Практическая медицина

© НАРОДОВА В. В., НАРОДОВ А. А., ПОЗДНЯКОВА М. Н., НАРОДОВА Е. А., ЕРАХТИН Е. Е., ДОМРАЧЕВ Д. В.

УДК 616-005.6

ДИССЕКЦИЯ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ В ПРАКТИКЕ СОСУДИСТОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

В. В. Народова¹, А. А. Народов¹, М. Н. Позднякова², Е. А. Народова¹, Е. Е. Ерахтин², Д. В. Домрачев²

¹ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра нервных болезней
с курсом медицинской реабилитации ПО, зав. — д. м. н., проф. С. В. Прокопенко;

²МБУЗ ГКБСМП имени Н. С. Карповича, гл. врач — А. Б. Коган.

Резюме. В статье приведены два клинических случая диагностики и эффективного лечения диссекции позвоночной артерии, осложнившейся ишемическим инсультом в вертебрально-базиллярном бассейне.

Ключевые слова: диссекция позвоночной артерии, ишемический инсульт, диагностика, лечение.

VERTEBRAL ARTERY DISSECTION IN PRACTICE OF VASCULAR NEUROLOGY DEPARTMENT

V. V. Narodova¹, A. A. Narodov¹, M. N. Pozdnyakova², E. A. Narodova¹, E. E. Erahtin², D. V. Domrachev²

¹Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voyno-Yasensky,

²City hospital emergency medical care to them N. Karpovich.

Abstract. The paper presents two cases of clinical diagnosis and effective treatment of vertebral artery dissection, complicated by ischemic stroke in the vertebrobasilar basin.

Key words: vertebral artery dissection, ischemic stroke, diagnosis, treatment.

Одной из причин ишемических инсультов в молодом возрасте, наряду с тромбофилией, употреблением наркотиков, аномалией развития церебральных сосудов, в 25% случаев является диссекция артерий, кровоснабжающих головной мозг [1]. Впервые данная патология была описана в середине XX века, а ее возникновение практически всегда считали следствием перенесенной травмы [6]. Более детальное изучение диссекции экстра и интракраниальных артерий началось с середины 70-х годов XX века в связи с широким применением метода церебральной ангиографии [3].

Как правило, данная патология развивается вследствие продольного надрыва сосудистой стенки с образованием интрамуральной гематомы в зоне интима-медиа. По литературным данным, диссекция чаще наблюдается в экстракраниальных сосудах — 88% (каротидная — 58%, вертебральная — 30%), и только в 12% она происходит в интракраниальном бассейне [5].

Нередко при диссекции экстракраниальных артерий встречаются указания на травму, предшествовавшую развитию клинической картины инсульта. Травматическое расслоение стенки артерии возникает после тупой закрытой или проникающей травмы шеи, общего сотрясения (например, при падении) и чаще всего локализуется экстракраниально [4].

Иногда диссекция носит ятрогенный характер. Так, в некоторых клинических наблюдениях встречаются указания на отчетливую связь двусторонней диссекции позвоночных артерий с мануальной терапией на шейном отделе позвоночника [8]. Спонтанной диссекции, как правило, предшествует резкое движение головой (ее повороты, наклоны, разгибание), во время которых может возникать компрессия или резкое растяжение сосудистой стенки расположенным рядом костносвязочным аппаратом [4].

Возникновению спонтанной диссекции иногда предшествует бессимптомная системная патология сосудистой стенки, обусловленная фибромускулярной дисплазией, наследственным поражением соединительной ткани (синдромы Элерса-Данлоса и Марфана), артериитом, ангиолипоматозом, костной патологией в шейном отделе позвоночника (синдром Клиппеля-Фейля) [2], [3]. Доказана также связь спонтанной множественной диссекции с перенесенной незадолго острой инфекцией [9].

Как правило, клинические проявления цервикальной диссекции складываются из повторяющихся транзиторных ишемических атак, инфарктов мозга, субарахноидальных кровоизлияний. Наиболее часто, (в 62-84%) при диссекции диагностируется инфаркт мозга [7], причиной развития которого является артериальная эмболия из области повреждения сосуда. Значительно реже имеет место гемодинамический вариант ишемического инсульта.

Рис. 1. Больная Л. МРТ головного мозга.

Рис. 2. Больная Л. МРА артерий шеи.

В 2015 году в сосудистом неврологическом отделении ГКБСМП им. Н. С. Карповича г. Красноярска наблюдались двое больных.

