в 2 случаях наряду с несистемным головокружением отмечалось системное головокружение. Шум в ушах отмечен в 5 случаях, в 3 случаях пациенты отмечали потемнение в глазах, в 2 случаях — жаловались на чувство похолодания верхних конечностей, в 2 случаях — их онемение. В 3 случаях регистрировались жалобы на боли в области сердца, жалоба на частую плаксивость — в 1 случае, на снижение настроения — в 3 случаях, на чувство нехватки воздуха — в 1 случае. Рассматривая шейный вертебральный синдром, необходимо отметить, что все пациенты предъявляли жалобы на периодически возникающие боли в шейном отделе позвоночника, однако в 3 случаях пациенты не могли точно вспомнить, сопровождалась ли головная боль болью в шейном отделе позвоночника, в 2 случаях данные приступы были связаны с болью в шейном отделе позвоночника, боль появлялась в шее и перемещалась на затылочную область с захватом половины головы. В

объективном неврологическом статусе: отмечается горизонтальный установочный нистагм в 3 случаях, во всех случаях имел место позиционный нистагм. Симптом ретракции глазного яблока при первичном осмотре отсутствовал в 1 случае, в 3 случаях слабо выраженный отмечался слева и в 1 случае — слабо выраженный с 2 сторон. После проведения пробы де Клейна в 2 случаях одинаковая выраженность симптома с 2 сторон, в 1 случае односторонний стал более выраженным, и в 2 случаях значительно выражен симптом слева, справа был менее выражен, при этом в 1 случае после пробы значительно усилился нистагм, появилось системное головокружение.

На рис. 1 представлен симптом ретракции глазного яблока: 1 — глазные яблоки отведены влево, до раздражения позвоночной артерии; 2 — после проведения пробы де Клейна с раздражением левой позвоночной артерии, приведение правого глазного яблока сопровождается втяжением его во внутрь (ретракцией), визуально проявляется сужением правой глазной щели, что видно на представленном снимке. Асимметрия сухожильных рефлексов с верхних и нижних конечностей $S > D$ отмечена в 2 случаях. Покачивание в позе Ромберга — 1 случай. Электроэнцефалография: у всех пациентов отмечались выраженные диффузные изменения α - и β -ритма, десинхронизированная медленноволновая активность без четкой локализации, в одном случае — с генерализацией тета-ритма. В 2 случаях были отмечены острые волны, без четкой локализации. Пароксизм спайк-волна без четкой ло-

кализации — в 1 случае. На МРТ головного мозга в 2 случаях был отмечен вариант нормы. В 3 случаях были выявлены следующие изменения: 2 случая — расширение подпаутинных пространств конвекситальных отделов, сужение отверстия Монро и III желудочка, при этом в 1 случае дополнительно в структуре левого гиппокампа определялось истончение коры в медиальном отделе, и 1 случай — симметричная гидроцефалия и признаки синдрома пустого турецкого седла. Рентгенография шейного отдела позвоночника: во всех случаях признаки остеохондроза шейного отдела позвоночника с признаками нестабильности позвоночно-двигательных сегментов, во всех 5 случаях это отмечалось в нижнем шейном отделе позвоночника, в 2 случаях отмечена нестабильность и в среднем шейном отделе позвоночника. При дуплексном сканировании каротидного отдела в 1 случае — односторонняя извитость общей сонной артерии без существенного изменения кровотока, в остальных случаях патологических изменений не отмечено. Данные исследования ПА представлены в табл. 1.

Рассматривая показатели, представленные в табл. 1, в плане диагностического подтверждения СПА заслуживает внимания столбец, указывающий на величину компрессии позвоночной артерии при повороте головы, хотя достоверность данных показателей достаточно сомнительна [14]. В 2 случаях доплерографические показатели свидетельствовали о структурных изменениях позвоночных артерий, что подтверждается и клинической картиной вертебробазилярной недостаточности. Возможность сочетания СПА и хронической мозговой ишемии (ХИМ) с синдромом вертебробазилярной недостаточности описана была ранее [19], хотя и существует мнение, что СПА — это и есть синдром вертебробазилярной недостаточности, однако это далеко не так. Во-первых, до сих пор нет убедительных доказательств, что СПА формирует изменения ПА [5], во-вторых, необходимо отметить еще одну патогенетическую особенность СПА — это раздражение ПА [9], которое объективно визуализируется в любой фазе течения ХИМ [19] и объективизируется симптомом ретрак-

