

В. Й. Тещук

*кандидат медичних наук, доцент,
Заслужений лікар України,
начальник ангіоневрологічного відділення
Клініка нейрохірургії і неврології Військово-медичного клінічного центру
Південного регіону України,
полковник медичної служби
м. Одеса, Україна*

Н. В. Тещук

*лікар-невролог
Центр медичної реабілітації та санаторного лікування «Одеський»
м. Одеса, Україна*

О. О. Руських

*лікар-інтерн невролог
Військово-медичний клінічний центр Південного регіону України
м. Одеса, Україна*

Є. І. Москаленко

*підполковник медичної служби
Військово-медичний клінічний центр Південного регіону України
м. Одеса, Україна*

ОСОБЛИВОСТІ СИНДРОМУ ВЕРТЕБРАЛЬНОЇ АРТЕРІЇ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ

Анотація. Синдром вертебральної артерії (СВА) – одна з важливих проблем сучасної неврології. Дуже часто СВА зустрічається серед військовослужбовців ЗС України. Виділені основні клінічні гурти пацієнтів з СВА. Встановлено, що ефективність лікування СВА нерозривно пов'язана з якісною і своєчасною діагностикою даної патології.

Ключові слова: синдром вертебральної артерії, ультразвукова доплерографія судин ший, транскраніальна доплерографія, магнітно-резонансна томографія, магістральні артерії голови.

Після повномасштабного вторгнення РФ в Україну значно зріс віковий ценз серед військовослужбовців ЗС України (до 60 років). Враховуючи, що багатьом військовослужбовцям не проводились медичні огляди на призовних ділянках районних (міських) територіальних центрів комплектування та соціальної підтримки (ТЦК та СП), або ж проводились лікарями, які залучалися з місцевих лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) рішенням керівників місцевих державних військово-цивільних адміністрацій ЗС України поповнилися не досконало обстеженими громадянами України. В зв'язку з цим значно збільшилась кількість військовослужбовців з цереброваскулярними захворюваннями (ЦВЗ). Це в свою чергу визначає актуальність розробки ранніх діагностичних критеріїв, та своєчасної діагностики ЦВЗ в цілому, та синдрому вертебральної артерії (СВА) зокрема. Військовослужбовці в умовах військового часу, при відсутності певних навиків, одягнули бронежилети та змушені були стрибати в обладунках з військової техніки та в окопи. Це в свою чергу призвело до значного зростання кількості пацієнтів з ЦВЗ та вертеброгенними захворюваннями (ВЗ).

Метою нашої роботи було встановлення клініко-діагностичних критеріїв для встановлення діагнозу СВА у військовослужбовців ЗС України в умовах військового шпиталю (ВШ).

Матеріали та методи

Нами в умовах ангіоневрологічного відділення (АНВ) клініки нейрохірургії і неврології Військово-медичного клінічного центру (ВМКЦ) Південного регіону (ПР) проведено аналіз медичної документації 112 пацієнтів, котрі поступали на стаціонарне лікування з березня по липень 2022 року в діагнозі, яких звучав СВА. Серед них було 110 чоловіків (98,2%) та 2 жінок (1,8%), віком від 18 до 62 років (середній вік $46 \pm 5,9$ років). Проводилось клініко-інструментальне обстеження [1-6].