Клинический пример № 1: больная Л., 21 год, поступила в отделение нейрореанимации с жалобами на слабость в правых конечностях, онемение в правой половине тела, головокружение, боль в области шеи слева. При детальном опросе выяснилось, что 19 дней назад, в период новогодних праздников, пациентка, катаясь с ледяной горки, получила «незначительную», по ее оценке, травму. Она описала падение, сопровождающееся запрокидыванием головы «назад». Ухудшение наступило без видимых причин, в связи с чем на догоспитальном этапе верификация диагноза была затруднена.

При неврологическом осмотре: сознание ясное, критична, инструкции выполняет. Отмечается резкая болезненность в области задней поверхности шеи слева. Выявляется сглаженность правой носогубной складки, центральный правосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3 баллов, правосторонняя гемигипестезия по проводниковому типу, признаки динамической мозжечковой атаксии (интенция при пальце-носовой и коленно-пяточных пробах) с обеих сторон. Правосторонняя гомонимная гемианопсия.

На МРТ головного мозга: в медиобазальных отделах левой затылочной доли (в области язычковой извилины с распространением в гиппокамп) определяются мономорфные зоны цитотоксического отека неправильной формы, локализованные преимущественно в сером веществе мозга, размерами 2,3x7,6x2,3 см. Масс-эффект незначительный в виде сужения субарахноидальных борозд на уровне выявленных изменений. В области таламусов с двух сторон определяются очаги измененного МР сигнала. При внутривенном усилении определяется выраженное однородное накопление контраста (рис. 1).

На МРА головного мозга определяется значительное сужение просвета и снижение кровотока (снижение интенсивности МР-сигнала) V4 сегмента правой позвоночной артерии на всем видимом протяжении. Вариант соединения позвоночных артерий — неслияние (правая позвоночная артерия не соединяется с аналогичным сегментом слева, продолжается в заднюю нижнюю мозжечковую артерию; слева — продолжается в основную артерию, равную по диаметру.

На МРА артерий шеи: определяется выраженное расширение левой позвоночной артерии на уровне V2 верхнего края тела C3 позвонка до 0,7 см и последующее сужение менее 0,1-0,2 см на уровне тела C2 позвонка протяженностью 0,7 см. После сужения сохраняется расширение левой позвоночной артерии до V3 сегмента и на уровне сегмента (картина выраженного стеноза левой позвоночной артерии, выраженной престенотической дилатации в сегменте V2 левой позвоночной артерии (рис. 2).

Данные нейровизуализации позволили установить диагноз: ишемический инсульт по типу артериальной тромбоэмболии в бассейне левой задней мозговой артерии с синдромом правостороннего центрального гемипареза, гемигипестезии, правосторонней гомонимной гемианопсии на фоне травматической диссекции левой позвоночной артерии с формированием критического стеноза этой артерии. Вариант развития сосудов Виллизиева круга (гипоплазия V3 сегмента и неслияние правой позвоночной артерии).

Немаловажное значение в развитии инсульта у данной больной играет выявленная на МРА аномалия развития сосудов Виллизиева круга. Так, «пострадавшая» артерия является практически единственным сосудом, из которого формируется весь вертебрально-базилярный бассейн. После консультации сосудистого хирурга было предложено проведение церебральной ангиографии с последующим решением вопроса об эндоваскулярном лечении стеноза левой позвоночной артерии.

Проведенное эндоваскулярное контрастное исследование, подтвердило стеноз V2 сегмента левой позвоночной артерии 70% с постаневризматическим расширением (диссекция) и постаневризматическим критическим стенозом V3 сегмента (рис. 3). Ангиографическими признаками диссекции левой позвоночной артерии у данной больной являются: неравномерность просвета сосуда, стеноз по типу «крысиного хвоста» (рис. 3).

Рис. 3. Больная Л. Ангиография левой позвоночной артерии (исходная).

Рис. 4. Больная Л., ангиография левой позвоночной артерии (после операции).

Выполнено оперативное вмешательство: эндопротезирование левой позвоночной артерии: РЭД (рентгенэндоваскулярная дилатация) в зоне стенозов баллонным катетером диаметром 2,0 мм, установлено 2 стента (BioMime 4,5x 16 мм), просвет артерии восстановлен. Рентгенконтраст: Визипак 320-160мл.

На представленном снимке видно, что стеноза в сегментах V2 и V3 не выявляется, кровоток в левой позвоночной артерии восстановлен (рис. 4).

