

«ИЗДАТЕЛЬСТВО
“МЕДИЦИНА”»

Неврологический журнал

JOURNAL OF NEUROLOGY

Научно-практический журнал

Выходит один раз в два месяца

Основан в 1996 г.

2 • 2012

Том 17

Главный редактор Н. Н. ЯХНО

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Г. Н. АВАКЯН, В. А. ГОЛУБЕВ,
И. В. ДАМУЛИН (зам. главного редактора),
Е. П. ДЕКОНЕНКО, Д. Р. ЗЕНКОВ, В. А. КАРЛОВ,
В. В. КРЫЛОВ, А. Н. КУЗНЕЦОВ, В. А. ПАРФЕНОВ,
М. А. ПИРАДОВ, А. А. СКОРОМЕЦ, З. А. СУСЛИНА,
Т. Е. ШМИДТ (ответственный секретарь)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

В. М. АЛИФЕРОВА (Томск), Э. И. БОГДАНОВ (Казань),
В. А. ВАЛЕНКОВА (Москва), А. В. ГУСТОВ (Нижний Новгород),
В. В. ЗАХАРОВ (Москва), Г. А. ИВАНИЧЕВ (Казань),
С. Н. ИЛЛАРИОШКИН (Москва), С. М. КУЗНЕЦОВА (Киев),
О. С. ЛЕВИН (Москва), Я. И. ЛЕВИН (Москва),
С. А. ЛИХАЧЕВ (Минск), М. А. ЛОБОВ (Москва),
А. Ю. МАКАРОВ (Санкт-Петербург), О. И. МАСЛОВА (Москва),
Д. М. МЕРКУЛОВА (Москва), Л. Б. НОВИКОВА (Уфа),
М. М. ОДИНАК (Санкт-Петербург),
А. С. ПЕТРУХИН (Москва), П. И. ПИЛИПЕНКО (Новосибирск),
И. Д. СТУЛИН (Москва), Г. Г. ТОРОПИНА (Москва),
А. И. ФЕДИН (Москва), В. И. ШМЫРЕВ (Москва),
А. А. ШУТОВ (Пермь), Я. Б. ЮДЕЛЬСОН (Смоленск)



МОСКВА

«ИЗДАТЕЛЬСТВО "МЕДИЦИНА"»

115088, Москва,
ул. Новоостاپовская, д. 5, стр. 14.

ЛР N 010215 от 29.04.97 г.

«MEDITSINA»
Publishing House

115088, Moscow,
Novoostapovskaya str 5, build. 14

ОТДЕЛ РЕКЛАМЫ

Тел/факс: 8-499-264-00-90

Ответственность за достоверность
информации, содержащейся в рекламных
материалах, несут рекламодатели.

*Журнал цитируется в Ульрихском
международном каталоге
периодики (США)*

Адрес редакции:

107140 Москва,
ул. Верхняя Красносельская,
д. 17 А, стр. 1 б.
ОАО «Издательство "Медицина"»
(проезд метро до станции
«Красносельская»)

Телефон редакции:
8-499-264-36-66

Зав. редакцией И. Х. Измайлова

E-mail: meditsina@mtu-net.ru
WWW страница: www.medlit.ru

Редактор *Е. И. Константинова*
Художественный редактор
Р. Р. Катеева

Корректор *Т. Д. Малышева*
Переводчик *И. Г. Тишкова*

Сдано в набор 03.04.2012.
Подписано в печать 30.05.2012.
Формат 60 × 88½.
Печать офсетная.
Печ. л. 7,00.
Усл. печ. л. 6,86.
Уч.-изд. л. 6,91.
Заказ 312.

ISSN 1560-9545



9 771560 954003

**Индекс 72157 — для
индивидуальных
подписчиков**

**Индекс 72158 — для
предприятий
и организаций**

ISSN 1560-9545. Неврологический журнал. 2012.
Том 17. № 2. 1—56.
Подписной тираж номера 1030 экз.
Отпечатано в ООО «Подольская
Периодика», 142110, г. Подольск,
ул. Кирова, 15

Уважаемые читатели!
Приглашаем Вас посетить сайт
«Издательства "Медицина"» в Интернете
Наш адрес:
www.medlit.ru

Внимание!

Подписка на «Неврологический журнал»
принимается в почтовых отделениях
по месту жительства.

Журнал включен в каталог «Газеты и журналы»
агентства «Роспечать».

Индекс журнала в каталогах «Роспечати»:
72157 — для индивидуальных подписчиков,
72158 — для предприятий и организаций.

