

женщин (45%), в 1998 - 37 мужчин (52%) и 34 женщины (48%), в 1999 году - 49 мужчин (59%) и 34 женщины (41%).

У 106 больных (49,1%) наблюдалось острое развитие заболевания: внезапно возникали головокружение, тошнота, иногда неукротимая рвота; в некоторых случаях наступала кратковременная потеря сознания. Одним из постоянных симптомов было головокружение системного и несистемного характера, возникавшее, как правило, приступообразно при поворотах глаз и головы, запрокидывании, наклонах головы, сопровождающееся тошнотой, рвотой, шумом в голове, головной болью в затылочной области, общей слабостью, нарушением равновесия и координации.

У 173 больных (80%) отмечался горизонтальный мелко-, реже крупноразмашистый нистагм, усиливающийся при поворотах головы. Иногда встречались легкие глазодвигательные расстройства, анизокория, ослабление конвергенции, миоз, гемианопсия. У 34 больных (15,7%) выявлены симптомы поражения ветвей задненижней мозжечковой артерии. У некоторых пациентов отмечалась слабость в нижних конечностях. Легкие альтернирующие синдромы были выявлены у 14 больных (6,5%). У ряда больных (52 человека - 24%) зафиксированы висцерально-вегетативные проявления: колебания артериального давления, бради- или тахикардия, асимметрия давления.

У 98 человек (45,4%) на ЭКГ зарегистрированы диффузные изменения миокарда, синусовая бради- или тахикардия, блокада левой ножки пучка Гиса, желудочковые или политопные экстрасистолы, что, по-видимому, подтверждает мнение ряда исследователей о том, что, даже кратковременные нарушения кровоснабжения стволовых структур могут вызвать изменения сердечной деятельности.

У подавляющего большинства пациентов (194 человека - 89,8%) при рентгенологическом обследовании шейного отдела позвоночника наиболее выраженные изменения отмечались в C₄-C₅ и C₅-C₆ сегментах: снижение высоты межпозвонкового диска, субхондральный склероз, остеофиты, признаки унковертебрального артроза.

При реоэнцефалографическом исследовании практически у всех больных зарегистрировано снижение артериального притока по позвоночным артериям и затруднение венозного оттока.

Эхоэнцефалоскопическое исследование у 41 человека (19%) выявило признаки внутричерепной гипертензии, вероятно, обусловленные затруднением венозного оттока.

У некоторых больных при МРТ исследовании отмечались признаки наружной и внутренней сообщающейся гидроцефалии.

При исследовании глазного дна у 119 пациентов (55%) зафиксировано расширение и полнокровие вен, иногда их легкая извитость.

Лечение больных с вертебробазилярной недостаточностью на фоне остеохондроза шейного отдела позвоночника проводилось с учетом этиологических и патогенетических факторов. Применялись нестероидные противовоспалительные средства, препараты, улучшающие церебральную гемодинамику и метаболизм мозговой ткани, а также лекарственные вещества, снижающие возбудимость вестибулярного аппарата, противоотечные, спазмолитические, сосудорасширяющие средства. По ликвидации острых проявлений заболевания использовались средства восстановительной терапии - витамины группы В, биостимуляторы, препараты улучшающие обмен хрящевой ткани, рассасывающие вещества, а также мануальная терапия, иглорефлексотерапия, массаж, лечебная физкультура.

Средняя длительность пребывания данных больных на койке составила 24,3 дня, что значительно ниже длительности пребывания для больных с остеохондрозом позвоночника (30 дней) и с хронической недостаточностью мозгового кровообращения (30 дней), установленными стандартами медицинской помощи пациентам стационаров в рамках обязательного медицинского страхования, что позволяет сделать вывод о целесообразности применения данного метода лечения у больных, страдающих остеохондрозом шейного отдела позвоночника с синдромом вертебробазилярной недостаточности, так как это значительно сокращает сроки их лечения.

ПРОГНОЗ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НАРУШЕННЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

А.С. Кадыков, Н.В. Шахпаронова, Е.В. Коновалова

**НИИ неврологии РАМН (дир.- академик РАМН Н.В.Верещагин)
Научный Центр по изучению инсульта МЗ РФ**

Прогнозу восстановления в результате инсульта (И) функций уделялось большое внимание в работах сотрудников реабилитационного отделения НИИ неврологии РАМН [2-4]. Установлена значимость таких факторов как размеры и локализация очага в функционально значимых зонах, состояние высших функций, возраст, инициальная тяжесть дефекта. Развивающееся последнее десятилетие учение о гетерогенности ишемического И (ИИ) [1] поставило перед нейрореабилитацией новую задачу: определить какое возможное влияние на прогноз восстановления функций оказывает механизм развития ИИ.

Материалы и методы: Было проанализировано восстановление функций у 3 групп больных с ИИ: 1) группы больных с И, развившемся на фоне патологии магистральных артерий головы (МАГ) (52 человека); 2)

группы больных с кардиоэмболическим И (КЭИ) (31 человек); 3) группы больных с лакунарным И (ЛИ) (49 человек). Всем больным проводилось компьютерно-томографическое (а при подозрении на локализацию очага в стволе – магнитно-резонансное) исследование мозга, ультразвуковое исследование МАГ (а при необходимости – мозговых сосудов), ЭКГ, больных с подозрением на КЭИ – ЭХО-КГ (а ряду больных чрезпищеводная ЭХО-КГ и холтеровское мониторирование), всем больным исследовались гемореологические показатели крови. Больные наблюдались начиная с острого и раннего восстановительного периодов И.