После проведенного лечения: состояние больной удовлетворительное, мышечная сила восстановилась до 5 баллов в правой ноге и 4 баллов в правой руке, в которой также остается ощущение «онемения». Гомонимная гемианопсия регрессировала. С рекомендацией не прерывать прием дезагрегантов (плавикс, аспирин), а также продолжить нейропротективную, сосудистую терапию, пациентка была выписана под наблюдение невролога по месту жительства.

Клинический пример № 2: больной Т., 31 год, поступил в стационар с жалобами на онемение и неловкость в левых конечностях, зрительные нарушения, головокружение. В неврологическом статусе при поступлении выявлялся: центральный парез VII, XII слева, центральный левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3б в руке и 4б в ноге, левосторонняя гомонимная гемианопсия, левосторонняя гемигипестезия.

На основании данных дообследования был выставлен диагноз: повторный ишемический инсульт по типу артериальной тромбоэмболии в бассейне правой задней мозговой артерии с синдромом левостороннего центрального гемипареза, гемигипестезии, левосторонней гомонимной гемианопсии, на фоне диссекции правой позвоночной артерии с формированием аневризмы на уровне C1-C2.

Из анамнеза известно, что впервые был доставлен бригадой «скорой помощи» в неврологическое отделение ГКБСМП три месяца назад с жалобами на остро возникшую слабость в левых конечностях, нарушение зрения. После дообследования был установлен диагноз: ишемический инсульт в вертебрально-базиллярном бассейне с синдромом левосторонней гомонимной гемианопсии, левостороннего центрального гемипареза. Выявленная на МСКТА мешотчатая аневризма на уровне C1-2 правой позвоночной артерии не была расценена как возможная причина ишемического инсульта.

Пациент выписан из стационара со значительным улучшением. Повторный инсульт в бассейне правой задней мозговой артерии развился через три месяца. Углубленный сбор анамнеза позволил установить, что в 2013 году больной перенес спинальную травму с компрессионным переломом

Рис. 5. Больной Т., МРТ головного мозга.

L2-3 позвонков. Отмечался нижний парапарез, симптомы которого регрессировали на фоне лечения. В 2014 году — повторный эпизод падения с высоты, после чего появились боли в шейном отделе позвоночника.

На МРТ головного мозга: супратенториально, на медиальной поверхности правой затылочной доли обширная зона кистозно-ликворной трансформации размерами 56x20x18 мм. В таламусе справа — «застарелый» ишемический инсульт 14x8 мм с кистозно-ликворной трансформацией (рис. 5).

На МРА головного мозга картина гипоплазии интракраниального сегмента позвоночной артерии справа.

На МСКТА и церебральной ангиографии: справа, на уровне C1-C2 в позвоночной артерии определяется мешотчатая аневризма (рис. 6) с широким основанием, размерами 3x1,5 мм в экстракраниальной части правой позвоночной артерии.

Проведено эндоваскулярное вмешательство на сосудах шеи, позволившее выявить стеноз позвоночной артерии в V3-V4, с аневризматическим мешком 2,4 на 1,9 мм; шейка аневризмы — 3,4 мм. Выполнена РЭО аневризмы (спиралью CompassComplex 2,5x3,5 см) со стент ассистенцией

Рис. 6. Больной Т., ангиография правой позвоночной артерии (исходная).

Рис. 7. Больной Т., ангиография правой позвоночной артерии (после операции).

(LVIS 5x23 мм). Просвет артерии восстановлен. Аневризматический мешок не контрастируется (рис. 7). Рентгенконтраст: Визипак 320-160 мл.

Пациент выписан из стационара в удовлетворительном состоянии с рекомендациями принимать плавикс 75 мг в течение 2 месяцев, аспирин кардио 100 мг – пожизненно.

Таким образом, очевидно, что инсульт, развившийся в молодом возрасте, требует пристального внимания клиницистов. Для уточнения причины сосудистой катастрофы, помимо рутинных методов, необходимо проводить целенаправленное исследование брахиоцефальных артерий (МРА сосудов шеи, МСКТА сосудов шеи, а при необходимости – ангиографическое исследование по Сельдингеру).

Приведенные в данной статье клинические наблюдения показывают, что улучшение оснащенности сосудистого Центра, привлечение технологий эндоваскулярной хирургии, способствуют значительному повышению качества диагностики и лечения данного заболевания.