Уважаемые читатели!

Мы предлагаем
индивидуальным подписчикам
подписаться на наш журнал
и получать его непосредственно в издательстве
«Медицина» без наценок за доставку.

Все права защищены. Ни одна часть этого издания не может быть
занесена в память компьютера либо воспроизведена любым спосо-
бом без предварительного письменного разрешения издателя.

ОАО «Издательство "Медицина"», 2012

ЛЕКЦИЯ

Замерград М. В., Антоненко Л. М. Посттравматическое головокружение 4

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
И НАБЛЮДЕНИЯ

Сидякина И. В., Царенко С. В., Добрушина О. Р., Каледина И. В., Маневский А. П., Шаповаленко Т. В., Лядов К. В. Прогностическая модель оценки летальности и функционального восстановления после тяжелого и крайне тяжелого инсульта 10

Дроздова Е. А., Захаров В. В. Когнитивные функции в остром периоде сотрясения головного мозга 15

Балязина Е. В., Гончарова З. А., Сейхвел С. М. Невралгия тройничного нерва у больных рассеянным склерозом 22

Казakov В. М., Руденко Д. И., Колынин В. О., Посохина О. В., Muntoni F., Dubowitz V., Sewry C., Jimenez-Mallebrera C., Anderson L., Angelini C. Конечностно-поясничная мышечная дистрофия типа 2А (КПМД2А) — кальпаинопатия. Описание случая 27

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

Самхаева Н. Д., Зиновьева О. Е., Rogovina E. G., Торопина Г. Г., Миронова М. Л., Перепелова Е. М., Маклыгина Ю. Ю., Паренькова Т. В. Множественные пороки развития 33

ОБЗОР

Власенко А. Г., Моррис Д. К., Минтон М. А., Иллариошкин С. Н. Доклиническая стадия болезни Альцгеймера. Обзор иностранной литературы 39

ДИСКУССИЯ

Табеева Г. Р., Азимова Ю. Э., Замерград М. В. Современная концепция вестибулярной мигрени 45

ЮБИЛЕЙ

Владимир Викторович Белопасов (к 70-летию со дня рождения) 54

РЕЦЕНЗИЯ

Шутов А. А. А. П. Иерусалимский. Прогредентные формы клещевого энцефалита. Новосибирск, 2011, 76 с. 55

НЕКРОЛОГ

Леонид Ростиславович Зенков 56

LECTURE

Zamergrad M.V., Antonenko L.M. Posttraumatic dizziness 4

CLINICAL RESEARCHES AND CASES

Sidyakina I.V., Tsarenko S.V., Dobrushina O.R., Kaledina I.V., Manevskiy A.P., Shapovalenko T.V., Lyadov K.V. The predictive model of mortality and functional recovery after severe and extremely severe stroke 10

Drozдова E.A., Zakharov V.V. Cognitive function in the acute period of cerebral commotion 15

Balyazina E.V., Goncharova Z.A., Seikhvel S.M. Trigeminal neuralgia in patients with multiple sclerosis 22

Kazakov V.M., Rudenko D.I., Kolynin V.O., Posokhina O.V., Muntoni F., Dubowitz V., Sewry C., Jimenez-Mallebrera C., Anderson L., Angelini C. The limb-girdle dystrophy type 2 (LGMD 2A). A case report 27

CLINICAL ANALYSIS

Samkhaeva N.D., Zinovyeva O.E., Rogovina E.G. Toropina G.G., Mironova M.L., Perepelova E.M., Maklygina Y.Yu., Paren'kova T.V. Multiple congenital anomalies 33

REVIEW

Vlassenko A.G., Morris J.C., Mintun M.A., Illarioshkin S.N. Preclinical Alzheimer's disease. Review of foreign literature 39

DISCUSSION

Tabeeva G.R., Azimova Y.E., Zamergrad M.V. The modern insight on vestibular migraine 45

ANNIVERSARY

Vladimir Victorovich Belopasov (to his 70 anniversary) 54

CRITICAL REVIEW

Shutov A.A. A.P. Ierusalimsky The progredient forms of tick-borne encephalitis. Novosibirsk, 2011, 76 p. 55

OBITIARY

Leonid Rostislavovich Zenkov 56

ЛЕКЦИЯ

© М. В. ЗАМЕРГРАД, Л. М. АНТОНЕНКО, 2012

УДК 616.28-008.55-02:617.51-001.4

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ

М. В. Замерград, Л. М. Антоненко

*Кафедра нервных болезней ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздравсоцразвития России

Головокружение представляет собой один из частых симптомов черепно-мозговой травмы. В статье рассматриваются наиболее распространенные разновидности посттравматического головокружения: посттравматическое доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), перилимфатическая фистула, сотрясение лабиринта, головокружение вследствие перелома височной кости и повреждения ствола мозга. Обсуждаются механизмы развития посттравматического головокружения. Приводятся диагностические критерии этих разновидностей посттравматического головокружения, дифференциально-диагностические признаки и методы их лечения. Описано посттравматическое ДППГ у пациентки с сочетанной травмой: ушибом головного мозга и переломом позвоночника.