Результаты исследования: Больные с гемодинамическим И (ГЭИ) и атеротромботическим И (АТИ) были объединены в одну группу больных с поражением МАГ. Из 52 больных у 36 была полная закупорка МАГ на стороне И, у 12 – грубый стеноз (более 70%), у 4 – другая патология МАГ. Большие размеры полушарного инфаркта отмечались у 15 больных, средние – у 25, небольшие у 5. У 3 больных инфаркт локализовался в стволе мозга. У подавляющего большинства больных с поражением МАГ (65%) в остром периоде И наблюдалась гемиплегия. Преобладала умеренная (у 27 из 32) и небольшая (у 18) степень восстановления двигательных функций. Речь была нарушена у 16 больных с поражением МАГ. В остром периоде преобладали грубые расстройства всех сторон речи (у 5 была тотальная, у 5 – грубая сенсо-моторная афазия (А). Умеренное восстановление речи отмечалось у 7, значительное и полное – у 4, небольшое у 5 больных.

Для большинства случаев КЭИ были характерны внезапное начало, максимальная выраженность симптомов в первые часы и последующая геморрагическая трансформация инфаркта. У 18 из 31 больных с КЭИ отмечалась мерцательная аритмия, у остальных КЭИ развился на фоне другой сердечной патологии. У 13 больных наблюдались большие размеры полушарного инфаркта, у 10 – средние, у 5 – небольшие. У 3 больных с КЭИ инфаркт располагался в стволе головного мозга. В остром периоде преобладала гемиплегия (у 58%). Значительное и полное восстановление движений наблюдалось у 11 больных (35%), умеренное – у 7 (22%), небольшое у 13 (43%). Речь была нарушена у 13 больных с КЭИ. В остром периоде преобладали тяжелые речевые нарушения: у 4 – тотальная, у 4 – грубая сенсо – моторная А. Значительное и полное восстановление речи наблюдалось у 4, умеренное – у 3, небольшое – у 4 больных.

ЛИ – особая форма ИИ. Основной причиной ЛИ является характерное для длительно существующей артериальной гипертензии с кризовым течением поражение мелких артерий диаметром 150-500 мкм [1]. Размер ЛИ во всех случаях был небольшим: у 42 ЛИ локализовался в глубоких отделах полушарий мозга, у 7 – в стволе мозга. У 17 больных с ЛИ отмечалась выраженная дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) в виде значительного снижения когнитивных функций, наличие лейкоаараоза при КТ мозга. У большинства больных (15 из 49) в остром периоде И наблюдался умеренный и легкий гемипарез, гемиплегия была только у 8 больных (16%). У большинства больных отмечалось значительное и полное восстановление движений (у 28 из 49, т.е. в 57%), умеренное – у 19 (39%), небольшое – только у 2 больных. Хуже восстанавливались движения и особенно ходьба у больных с ЛИ в сочетании с выраженной ДЭ. Речевые нарушения отмечались лишь у 4 из 49 больных с ЛИ (у 1- сенсо-моторная А, у 1- моторная А, у 2- дизартрия). У всех 4 больных речь полностью восстановилась.

Заключение. Сравнивая восстановление движений и речи у всех трех групп больных ИИ, следует сделать вывод, что определяющим фактором восстановления является не механизм развития И, а размеры инфаркта и его локализация в функционально значимых зонах мозга, что соответствует нашим предыдущим работам и данным зарубежных исследователей [2-5]. Определяющим в восстановлении движений и особенно в их реализации (в частности в восстановлении функции ходьбы) при ЛИ является наличие или отсутствие сопутствующей выраженной ДЭ, значительно ухудшающей прогноз восстановления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верещагин Н.В. Нейронауки и клиническая ангионеврология: проблемы гетерогенности ишемических поражений мозга. // Вестн. РАМН – 1993 - №7 - С 40-42.
2. Кадыков А.С. Восстановление нарушенных функций и социальная реадaptация больных, перенесших инсульт. (Основные факторы реабилитации). Автореферат докт.дисс. М.-1991.
3. Столярова Л.Г., Кадыков А.С., Вавилов С.Б. Особенности восстановления нарушенных двигательных функций у больных с ишемическим инсультом в зависимости от локализации и размеров очага поражения. // Журн. невропатол. и психиатр.-1985- №8-С.1134-1138.
4. Шахпаронова Н.В. Клинические факторы, определяющие восстановление речи у больных с ишемическим инсультом. Автореф. канд. дисс. М.-1994.
5. Crisic G, Colombo A, Santis M. et al. CT and cerebral ischemic infarcts. Correlation between morphological and clinical – prognostic finding. // Neuroradiology – 1984 – V. 26, № 2 – P/101-105.

О КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ ДИСЦИРКУЛЯЦИИ И. Д. Стулин

Московский Государственный медико-стоматологический университет

Известно, что в современной ангионеврологии изучение артериальной циркуляции значительно опережает исследование венозной стадии кровообращения.

Понятно, в то же время, что венозная дисциркуляция зачастую проявляется уже в дебютных стадиях неврологических заболеваний – от усиления венозного рисунка вплоть до застойных сосков зрительных нервов