

Байдина Т.В.¹, Данилова М.А.¹, Ожгибесова Т.В.¹,
Каракулова Ю.В.¹, Шишкина Е.С.²

Идиопатическая рецидивирующая множественная невропатия краниальных нервов

1 – ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, 2 – ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Киров

Bajdina T.V., Danilova M.A., Ozhgibesova T.V., Karakulova Yu.V., Shishkina E.S.

Idiopathic Recurrent Multiple Cranial Nerve Neuropathy

Резюме

В статье приведено описание редкого клинического случая – множественной рецидивирующей невропатии краниальных нервов идиопатического характера у пациентки 65 лет с эпизодами поражения лицевого, отводящего и глазодвигательного нервов. Приводятся аналогичные описания в литературе и обсуждается возможная природа заболевания.

Ключевые слова: невропатия, краниальные нервы

Summary

The article describes a rare clinical case – the idiopathic multiple recurrent neuropathy of cranial nerves in the 65-year-old patient with episodes of damage to the facial, abducent and oculomotor nerves. Similar descriptions are given in the literature and the possible origin of the disease is discussed.

Keywords: neuropathy, cranial nerves

Введение

Рецидивирующие множественные невропатии встречаются в практике как проявление невропатии с предрасположенностью к параличам от сдавления. Природа и клиническая картина данной патологии установлена: это аутосомно-доминантное заболевание, характеризующееся развитием рецидивирующих демиелинизирующих мононевропатий, обусловленных повышенной чувствительностью периферических нервов к сдавлению или другим вариантам травматизации [1]. Однако в нашей практике мы встретились с рецидивирующей невропатией краниальных нервов, этиологией которой не может быть микротравматизация.

Клиническое наблюдение

Пациентка Г., 65 лет, пенсионерка, обратилась с жалобами на опущение верхнего века слева, которое развилось спонтанно днём. При поднятии века отметила двоение. Птоз сохранялся, последующие три ночи периодически просыпалась от пульсации в левой лобно-височной области. При обращении к врачу было зафиксировано высокое артериальное давление (180/100 мм рт.ст.), была назначена гипотензивная терапия, достигнута нормотензия. Через месяц была госпитализирована, офтальмоплегия за счет поражения левого глазодвигательного

нерва сохранялась: в неврологическом статусе отмечен птоз, расходящееся косоглазие, отсутствие движений левого глазного яблока вверх и кнутри, мидриаз слева с вялой прямой и содружественной реакцией зрачка на свет. Проводниковой симптоматики не было. Сухожильные и периостальные рефлексы были живыми, чувствительность сохранена. Отсутствовали общемозговые, менингеальные, координаторные расстройства. Таким образом, у пациентки отмечалась спонтанно развившаяся изолированная невропатия III пары черепных нервов. Получала неспецифическую терапию. Выписана с улучшением – начало поднимать веко, появились движения глазного яблока кнутри. Осмотрена через полтора месяца после выписки – симптоматика регрессировала. Признаки офтальмоплегии отсутствовали.

Данный эпизод краниальной невропатии был у пациентки не первым. За 5 лет до описанных событий перенесла невропатию левого лицевого нерва без сухости глаза, гиперактузии и расстройства вкуса. Заболевание также развилось остро на фоне общего благополучия. Длительно лечилась, движения в лице восстановились частично, развилась контрактура мимической мускулатуры.

За год до невропатии левого глазодвигательного нерва перенесла невропатию правого отводящего нерва со спонтанным развитием и полным регрессом в течение 2

месяцев. Заболевание развилось остро, без предшествующих воздействий.

Сопутствующие заболевания:

- Артериальная гипертензия (в течение 5 лет) III ст, 2 ст., риск – 3. Привычное АД 170/100 мм рт.ст. Регулярной гипотензивной терапии не получает. ЭКГ – синусовая тахикардия. Нарушение внутрисердечной проводимости. Признаки увеличения левого желудочка. Метаболические изменения боковой стенки.

- Сахарный диабет (СД) 2 тип в течение 3-х лет. Сахароснижающие препараты не принимает.

- В 48 лет – экстирпация матки с придатками по поводу миомы. 13 лет назад – иссечение лейкоплакии вульвы с последующим облучением, состояла на учёте у онколога, 6 лет назад снята с учета, в настоящее время патологии нет.

Анамнез жизни: профессиональных вредностей нет. Наследственность не отягощена. Имеет двух взрослых здоровых сыновей.

