

лентикулярного, хвостатого ядра, зрительном бугре, заднем бедре внутренней и наружной капсулы. У больных с преобладанием моторных нарушений очаги распространялись на передние отделы лентикулярного, хвостатого ядер, передние отделы внутренней капсулы, белое вещество в проекции нижней лобной извилины. У больных с амнестико-семантической и акустико-мнестической афазией очаги локализовались в височной доле и гиппокампе.

Для речевого синдрома при ПА была характерна значительная флюктуация выраженности речевых нарушений; произвольный уровень речевого высказывания лучше, чем выполнение произвольного задания; сочетание в рамках речевого синдрома разных речевых расстройств; обилие вербальных парафазий; наличие сопутствующих нарушений внимания, памяти, счета, снижение нейродинамики психических процессов, астенизации, элементов общей апатичности, повышенной истощаемости, нарушения динамического праксиса. У большинства больных преобладала значительная и умеренная степень восстановления речи. Причем, восстановление чтения и в меньшей степени письма опережало по темпу и степени восстановления собственно речевых функций.

При обследовании больных с ПА с помощью ОФЭКТ было выявлено: у всех больных резко выраженная межполушарная асимметрия МК (значительное снижение в левом полушарии); у всех больных локальное снижение кровотока в корковых и подкорковых областях лобных, теменных и височных долей левого полушария; у 8 из 19 больных снижение кровотока в правом полушарии мозжечка, что может свидетельствовать о перекрестном мозжечковом диашизе. Наибольшее снижение коркового кровотока в левом полушарии выявлено преимущественно в среднем и заднем лобных и теменном сегментах. Несколько меньше выражена гипоперфузия в зоне, окружающей сильвиеву борозду в височном сегменте. У больных с преобладанием сенсорных нарушений кровотока в височном сегменте был ниже, чем у больных с моторными расстройствами.

Было обнаружено, что у больных с хорошим и умеренным восстановлением речи среднеполушарный МК (спМК) был выше, чем у больных с плохим восстановлением, а регионарный МК (рМК) у больных с хорошим и умеренным восстановлением достигал уровня спМК, в то время как у больных с плохим восстановлением рМК был значительно ниже спМК, что имеет большое прогностическое значение.

Заключение. Исследование МК во многом позволяет объяснить наличие речевых нарушений у больных с подкорковыми поражениями. В наших исследованиях наблюдалось преимущественно снижение МК в корковых речевых зонах левого полушария, что можно объяснить не только синдромом перерыва связей, но и явлением диашиза [5,6]. В пользу диашиза говорит снижение МК в неречевых зонах левого полушария (хотя и в меньшей степени) и наибольшее снижение МК в симметричных зонах правого полушария.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власенко А.Г., Коновалова Е.В., Кадыков А.С. Клинические синдромы и изменения мозговой гемодинамики и метаболизма при подкорковой локализации инсульта. // Журн. невропатол и психиатр. –1999-№11-С.51-54.
2. Кадыков А.С., Шапаронова Н.В., Коновалова Е.В., Кашина Е.М., Кучумова Т.А., Кугоев А.И. «Подкорковая» афазия. Особенности клинических проявлений и восстановления нарушенных функций. // Вестник практ. неврологии –1998-№4 – С.150-151.
3. Столярова Л.Г. Афазия при мозговом инсульте. М., Медицина –1973.
4. Baron J.C., d'Antona R., Pantano P. Et al. Effect of thalamic stroke on energy metabolism of cerebral cortex. A positron tomography study in man. //Brain –1986-V.106-P.1243-1259/
5. Feeney D., Baron J.C. Diaschisis. // Stroke – 1986- V.17-P.817-830/
6. Okuda B., Tanaka H., Tachibana H. et al. Cerebral blood flow in subcortical global aphasia. Perisylvian cortical hypoperfusion as a crucial role. // Stroke – 1994 –V.25 –P.1495-1499.

КЛИНИКО-СТАБИЛОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ РАВНОВЕСИЯ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ДИСКРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

М.В.Герасимчик, М.Н Пузин, Г.А Зиновьева, Л.А.*Черникова, Е.М.*Кашина

Кафедра неврологии и нейростоматологии ИПК ФУ «Медбиоэкстрем» МЗ РФ
*НИИ неврологии РАМН, г. Москва

Одним из ведущих клинических синдромов, встречающихся у значительной части больных с ДЭП, является постуральная неустойчивость, приводящая к частым падениям у 30-50% больных с ДЭП (Blumenthal M.D. et al., 1980). При различных вариантах ДЭП (вертебрально-базилярной недостаточности, мультиинфарктном состоянии, субкортикальной артериосклеротической энцефалопатии) механизмы развития постуральной нестабильности могут быть различными, что связано с преимущественным вовлечением в патологический процесс разных структур головного мозга. В последние годы в связи с развитием компьютерной стабилографии появились возможности для объективной оценки функции поддержания вертикальной позы и изучения механизмов её нарушения при различных заболеваниях нервной системы, в том числе и у больных с ДЭП. Кроме того, в ряде работ (Жученко Т.Д. 1997; Thapa P.B. et al.,1994) было показано, что стабилометрическое исследование у больных с ДЭП может выявить ранние субклинические признаки нестабильности вертикальной позы и тем самым, способствовать выделению группы больных с высоким риском падения.