Литература

1. Добрынина Л.А., Калашникова Л.А., Павлова Л.Н. Ишемический инсульт в молодом возрасте // Журнал неврологии и психиатрии. – 2011. – № 3. – С. 3-4.
2. Евтушенко С.К., Лисовский Е.В., Евтушенко О.С. Дисплазия соединительной ткани в неврологии и педиатрии: руководство для врачей. – Донецк, 2009. – С. 26-28.
3. Кадурина Т.И. Наследственные коллагенопатии. – СПб., 2000. – С. 112-114.
4. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Особенности нарушений мозгового кровообращения (инсультов) в молодом возрасте // Вестник практической неврологии. – 1996. – № 2. – С. 5-7.
5. Bassi P., Lattuada P., Gomitoni A. Cervical cerebral artery dissection: a multicenter prospective study (preliminary report) // Neurol. Sei. – 2003. – Vol. 24. – P. 4-7.
6. Baumgartner R.W., Bogousslavsky J. Clinical manifestations of carotid dissection // Front. Neurol. Neurosci. – 2005. – Vol. 20. – P. 70-76.
7. Beletsky V., Nadareishvili Z., Lynch J. Cervical arterial dissection: time for a therapeutic trial // J. Neurosci. 2004. – Vol. 19, № 1. – P. 112-118.
8. Fukuda M., Aiba T., Takahashi S. Bilateral medial medullary infarction due to // Clin. Neurol. Neurosurg. – 2004. – Vol. 106. – P. 132-135.
9. Karimi M., Razavi M., Fattal D. Rubral lateropulsion due to vertebral artery dissection in a patient with Klippel-Feil syndrome // Arch. Neurol. – 2004. – Vol. 61, № 4. – P. 583-585.

References

1. Dobrynina L.A., Kalashnikova L.A., Pavlova L.N. Ischemic stroke at a young age // Journal of Neurology and Psychiatry. – 2011. – № 3. – P. 3-4.
2. Yevtushenko S.K., Lisovskiy E.V., Yevtushenko O.S. Connective tissue dysplasia in neurology and pediatrics: a guide for doctors. – Donetsk, 2009. – P. 26-28.

3. Kadurina T.I. Hereditary collagenopathy. – SPb., 2000. – P. 112-114.
4. Kadykov A.S., Shakhparonova N.V. Features of cerebral circulation disorders (strokes) at a young age // Journal of Practical Neurology. – 1996. – № 2. – P. 5-7.
5. Bassi P., Lattuada P., Gomitoni A. Cervical cerebral artery dissection: a multicenter prospective study (preliminary report) // Neurol. Sei. – 2003. – Vol. 24. – P. 4-7.
6. Baumgartner R.W., Bogousslavsky J. Clinical manifestations of carotid dissection // Front. Neurol. Neurosci. – 2005. – Vol. 20. – P. 70-76.
7. Beletsky V., Nadareishvili Z., Lynch J. Cervical arterial dissection: time for a therapeutic trial // J. Neurosci. 2004. – Vol. 19, № 1. – P. 112-118.
8. Fukuda M., Aiba T., Takahashi S. Bilateral medial medullary infarction due to // Clin. Neurol. Neurosurg. – 2004. – Vol. 106. – P. 132-135.
9. Karimi M., Razavi M., Fattal D. Rubral lateropulsion due to vertebral artery dissection in a patient with Klippel-Feil syndrome // Arch. Neurol. – 2004. – Vol. 61, № 4. – P. 583-585.

Сведения об авторах

Народова Валерия Вячеславовна – доктор медицинских наук, профессор кафедры нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2469368, e-mail: narodova_v@mail.ru.

Народов Андрей Аркадьевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры и клиники хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2469357, e-mail: narodov_a@mail.ru.

Позднякова Мария Николаевна – заведующая отделением для больных с нарушением мозгового кровообращения, МБУЗ ГKBСМП им. Н. С. Карповича.

Адрес: 660062, г. Красноярск, ул. Курчатова, г. 17; тел. 8(391) 2469368; e-mail: marnik.2013.pozdniakova@yandex.ru.

Народова Екатерина Андреевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2469368, e-mail: katty_n2001@mail.ru.

Ерахтин Евгений Евгеньевич – врач-ординатор нейрохирургического отделения МБУЗ ГKBСМП им. Н. С. Карповича.

Адрес: 660062, г. Красноярск, ул. Курчатова, г. 17; тел. 8(391) 2469347; e-mail: eerp2009@gmail.com.

Домрачев Дмитрий Владимирович – врач-ординатор отделения для больных с нарушением мозгового кровообращения, МБУЗ ГKBСМП им. Н. С. Карповича.

Адрес: 660062, г. Красноярск, ул. Курчатова, г. 17; тел. 8(391) 2469368; e-mail: domrachew dw@yandex.ru.

Authors

Narodova Valery Vyacheslavovna – Dr. Med. Sc, Professor of the Department of Nervous Diseases with the Course of Medical Rehabilitation, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, Partisan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; Phone +7(903) 9234994, e-mail: narodova_v@mail.ru.