Ключевые слова: *посттравматическое доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, перелом височной кости, сотрясение лабиринта, перилимфатическая фистула*

Dizziness is one of the most common symptoms of brain injury. The article presents the most frequent variants of posttraumatic dizziness: posttraumatic benign paroxysmal positioning vertigo, perilymphatic fistula, concussion of labyrinth, vertigo due to temporal fracture and brain stem disorders. The mechanisms of posttraumatic dizziness are discussed. The diagnostic criteria of these variants of posttraumatic dizziness, the diagnostic features and treatment opportunities are considered. The article provides a case of posttraumatic benign paroxysmal positioning vertigo in a female with multitrauma: brain injury and spinal fracture.

Key words: *posttraumatic benign paroxysmal positioning vertigo, temporal fracture, concussion of labyrinth, perilymphatic fistula.*

Головокружение часто возникает после черепно-мозговой травмы (ЧМТ). По данным разных исследований, головокружение после ЧМТ встречается у 40—60% пациентов [16, 23]. В результате головокружение становится второй по частоте после головной боли жалобой, возникающей после травмы мозга.

Диагностика головокружения, возникшего после ЧМТ, нередко представляет значительные трудности. Последние, вероятно, обусловлены двумя обстоятельствами: неоправданно широким толкованием термина "головокружение" и объективной сложностью выявления различных повреждений вестибулярной системы. В этой статье под термином "головокружение" мы понимаем так называемое истинное головокружение, т. е. ощущение мнимого движения или вращения предметов вокруг больного или самого больного в пространстве. Нередко пациенты называют головокружением и другие ощущения, например чувство неустойчивости, легкого опьянения, покачивания на волнах или тяжести в голове. Эти ощущения не являются головокружением, в большинстве случаев не связаны с повреждением

вестибулярной системы, обусловлены, как правило, пережитым стрессом или, возможно, сопутствующей "хлыстовой" травмой шейного отдела позвоночника и в этой статье не рассматриваются.

Зачастую головокружение, возникшее после травмы, считают симптомом сотрясения головного мозга, не пытаясь уточнить механизм его возникновения. Между тем патофизиология посттравматического головокружения весьма разнообразна. Причиной такого головокружения могут быть повреждения как периферического вестибулярного аппарата, так и центральных вестибулярных структур. Некоторые из этих состояний находятся в зоне смежных интересов неврологов и врачей других специальностей, прежде всего отоларингологов и травматологов, что дополнительно затрудняет их диагностику. Между тем своевременное и точное выявление причины посттравматического головокружения необходимо для подбора эффективного лечения и реабилитации.

Основными причинами посттравматического головокружения являются посттравматическое доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), перилимфатическая фистула, переломы височной кости, сотрясение лабиринта и повреждения ствола мозга.

Посттравматическое доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение

Посттравматическое ДППГ — самая частая причина головокружения после ЧМТ [14]. Оно развива-

*Россия, Москва, 119021, ул. Россолимо, 11
Russia, Moscow, 119021, Rossolimo str., 11

Сведения об авторах:

Замерград Максим Валерьевич — ст. науч. сотр. отдела неврологии и клинической нейрофизиологии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова; Антоненко Л. М. — врач клиники нервных болезней им. А. Я. Кожевникова Первого МГМУ им. И. М. Сеченова

ется в результате деструкции отолитовой мембраны. Причиной такой деструкции могут быть непосредственное механическое повреждение во время травмы головы или постепенная дегенерация отолитовой мембраны после сотрясения лабиринта. В первом случае головокружение появляется сразу или спустя несколько дней после ЧМТ, во втором — через несколько недель [30].