Для повышения устойчивости у больных с ДЭП используется комплексное лечение, включающее наряду с медикаментозной терапией и различные лечебно-гимнастические комплексы для тренировки равновесия. В последние годы появились сообщения об успешном применении у этой категории больных метода биоуправления по стабилотрамме (Judge J.O. et al., 1993), так называемых тренажеров равновесия - специальных компьютерных программ биологической обратной связи, основанных на визуализации положения центра давления (ЦД) и управления определенными действиями посредством перемещения ЦД тренирующимся больным. Однако, многие вопросы использования этого метода лечения у больных с ДЭП остаются малоизученными. С нашей точки зрения это определяется, прежде всего, отсутствием объективных стабилотметрических критериев оценки особенностей различных синдромов постуральной нестабильности при ДЭП.

В связи с этим, целью настоящего исследования явилось выявление стабилотграфических особенностей различных вариантов течения ДЭП.

Под нашим наблюдением находилось 26 больных (средний возраст $62,42 \pm 8,31$ лет) с ДЭП, среди них было 17 женщин и 9 мужчин. На основании клинических, ультразвуковых и нейровизуализационных методов исследований у 4 больных была диагностирована субкортикальная артериосклеротическая энцефалопатия, у 14 - мультиинфарктное состояние и у 8 больных - вертебрально-базилярная недостаточность. На основании клинических и психоневрологических исследований у 14 больных определена I стадия ДЭП, у 9 больных - 2 стадия и у 3 - 3 стадия ДЭП.

У всех больных для объективной оценки функции равновесия проведено стабилотграфическое исследование с помощью компьютерно-стабилотграфического комплекса (КСК-123-3), разработанного ОКБ «РИТМ» (г. Таганрог), принцип действия которого основан на определении и регистрации текущих координат проекции ЦД тела человека на площадь опоры и отображения их на экране монитора. Изучались следующие общепринятые показатели перемещения ЦД: L - общая длина кривой статокинезиграммы за определенный промежуток времени (30 сек) в мм, V - средняя скорость перемещения ЦД (мм/сек), S - площадь статокинезиграммы (кв.мм), R - средний радиус отклонения ЦД. Оценивалась также степень смещения ЦД во фронтальном (X) и сагиттальном (Y) направлениях. У всех больных исследовалась основная стойка при открытых и закрытых глазах (время исследования 30 сек). Для определения стандарта стабилотметрических показателей было обследовано 50 неврологически здоровых лиц без патологии опорно-двигательного аппарата. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 4.5. Использовались сравнительный, однофакторный дисперсионный и корреляционный анализы, попарные сравнения средних значений с определением критериев Стьюдента (уровень значимости не менее 95%).

Проведенное исследование показало, что при неврологическом исследовании у большинства обследованных больных в пробе Боппа выявлялась неустойчивость разной степени выраженности. При стабилотграфическом исследовании были получены данные о достоверном ухудшении по сравнению с нормой всех основных показателей стабилотграммы. При этом, наиболее выраженные изменения отмечались у больных с вертебрально-базилярной недостаточностью. Полученные данные нашли подтверждение при корреляционном анализе, который выявил тесную взаимосвязь между вариантом развития ДЭП и основными показателями стабилотграммы при пробе с открытыми глазами, при этом наиболее тесная взаимосвязь ($r = 0,66$) определялась между вариантом ДЭП и радиусом отклонения ЦД. В то же время стадия ДЭП тесно коррелировала со скоростью перемещения ЦД ($r = 0,51$) и длиной кривой статокинезиграммы ($r = 0,50$) при пробе с выключением зрения. Была выявлена также зависимость радиуса отклонения ЦД и площади статокинезиграммы от степени концентрации внимания. На основании полученных данных были определены наиболее информативные стабилотграфические показатели для различных вариантов ДЭП и разных стадий этого заболевания.

СИНДРОМ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА **В.Г. Пысин, М.Н. Терентьев, Н.В. Касенков**

Белгородская область, г. Старый Оскол, городская больница 2

Под наблюдением неврологического отделения городской больницы № 2 г. Старый Оскол Белгородской области за последние 3 года находилось 216 больных (120 мужчин и 96 женщин) с вертебробазиллярной недостаточностью, сочетающейся с остеохондрозом шейного отдела позвоночника, что составило 36,1% всех больных с цереброваскулярными заболеваниями и 29,4% больных с остеохондрозом шейного отдела позвоночника, лечившихся в тот же период. Большая часть больных (102 человека; 47,2%) была в возрасте от 40 до 55 лет.

Среди больных пролечившихся в стационаре в 1997 году, служащих было 27 человек (43%), рабочих 21 человек (34%), пенсионеров 14 человек (23%); в 1998 году - служащих 32 человека (45%), рабочих 23 человека (32,4%), пенсионеров 16 человек (22,6%); в 1999 году - служащих 43 человека (52,9%), рабочих 22 человека (26,5%), пенсионеров 18 человек (21,5%). В общем количестве больных, пролеченных за 3 года, служащие составили 47%, рабочие 30%, пенсионеры 23%. В 1997 году прошло курс лечения 34 мужчины (55%) и 28