Narodov Andrey Arkadievich – Dr. Med. Sc, Professor of the Department and Clinic of Surgical Diseases named after Prof. A.M. Dikho with the Course of Endoscopy and Endosurgery, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, Partisan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; Phone +7(902) 9903547, e-mail: narodov_a@mail.ru.

Pozdnyakova Maria Nicholaevna – Head of the Department for Patients with Cerebral Circulation Impairment.

Address: 17, Kurchatov Str., Krasnoyarsk, Russia, 660062; Phone +7(960)7668968, e-mail: marnik.2013.pozdniakova@yandex.ru.

Narodova Ekaterina Andreevna – Cand. Med. Sc., Assistant of the Department of Nervous Diseases with the Course of Medical Rehabilitation, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, Partisan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; Phone +7(902)9248995, e-mail: katya_n2001@mail.ru.

Erakhtin Evgeny Evgenievich – the Doctor of the Neurosurgery Department, Municipal Emergency Medical Care Hospital named after N. S. Karpovich.

Address: 17, Kurchatov Str., Krasnoyarsk, Russia, 660062; Phone +7(902)9420480, e-mail: eepn2009@gmail.com.

Domrachev Dmitry Vladimirovich – the Doctors of the Department for Patients with Cerebral Circulation Impairment, Municipal Emergency Medical Care Hospital named after N. S. Karpovich.

Address: 17, Kurchatov Str., Krasnoyarsk, Russia, 660062; Phone +7(903)9201075, e-mail: domrachev dw@yandex.ru.

© МАКСИМОВА И. В., БЕРЕЗОВСКАЯ М. А., КОРОБИЦИНА Т. В.

УДК: 616.89-008.46-06:[616.89-008.441.13-02-021:616.8-099.24]

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ АЛКОГОЛЬНЫЙ ПСИХОЗ С СУДОРОЖНЫМ ПРИПАДКОМ

И. В. Максимова, М. А. Березовская, Т. В. Коробицина

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО, зав. — д. м. н., доц. М. А. Березовская.

Цель исследования. Изучить особенности когнитивных расстройств у лиц с алкогольной зависимостью, перенесших большой судорожный припадок.

Материалы и методы. Обследовано 75 пациентов с алкогольной зависимостью в возрасте от 22 до 71 года. Для оценки когнитивных нарушений использовалась Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE).

Результаты. Когнитивные нарушения у больных, страдающих алкогольной зависимостью и перенесших судорожный припадок, развиваются в более молодом возрасте, раньше достигают степени деменции, имеют ряд особенностей в клиническом оформлении.

Заключение. Выявленные особенности когнитивных расстройств у больных с алкогольной зависимостью, перенесших судорожный припадок, имеют значение для тактики ведения пациентов.

Ключевые слова: зависимость от алкоголя, алкогольный психоз, судороги.

FEATURES OF THE COGNITIVE DISORDERS IN PEOPLE WHO HAVE HAD ALCOHOLIC PSYCHOSIS WITH CONVULSION SEIZURES

I. V. Maksimova, M. A. Berezovskaya, T. V. Korobitsina

Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky

The aim of the research. To study the features of cognitive disorders in patients with alcohol dependence who have suffered from convulsion seizure.

Materials and methods. There were examined 75 alcohol-dependent patients aged 22 to 71 years old. To assess cognitive disorders was used Mini-Mental State Examination (MMSE).

Results. Cognitive disorders in patients with alcohol dependence and suffered from convulsion seizure, are developed at a younger age, reach the degree of dementia earlier, have a number of features in the clinic.

Conclusion. The revealed features of cognitive disorders in patients with alcohol dependence who have suffered from seizure, are important for the treatment of the patients.

Key words: alcohol dependence, alcohol psychosis, convulsions.

Введение

Во все времена злоупотребление алкоголем, зависимость от этанола и алкогольные психозы являлись актуальной проблемой общества. Алкоголизм является одним из сложных патологических процессов, приводящих к существенным экономическим, медико-социальным и духовным потерям [2]. Со злоупотреблением алкоголем связаны около трети всех смертей в России [1].

Осложнения со стороны нервной системы, связанные с алкоголизмом, также давно известны.

К особенностям действия этанола следует отнести поражение всех отделов нервной системы, а также значительное многообразие патогенетических механизмов, обуславливающих его токсическое действие. Алкоголь является наиболее часто встречаемым экзогенным токсином, вызывающим энцефалопатию [3].