Результати та їх обговорення

Діагностика СВА в умовах військового стану достатньо складна, в зв'язку з поліморфізмом скарг та клінічної симптоматики. В клінічній практиці ми часто зіштовхувались, як з гіпердіагностикою СВА так і з гіподіагностикою. Гіпердіагностика СВА частіше всього пов'язана з елементарним недообстеженням пацієнтів, відсутністю діагностичної бази в умовах військового стану (ВС). Частіше всього це відбувається за наявності у пацієнтів вестибуло-атактичного або кохлеарного синдрому, коли військовому лікарю не вдається розпізнати, або запідозрити патологію лабіринту [6]. Не дивлячись на багатогранність скарг, котрі висуваються пацієнтами з СВА (головні болі, запаморочення, хиткість при ходьбі, шум та дзвін у вухах, фотопсії, пароксизми втрати свідомості, транзиторні порушення зору, минаючі порушення мозкового кровообігу, тощо) військовому лікарю необхідно виділити основний клінічний синдром та зіставити його з описом клінічних проявів СВА [6]. В подальшому необхідно встановити наявність екстравазальних компресій або деформацій вертебральних артерій (ВА). Однак не завжди отримані результати рентгенологічних методів обстеження корелюють з клінічною симптоматикою. Тому для уточнення характеру процесу необхідно встановити факт компресійного впливу на ВА, що досягається при використанні ультразвукової доплерографії (УЗДГ) судин шиї та транскраніальної доплерографії (ТКДГ) [1-4;6]. Оцінюючи медичну документацію ми виділили ряд гуртів(клінічних варіантів) СВА. До першого гурту віднесли пацієнтів з транзиторними ішемічними атаками (ТІА) – 4 (3,6%). Ішемічна стадія СВА проявлялася у вигляді минаючих порушень мозкового кровообігу (ПМК) у вертебрально- базилярному басейні (ВББ). Найбільш частими клінічними симптомами були: минаючі рухові та сенсорні порушення, повна або часткова втрата зору, гомонімна геміанопсія; атаксія не пов'язана з головокружінням, нападаподібні запаморочення, котрі супроводжувалися нудотою, блювотою, дисфагією, дизартрією, диплопією. До другого гурту були віднесені 36 (32,1%) пацієнтів з вестибуло-атактичним синдромом (ВАТ) на фоні хронічної недостатності мозкового кровообігу (ХНМК). В них переважали суб'єктивні симптоми: головокружіння, відчуття нестійкості тіла, потемніння в очах; порушення рівноваги, котрі супроводжувалися нудотою та блювотою; серцево-судинні порушення. Симптоми посилювалися під час рухів головою та при вимушеному положенні голови.

Третій гурт складала 29 (25,9%) пацієнтів у котрих на фоні ХНМК виникали дроп-атаки (напади миттєвого падіння пов'язані з ішемізацією каудальних відділів стовбура головного мозку (ГМ) та мозочку, котрі проявлялися виникненням тетрапарезу за різкого закидання голови з швидким послідовним відновленням рухової функції). Значну частину складала хворі з синдромом вегетативних розладів (СВР) на фоні ХНМК – 13 (11,6%). Цей синдром виникав в період загострення СВА, не був ізольованим, та проявлявся вегетативними проявами, такими, як відчуття жару, озноб, похолодання кінцівок, гіпергідроз, змінами дермографізму, пароксизмальними порушеннями сну та бадьорості.

В окремий гурт ми виділили 8 (7,1%) пацієнтів з синдромом Барре – Льеу (задньо-шийним симпатичним синдромом – ЗШСС). Клінічно це проявлялося в них головним болем (ГБ) в шийно-потиличній ділянці з іррадіацією в передні відділи голови (по типу «знімання шолома»). ГБ пульсуючого або стріляючого характеру, починався в шийно-потиличній ділянці та розповсюджувався на тім'яну, скроневу та лобну ділянки. Як правило, ГБ був постійним, особливо зранку, після сну на незручній подушці, посилювався при ходьбі, при рухах в шийному відділі хребта (ШВХ). ГБ, як правило, супроводжувався вегетативними порушеннями, кохлеовестибулярними та зоровими розладами [5]. До особливого гурту ми віднесли пацієнтів з так званою базилярною мігренню – 3 (2,7%). Як правило, мігреноподібний напад у хворих даного гурту починався двобічними зоровими порушеннями, котрі супроводжувалися запамороченнями, атактичними проявами, шумом у вухах, дизартрією. На висоті нападу інколи виникав цефалгічний синдром (переважно в потиличній ділянці), котрий супроводжувався нудотою та в ряді випадків пароксизмом втрати свідомості. Базилярна мігрень не є наслідком компресії безпосередньо ВА, в її основі лежить звуження основної артерії (ОА), або її гілок. Даний синдромокомплекс слід розглядати в контексті клінічних проявів СВА.