Результаты дополнительных обследований: общий анализ крови, мочи – норма. Антитела к гепатиту В, гепатиту С, RW, ВИЧ – отрицательные. Показатели биохимического анализа крови, коагулограммы в пределах нормы, волчаночный антикоагулянт – отрицательный. Гомоцистеин – 6.63 U/L (при норме 5.0-15.0 U/L), антитела к кардиолипину (IgM, IgG) – норма. Гликемический профиль: 8:00 час – 8.2 ммоль/л, 11:00 час – 9.9 ммоль/л, 22:00 час – 5.6 ммоль/л. Гликированный гемоглобин -7.2% (4.0-6.0). В ликворе: белок – 1.01 г/л, цитоз – 2 клетки (лимфоциты), глюкоза – 4.98 (2.2-4.4) ммоль/л, хлориды – 118.9 (115.0-125.0) ммоль/л. МРТ головного мозга – картина очаговых изменений постинсультного и дистрофического характера; перивентрикулярная лейкоэнцефалопатия; умеренно выраженная наружная гидроцефалия; гипоплазия левой ПА. МСКТАГ: субкраниальная (высокая) извитость с острым углообразованием (кинкинг) правой ВСА, S-образная извитость н/3 правой ВСА с острым углообразованием. Вариант неслияния ПЗА, БА является продолжением правой ПЗА. Гипоплазия левой ПЗА. Виллизиев круг замкнут, вариант развития. УЗИ БЦА: мелкая плотная бляшка в устье ПКА (стеноз в пределах 30%). Мелкая плотная бляшка в бифуркации правой ОСА (стеноз в пределах 25%). Непрямой ход левой ВСА без значимых нарушений гемодинамики. Линейная скорость кровотока без асимметрии. Гемодинамически значимых изменений нет. КТ органов грудной клетки – без патологии.

Обсуждение

У пациентки в течение 5 лет наблюдалось три невротии разных черепных нервов, которые развивались спонтанно, остро и регрессировали (одна – не полностью) без специфической (антибактериальной, иммуносупрессивной) терапии. На одном из этапов заболевания высказывалось предположение о диабетической природе заболевания. Однако первая невротия развилась у пациентки раньше, чем был установлен СД. Кроме того, без сахароснижающей терапии все невротии полностью или не полностью регрессировали. У пациентки нет при-

знаков диабетической полинейропатии, которая в случае диабетической природы краниальной невротии наверняка присутствовала бы.

Проанализированы другие возможные причины заболевания (лайм боррелиоз, саркоидоз, патология основания мозга, в том числе сосудистая) и менее вероятная этиология, которую рекомендуется исключать в подобных ситуациях (дифтерия, герпетическая инфекция, ботулизм [2]; миастения [3], гранулематоз и полиангиит [4], системная красная волчанка [5]; синдром Толосы-Ханта [6]; токсические и медикаментозные воздействия [7]; химиотерапия [8]; паранеопластический синдром [9], дефицит витаминов В6 и В12) [10]; порфирия [11], офтальмоплегическая мигрень [12]. Вследствие отсутствия всех этих вариантов патологии установлен диагноз идиопатическая рецидивирующая множественная невротия краниальных нервов. Подобные описания в литературе являются единичными. Так, в 2019 г. [13] описан случай краниальной невротии (VI нерв) у пациента 17 лет, рецидивировавшей в 21 год (V и VII пары) и 22 года (IV пара) с хорошим восстановлением функций. Детальное обследование пациента не выявило возможной причины заболевания. А.С. Михалева и соавт. (2011 г.) [14] описали пациента 51 года с рецидивирующим (6 раз с интервалами от года до 5 лет) поражением различных черепных нервов (левый и правый глазодвигательные нервы, подъязычный, левый и правый лицевые) в большинстве случаев со спонтанным восстановлением нарушенных функций. Содержание белка в ликворе было нормальным, сухожильные рефлексы – сохранены. Авторам не удалось выявить причины заболевания, и невротия была расценена как идиопатическая.

Этиология и патогенез идиопатической рецидивирующей множественной краниальной невротии не установлены. Есть предположение, что повреждающим механизмом при этом заболевании могут быть микроинфаркты краниальных нервов вследствие окклюзии *vasa nervorum* [15]. Высказывается предположение о том, что она может быть вариантом синдрома Гийена-Барре, многочисленные клинические формы которого, в том числе краниальный неврит, известны [16]. В пользу такой точки зрения могла бы свидетельствовать белково-клеточная диссоциация в ликворе, отмечавшаяся у нашей больной. Но рецидивирующий характер заболевания исключает такой диагноз.

Возможно, идиопатическая рецидивирующая множественная краниальная невротия является вариантом хронической воспалительной демиелинизирующей полинейропатии, однако, для последней характерно более постепенное развитие заболевания и прогрессирующее течение. Кроме того, у нашей пациентки отсутствуют признаки даже минимального поражения периферической нервной системы, кроме рецидивов невротии краниальных нервов.