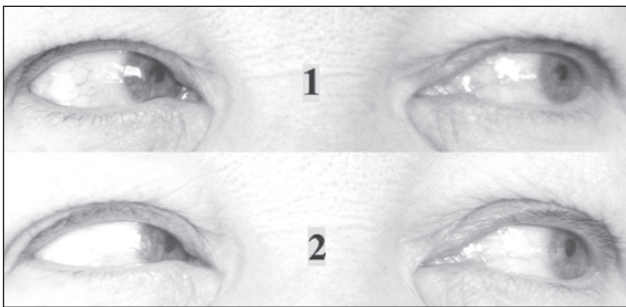


Рисунок 1. Симптом ретракции глазного яблока

Таблица 1. Допплерографические показатели линейной скорости кровотока позвоночных артерий

Случай	Диаметр ПА (мм)		Vmax ПА V1 (см/с)		Vmax ПА V4 (см/с)		Асимметрия кровотока в сегменте V4 (%)		Снижение скорости при пробе де Клейна (%)	Извитость ПА V1
	Правая	Левая	Правая	Левая	Правая	Левая	Правая	Левая		
1	2,5	2,0	11	12	48	40	20	63	70	2
2	2,5	3,0	12	11	46	42	9	30	40	–
3	3,2	3,3	12	14	62	51	16	5	20	–
4	3,2	2,5	13	11	52	43	17	75	80	–
5	2,5	2,5	12	14	48	54	11	50	50	Слева

ции глазного яблока [18], тогда как ХИМ — это всегда выпадение. Особое место занимает случай, когда у пациентки на МРТ-исследовании головного мозга был выявлен синдром пустого турецкого седла. Данная патология широко представлена в литературе [2, 6]. Основной составляющей этого состояния является нейроэндокринная патология. В нашем случае имело место ожирение III ст., первичная аменорея. Составной частью синдрома пустого турецкого седла, наиболее часто возникающей, является вегетативная дисфункция, которая играет в патогенезе СПА большую роль. В данном случае структурные изменения в шейном отделе позвоночника и снижение порога возбудимости симпатического сплетения позвоночной артерии привело к появлению клинической картины СПА (заднего шейного симпатического синдрома). Безусловно, на основании одного случая нельзя утверждать, что синдром пустого турецкого седла всегда будет сопровождаться СПА, однако вероятность сочетания возможна.

Таким образом, резюмируя данную статью, необходимо отметить, что достаточно часто яркое патологическое состояние закрывает собой другие имеющиеся у пациента сопутствующие заболевания, и не всегда поводом для обращения к врачу является именно эта, уже известная патология. В частности СПА — не самая частая патология, сопутствующая эпилепсии, однако такие случаи встречаются. Клиническая картина СПА не всегда вписывается в общеизвестные диагностические критерии, необходимо также отметить, что результаты инструментального исследования не являются специфическими и характерными для СПА, они лишь косвенно подтверждают, что есть вероятность того, что может иметь место раздражение позвоночной артерии. И единственным объективным признаком, дающим возможность провести диагностику СПА, является симптом ретракции глазного яблока.

Вывод

Диагностика СПА значительно облегчается и становится своевременной у пациента с эпилепсией, если используется объективный диагностический признак, симптом ретракции глазного яблока, а последующее адекватное лечение пациента уменьшает его страдания и финансовые затраты на неадекватную терапию.