Окрім цього, заслуговують уваги 14 (12,5%) хворих з кохлео-вестибулярним синдромом (КВС). Кохлеарні порушення проявлялися шумом та дзвоном у вухах та потилиці, парестезіями, приглухуватістю, зниженням сприйняття шепітної мови, а відтак змінами на аудіограмі. Вищеписані порушення, як правило, поєднувалися з пароксизмальними несистемними запамороченнями (відчуття нестійкості, похитування), або системним головокружінням. Шум та дзвін у вухах характеризувався стійкістю та тривалістю проявів, за характером змінювався в залежності від положення голови. У 5 (4,5%) пацієнтів діагностували офтальмічний синдром (ОС). У них зорові порушення характеризувалися минаючою фотопсією, миготливою скотоною, стомлюваністю та зниженням гостроти зору при читанні та інших зорових навантаженнях. Практично у всіх хворих даного гурту відмічалися явища кон'юнктивіту: пекучі больові відчуття, відчуття «піску» в очах, почервоніння кон'юнктиви, сльозотеча. Також спостерігалися епізоди нападоподібного випадіння полів зору або їх сегментів, частіше всього вони були пов'язані із змінами положення голови. У трьох пацієнтів (2,7%) ми спостерігали синдром Унтерхарншайдта (синкопальний вертебральний синдром- СВС). Синкопальний напад Унтерхарншайдта проявлявся ГПМК в ретикулярній формації стовбура головного мозку (ГМ), та характеризувався короткочасним виключенням свідомості при різких рухах головою, або при тривалому вимушеному положенні голови.

Для встановлення діагнозу вертеброгенного СВА необхідна була наявність трьох характерних клініко-діагностичних критеріїв [6].

ВИСНОВОК

Таким чином, ефективність лікування СВА нерозривно пов'язана з якісною і своєчасною діагностикою даної патології. Масштабна розповсюдженість вертебральних порушень та пов'язаних з ними церебральних вазопатій серед військовослужбовців Збройних Сил України передбачає проведення комплексного обстеження даної категорії громадян України в ЛПЗ України **безкоштовно та першочергово**. Стратегія профілактики заключається перш за все в динамічному спостереженні за пацієнтами даного гурту з широким застосуванням ультразвукових методів діагностики, зокрема УЗДГ+ТКДГ. Необхідно також ввести в амбулаторну неврологічну практику стандарти комплексного променевого обстеження (функціональна рентгенографія, УЗДГ+ ТКДГ, МРТ та спіральна КТ) всіх пацієнтів з вертебральними скаргами та клінічними проявами. Дотримання даних принципів сприятиме розширенню діагностичних можливостей та адекватній профілактиці СВА у захисників України.

ЛІТЕРАТУРА

1. Тещук В.Й., Дунай О.А., Тещук В.В., Медвідь Н.А., Воронова Ю.В. Роль ультразвукової доплерографії та транскраніальної доплерографії в діагностиці гострих порушень мозкового кровообігу // Актуальні проблеми транспортної медицини. 2011. № 3(25). С. 138-142.
2. Тещук В.Й., Тещук В.В., Дунай О.А. Діагностична цінність потовщення комплексу інтима-медіа // Радіологічний вісник. № 1-2 (62-63). 2017. С. 100-101.
3. Тещук В.Й., Дунай О.А. Актуальність оцінки цереброваскулярних захворювань методами ультразвукової діагностики // «Гуманітарний та інноваційний ракурс професійної майстерності: пошуки молодих вчених». Матеріали II міжнародної науково-практичної конференції студентів, аспірантів та молодих вчених. – О.: «Фенікс». 2016. С. 238-239.
4. Тещук В.И., Тещук Н.В., Дунай Е.А. Медотилин в системе реабилитации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения // NEUROLOGY and NEUROSURGERY/ EASTERN EUROPE. 2018. volume 8. № 1. P. 135-141.
5. Стоянов О.М., Тещук В.Й., Тещук Н.В., Стоянов А.О., Колесник О.О. ПАТЕНТ НА ВИНАХІД № 116422 «СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДИСФУНКЦІЇ ВЕГЕТАТИВНОГО ВІДДІЛУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ»- Зареєстровано в Державному реєстрі патентів України на винаходи 12.03.2018 р. – Київ. – 2018. – 8с.
6. Тещук В.Й., Тещук Н.В., Руських О.О., Аврамов П.С. Синдром вертебральної артерії в практиці військового лікаря // Південноукраїнський медичний науковий журнал. – ГО «Південна фундація медицини». Одеса. 2022. № 31. С. 74-76.

V. Teshchuk, N. Teshchuk, O. Ruskykh, Y. Moskalenko. Peculiarities of the vertebral artery syndrome in the conditions of martial law. – Article.

Summary. Vertebral artery syndrome (VAS) is one of the important problems of modern neurology. Very often, SVA is found among the military personnel of the Armed Forces of Ukraine. The main clinical groups of patients with SVA are highlighted. It has been established that the effectiveness of SVA treatment is inextricably linked to high-quality and timely diagnosis of this pathology.

Key words: vertebral artery syndrome, ultrasound dopplerography of neck vessels, transcranial dopplerography, magnetic resonance imaging, main arteries of the head.