Заключение

Таким образом, идиопатическая рецидивирующая невротия краниальных нервов является очень редким

заболеванием с неустановленным патогенезом и этиологией. Такая редкость заставляет усомниться в самостоятельной нозологической природе заболевания и требует, прежде всего, исключения вторичного характера патологии. ■

Байдина Татьяна Витальевна (*Bajdina Tat'jana Vital'evna*) – д.м.н., профессор кафедры неврологии и медицинской генетики ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России, 614990, г. Пермь, **Данилова Марина Анатольевна** (*Danilova Marina Anatol'evna*) – к.м.н., ассистент кафедры неврологии и медицинской генетики ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава Рос-

сии, 614990, г. Пермь, **Ожгибесова Татьяна Васильевна** (*Ozhgibesova Tat'jana Vasil'evna*) – ординатор кафедры неврологии и медицинской генетики ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России, 614990, г. Пермь, **Каракулова Юлия Владимировна** (*Karakulova Julija Vladimirovna*) – д.м.н., профессор кафедры неврологии и медицинской генетики ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России. **Шишкина Елена Сергеевна** (*Shishkina Elena Sergeevna*) – к.м.н., доцент кафедры неврологии и нейрохирургии ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров, Автор, ответственный за переписку: Данилова Марина Анатольевна – e-mail: t.a.danilova82@mail.ru

Литература:

1. Куанова Л.Б., Ауэзова Г.У., Алтаева Б.С. Наследственная невропатия со склонностью к параличам от сдавления. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2010; 1: 95-6.
2. Keane J.R. Multiple cranial nerve palsies: analysis of 979 cases. *Arch Neurol.* 2005; 62: 1714-17.
3. Sang-Soo L., Soyeon K. Headache associated with polyneuritis cranialis. *Neurol Asia.* 2018; 23: 189.
4. Guillevin L., Cohen P., Gayraud M., Lhote F., Jarrousse B., Casassus P. Churg. Strauss syndrome. Clinical study and long-term follow-up of 96 patients. *Medicine (Baltimore).* 1999; 78: 26-37.
5. Omdal R., Løseth S., Torbergsen T., Koldingsnes W., Husby G., Mellgren S.I. Peripheral neuropathy in systemic lupus erythematosus – a longitudinal study. *Acta Neurol Scand.* 2001; 103: 386-91.
6. Kline L., Hoyt W. J. The Tolosa-Hunt syndrome. *Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2001; 71: 577-82.
7. Snavely S.R., Hodges G.R. The neurotoxicity of antibacterial agents. *Ann Intern Med.* 1984; 101: 92-104.
8. Purser M.J., Johnston D.L., McMillan H.J. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy among paediatric oncology patients. *Can J Neurol Sci.* 2014; 41: 442-7.
9. Шишкина Е.С., Байдина Т.В., Фокина Е.С., Минаева Н.В. Неврологические "маски" множественной миеломы. Обзор литературы и клинический случай. *Уральский медицинский журнал.* 2018; 11 (166): 94-99.
10. Graham S.M., Arvela O.M., Wise G.A. Long-term neurologic consequences of nutritional vitamin B12 deficiency in infants. *J Pediatr.* 1992; 121: 710-4.
11. Каракулова Ю.В., Селянина Н.В., Желнин А.В., Некрутенко Л.А., Соснин Д.Ю., Секяев Н.Е., Чалова Е.А. Редкий случай неврологических проявлений острой перемежающейся порфирии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019; 119 (1): 72-5.
12. Gelfand A.A., Gelfand J.M., Prabakhar P., Goadsby P.J. Ophthalmoplegic "migraine" or recurrent ophthalmoplegic cranial neuropathy: new cases and a systematic review. *J Child Neurol.* 2012; 27:759-66.
13. Torres A.R., Salvador C., Mora M., Mirchandani S., Chavez W. Idiopathic Recurrent Polyneuritis Cranialis: A Rare Entity. *Cureus.* 2019; 11(4): e4488. doi:10.7759/cureus.4488.
14. Михалева А.С., Барабанова М.А., О.В. Стоянова, Петропавловская Т.А. Идиопатическая рецидивирующая множественная краниальная нейропатия. Журнал неврологии и психиатрии. 2011; 10: 75-6.
15. Tecellioglu M., Kamisli S., Erbay M.F., Kamisli O., Ozcan C. A rare presentation of cranial polyneuropathy without a rash caused by varicella zoster virus. *Med Arch.* 2017; 71: 293-5.
16. Meena A.K., Khadilkar S.V., Murthy J.M. Treatment guidelines for Guillain-Barré Syndrome. *Ann. Indian. Acad. Neurol.* 2011; 14: 73-81.