Список литературы

1. Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р. Мигрень и эпилепсия // *Эпилепсия и пароксизмальные состояния*. — 2009. — Т. 1, № 1. — С. 21-25.
2. Бондарь И.А., Климонтов В.В., Сорогина Л.Д. Идиопатический гипопаратиреоз с эпилепсией, атрофией зрительных нервов и синдромом «пустого» турецкого седла // *Проблемы эндокринологии*. — 2004. — Т. 50, № 3. — С. 32-33.
3. Бояринцева С.Е., Клушин Д.Ф. Особенности течения височной доли эпилепсии у детей школьного возраста с интеллектуально-мнестическим снижением на фоне базового лечения финлепсином // *Биомедицинский журнал*. — 2006. — Т. 7. — С. 242-249.
4. Вейс Г.Д. *Неврология* / Под ред. М. Самуэльса: Пер. с англ. — М.: Практика, 1997. — 640 с.
5. Верецагин Н.Н. Патология вертебрально-базиллярной системы и нарушения мозгового кровообращения. — М.: Медицина, 1980. — 311 с.
6. Евтушенко С.К., Морозова Т.М., Москаленко М.А. Синдром пустого турецкого седла (научный обзор и собственное клиническое наблюдение) // *Международный неврологический журнал*. — 2010. — № 3(33). — С. 11-17.
7. Измайлова И.Г. Головная боль у больных эпилепсией // *Журнал неврологии и психиатрии*. — 2011. — № 1. — С. 98-101.
8. Карлов В.А. *Эпилепсия*. — М.: Медицина, 1990. — 336 с.
9. Ключников С.А. Периферические нейроваскулярные симптомы // *Нервы*. — 2006. — № 3. — С. 46-47.
10. Курус О.С., Надеждина М.В., Осинцева Е.В., Скульская Н.И. Головная боль и ее зависимость от различных факторов у пациентов с височной эпилепсией в межприступный период // *Бюллетень сибирской медицины*. — 2010. — № 4. — С. 77-81.
11. Мухин К.Ю., Петрухин А.С., Глухова Л.Ю. *Эпилепсия. Атлас электроклинической диагностики*. — М.: Альварес-Пабблишинг, 2004. — 440 с.
12. Мухин К.Ю. Височная эпилепсия // *Журнал неврологии и психиатрии*. — 2000. — № 9. — С. 48-57.
13. Немченко Ю.М., Сорокова Е.В., Белкин А.А. Сочетание мигрени и эпилепсии // *Журнал неврологии и психиатрии*. — 2005. — № 12. — С. 43-45.
14. Никитин Ю.М., Труханов А.И. *Ультразвуковая доплерография в клинике Иванова*. — М.: МИК, 2004. — 496 с.
15. Попелянский Я.Ю. *Ортопедическая неврология (вертебральная неврология): Руководство для врачей*. — 5-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 672 с.
16. Путилина М.В. Некоторые аспекты диагностики и лечения вертеброгенной боли в груди // *Фарматека*. — 2008. — № 11. — С. 1-6.
17. Пышкина Л.И., Федин А.И., Бесаев Р.К. Церебральный кровоток при синдроме позвоночной артерии // *Журнал неврологии и психиатрии*. — 2000. — № 5. — С. 45-49.
18. Шебатин А.И. К вопросу о диагностике синдрома позвоночной артерии // *Международный неврологический журнал*. — 2008. — № 3. — С. 35-38.
19. Шебатин А.И. Клинические и инструментальные признаки синдрома позвоночной артерии и стадии его течения // *Международный неврологический журнал*. — 2009. — № 3. — С. 181-187.
20. Forderreuther S., Henkel A., Noachtar S. et al. Headache associated with epileptic seizures: epidemiology and clinical characteristics // *Headache*. — 2002. — V. 42. — P. 649-655.

Получено 05.09.14 ■

Шебатін А.І.¹, Наумова І.І.²

¹ КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР,
м. Запоріжжя

² БУ Чуваської Республіки «Новочебоксарська
міська лікарня» Мінохорони здоров'я і соціального
розвитку Чувашії

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЕРТЕБРОГЕННОГО СИНДРОМУ ХРЕБЕТНОЇ АРТЕРІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ЕПІЛЕПСІЄЮ

Резюме. Діагностика вертеброгенного синдрому хребетної артерії у пацієнтів з епілепсією — складне завдання. **Мета:** опис діагностики синдрому хребетної артерії у пацієнтів з епілепсією. **Матеріал:** дані дослідження 5 пацієнтів із скроневою епілепсією. Наведені суб'єктивні ознаки, дані об'єктивного дослідження, де значущою ознакою в діагностиці синдрому хребетної артерії з'явився симптом ретракції очного яблука, вираженість якого в кожному випадку була індивідуальною і змінювалася після подразнення хребетної артерії. Наведено огляд інструментального дослідження у даної групи пацієнтів. Таким чином, використання симптому ретракції очного яблука значно покращує діагностичний процес і дає можливість провести адекватне лікування.

Ключові слова: синдром хребетної артерії, симптом ретракції очного яблука, епілепсія.

Shebatin A.I.¹, Naumova I.I.²

¹ Municipal Institution «Regional Clinical Mental Hospital»,
Zaporizhzhia, Ukraine

² Budgetary Institution of Chuvash Republic
«Novocheboksarsk City Hospital» of the Ministry of Health
and Social Development of the Chuvash Republic,
Novocheboksarsk, Russia

CLINICAL AND DIAGNOSTIC FEATURES OF VERTEBROGENIC VERTEBRAL ARTERY SYNDROME IN PATIENTS WITH EPILEPSY

Summary. Diagnosis of vertebrogenic vertebral artery syndrome (VAS) in patients with epilepsy — difficult task. **Objective:** description of diagnosing VAS in patients with epilepsy. **Material.** Survey data of 5 patients with temporal lobe epilepsy are described. Subjective symptoms, objective research data are provided. Eye retraction syndrome was a significant sign in VAS diagnosis, its severity in each case is individual and has been changed after stimulation of the vertebral artery. An overview of instrumental examination in this group of patients is given. Thus, use of eye retraction syndrome significantly improves the diagnostic process and enables proper treatment.

Key words: vertebral artery syndrome, eye retraction syndrome, epilepsy.