

У большинства больных, страдающих дисциркуляторной энцефалопатией, при МРТ-исследовании имеют место признаки атрофии серого и белого вещества головного мозга с наружной и внутренней сообщающейся гидроцефалией.

У многих пациентов (127 чел-69%) на электрокардиограммах зарегистрированы диффузные или преимущественно левожелудочковые изменения миокарда, блокада левой ножки пучка Гиса, очаговая ишемия или рубцовые изменения миокарда.

На ЭЭГ преобладали диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга, в ряде случаев с локальными изменениями, свидетельствующими о заинтересованности стволовых структур.

Существуют следующие возможности для воздействия на цереброваскулярные расстройства для устранения или уменьшения их последствий:

- Нормализация общего кровообращения (устранение расстройств сердечной функции и аритмий, улучшение минутного объема, лечение гипертензии и т.д)
- Улучшение мозгового кровотока (избирательные расширения сосудов, улучшение цереброваскулярной регуляции).
- Уменьшение вязкости крови.
- Усиление кислородной перфузии мозга (стимулирование метаболизма).
- Предупреждение расстройств проницаемости, благоприятное изменение состояния периваскулярных тканей (уменьшение отека, торможение вазоактивных веществ).

Назначенная больным терапия была многоплановой, направленной на все звенья патологического процесса.

Применялись кавинтон, стугерон, трентал, церебролизин, пирацетам, инстенон в сочетании с актовегином, являющиеся высокоактивными нейрометаболитами, оксирал, препараты спазмолитического действия, витамины, биостимуляторы, сердечные средства, транквилизаторы, симптоматические средства. Дозировка препаратов подбиралась индивидуально.

В подавляющем большинстве случаев у больных значительно уменьшались или полностью прекращались головные боли, исчезло чувство тяжести, уменьшался шум в голове, нормализовался сон, уменьшались головокружение, раздражительность. Ухудшения состояния не наблюдалось ни в одном случае.

Данные РЭГ-исследования свидетельствуют о достоверном увеличении пульсового кровенаполнения и снижении тонуса церебральных сосудов. На ЭЭГ уменьшилась дезорганизация и десинхронизация фоновой активности.

По окончании курса лечения больным было рекомендовано строгое соблюдение режима труда и отдыха, регулярное профилактическое лечение.

Проведенные исследования позволяют сделать вывод о необходимости раннего выявления и лечения начальных проявлений недостаточности мозгового кровообращения, а также о достаточной эффективности комплексного лечения больных с явными признаками дисциркуляторной энцефалопатии.

ПАТОГЕНЕЗ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОДКОРКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА

**Е.В. Коновалова, А.С. Кадыков, В.В. Борисенко, Е.М. Кашина, Т.Н.
Шарыпова, Н.В. Шахпаронова**

**НИИ неврологии РАМН
Научный Центр по изучению инсульта РФ**

Вопрос о роли подкорковых структур в осуществлении высших психических (по преимуществу корковых) функций (ВПФ), включая речь, в настоящее время широко обсуждается в литературе [1, 4, 5, 6]. Изучены многие вопросы феноменологии «подкорковой» афазии (ПА), динамика восстановления речи, чтения и письма при ПА [2], доказана анатомическая интактность коры при ПА [3]. Однако во многом неясными остаются вопросы патогенеза речевых нарушений при подкорковой локализации очага сосудистого генеза, прогностические факторы восстановления.

Методы и материалы исследования. Был исследован мозговой кровоток (МК) с помощью однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ) 19 больным с постинсультной ПА. Всем больным кроме ОФЭКТ проводилось компьютерно-томографическое (КТ) исследование головного мозга, подтвердившего наличие подкоркового очага, и нейропсихологическое исследование речи и других ВПФ.

Результаты исследования. В остром периоде инсульта у больных были выявлены речевые нарушения различной степени тяжести: у 5 человек (26,31%) – тотальная афазия, у 10 (52,63%) – грубая сенсо-моторная, у 3 (15,78%) – грубая моторная афазия, у 1 (5,26%) – дизартрия. К моменту обследования речевой синдром приобрел определенную трансформацию: сенсо-моторная афазия отмечалась у 10 человек (52,63%), моторная – у 3 (15,78%) (у 1 – комплексная моторная афазия, у 1 – афферентная, у 1 – динамическая с элементами амнестической), у 1 – амнестико – семантическая, у 1 – акустико – мнестическая, у 4 – дизартрия. У больных с преобладанием сенсорных нарушений (в синдроме сенсо-моторной афазии) очаги располагались в задних отделах

лентиккулярного, хвостатого ядра, зрительном бугре, заднем бедре внутренней и наружной капсулы. У больных с преобладанием моторных нарушений очаги распространялись на передние отделы лентиккулярного, 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 ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ 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.