Частицы, образовавшиеся в результате деструкции отолитовой мембраны, свободно перемещаются в преддверии лабиринта, а имея небольшую массу, медленно оседают. Осаждаясь, при определенных положениях головы они могут через естественные отверстия полукружных каналов проникать внутрь их, становясь причиной каналолизии. При этом, будучи заряженными, частицы притягиваются друг к другу, формируя сгусток, масса которого может быть достаточной, чтобы при перемещении сгустка вызвать раздражение волосковых клеток ампулярного рецептора и, следовательно, ощущение головокружения. Чаще всего посттравматическое ДППГ манифестирует утром после сна при повороте в постели или попытке встать. Как правило (60—90%), патологический процесс локализован в заднем полукружном канале, что обусловлено анатомическими причинами: отолитовым частицам, образовавшимся в преддверье лабиринта, легче всего попасть именно в задний полукружный канал. Реже отолитовые частицы проникают в горизонтальный или передний полукружные каналы.

Диагностика посттравматического ДППГ прежде всего основывается на характерной клинической картине: головокружение возникает внезапно при перемене положения головы, например при повороте на бок в постели, переходе из положения лежа в положение сидя, запрокидывании головы или наклоне [2, 3, 22]. Головокружение бывает кратковременным и обычно продолжается несколько секунд, реже — около минуты. Оно прекращается при возвращении головы в исходное положение, однако при повторении провоцирующего движения возникает вновь. Нередко головокружение бывает значительно выраженным, сопровождается неустойчивостью, тошнотой и даже рвотой, которые не проходят и в покое, между приступами головокружения, что создает у пациента ошибочное ощущение непрерывности, а не пароксизмальности приступа, подчас мешающее врачу предположить верный диагноз. В других случаях при посттравматическом ДППГ неустойчивость и тошнота преобладают над собственно головокружением, и больные могут не сообщать о характерном мнимом ощущении движения окружающих предметов при перемене положения головы. Эти атипичные случаи также затрудняют диагностику посттравматического ДППГ и лишней раз свидетельствуют о важности проведения позиционных проб всем пациентам с жалобами на головокружение, возникшее после ЧМТ.

Если посттравматическое ДППГ не сопровождается другими повреждениями внутреннего уха, то снижение слуха и шум в ушах будут отсутствовать.

Диагноз посттравматического ДППГ подтверждается провокационными позиционными пробами. При попадании отолитовых частиц в задний полукружный канал будет положительной проба Дикса—Холлпайка. Эта проба характеризуется высокой чувствительностью и специфичностью в отношении ДППГ вообще и посттравматического ДППГ в частности [1, 8, 10, 21]. При выполнении пробы больного, сидящего на кушетке с головой, повернутой на 45° в сторону, быстро укладывают на спину так, что голова оказывается запрокинутой над краем кушетки. Если при этом после короткого (несколько секунд) латентного периода развивается вестибулярное головокружение, сопровождающееся горизонтально-ротаторным нистагмом и продолжающееся 20—40 с, пробу считают положительной.

При попадании отолитовых частиц в горизонтальный полукружный канал будет положительной позиционная проба МакКлюера—Пагнини. При выполнении этой пробы голову пациента, лежащего на горизонтальной поверхности без подушки, быстро поворачивают поочередно в одну и другую сторону. При этом возникает горизонтальный нистагм, как правило, более выраженный при повороте головы в сторону поврежденного лабиринта.

В случае сопутствующего повреждения шейного отдела позвоночника проводить позиционные пробы нельзя — диагностика посттравматического ДППГ основывается лишь на клинической картине заболевания.

Основу терапии ДППГ составляют специальные лечебные маневры, которые активно разрабатываются в течение последних 20 лет. При локализации отолитовых частиц в заднем полукружном канале наибольшее распространение получили маневры Эпли и Семонта, при повреждении горизонтального полукружного канала применяют маневр Лемперта. В целом эффективность лечебных позиционных маневров при ДППГ очень высока — 95% [15]. Однако при посттравматическом ДППГ лечебные позиционные маневры, возможно, менее эффективны, а заболевание чаще рецидивирует, чем при идиопатическом происхождении ДППГ [18]. Кроме того, есть данные о более частом двустороннем поражении при посттравматическом ДППГ в сравнении с идиопатическим [20].

Перилимфатическая фистула

Перилимфатическая фистула представляет собой патологическое соустье между перилимфатическим пространством внутреннего уха и пневматизированными участками среднего уха. Формирующееся сообщение между полостью среднего уха и перилимфатическим пространством приводит к тому, что воздух из среднего уха проникает во внутреннее ухо, а перилимфа попадает в среднее ухо. Перилимфатическая фистула формируется чаще всего (54%) в области мембраны круглого окна, реже — в области кольцевидной связки (15%) или подножной пластинки стремени (6%) [4]. Клинические проявления перилимфатической фистулы обусловлены деструк-