

Мусинов Ф.С., Ким О.А.,  
Юсупова Н.Н.,  
Джурабекова А. Т.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОНМК

Самаркандский медицинский институт, кафедра неврологии

Сосудистые заболевания мозга - актуальная медицинская и социальная проблема. На сегодняшний день в мире около 9 млн. человек страдают цереброваскулярными болезнями. Основное место среди них занимают острые нарушения мозгового кровообращения, каждый год поражающие от 5,6 до 6,6 млн. человек и уносящие 4,6 млн. жизней; смертность от цереброваскулярных заболеваний уступает лишь смертности от заболеваний сердца и опухолей всех локализаций и достигает в экономически развитых странах 11-12% [1,5].

Объективному неврологическому исследованию были подвергнуты 50 обследованных. Из них 15 - с внутримозговыми кровоизлияниями; 35 - с ишемическими инсультами (группа сравнения) и 10 - с дисциркуляторной энцефалопатией в стадии субкомпенсации (контрольная группа). Тяжесть заболевания и степень неврологического дефицита оценивали по Скандинавской и Американской (NIHSS) шкалам тяжести инсульта, степень нарушения сознания - по шкале Глазго. Исследования больных проводились в отделении интенсивной неврологии и реанимационном отделении клиники СамМИ. В группу обследованных больных не включены больные с субарахноидальным кровоизлиянием, а также лица, страдающие сопутствующими ревматическими, наследственно-дегенеративными, аутоиммунными, инфекционными заболеваниями. Диагноз внутримозгового кровоизлияния подтверждался компьютерно-томографическими исследованиями у всех больных [2,3].

**Цель исследования:** Изучить особенности клинико-неврологического течения ОНМК.

**Материал и методы** В связи с этим, нами обследовано в клиники СамМИ в отделении неврологии и в реанимационном отделении 15 больных с внутримозговыми кровоизлияниями; 35 - с ишемическими инсультами (группа сравнения) и 10-е дисциркуляторной энцефалопатией в стадии субкомпенсации (контрольная группа).

**Результаты исследования.** Этиологическими факторами в подавляющем большинстве случаев являлась гипертоническая болезнь (41,71%) и гипертоническая болезнь в сочетании с атеросклерозом (58,29%). В наблюдениях (6,86%) в качестве сопутствующего диагноза установлен сахарный диабет 11 типа, регулируемый диетой и сахароснижающими препаратами.

В анамнезе у 73% пациентов отмечалось злоупотребление курением. Провоцирующим фактором в 78% случаях явилось эмоциональное перенапряжение, в 80% случаях - физическая нагрузка

и в 7% случаях - прием алкоголя.

Оценка тяжести больных и степени неврологического дефицита у больных с ВМК согласно Скандинавской и Американской (NIHSS) шкалам позволило подразделить обследованных пациентов с ВМК на группу крайне тяжелых больных, тяжелых больных и больных со средней тяжестью заболевания. Показатель летальности в острейший период заболевания (отношение числа умерших к числу заболевших) к 3-м суткам болезни у больных с ВМК составил 0,194, увеличившись к 10-м суткам заболевания до 0,514.

Средний клинический балл при поступлении у больных с ВМК составил  $20,88 \pm 0,35$  по Скандинавской шкале и  $25,96 \pm 0,39$  - по шкале NIHSS, что и в том, и в другом случае соответствует тяжелому течению заболевания.

Больные, находившиеся в сознании и способные к речевому контакту, жаловались на сильные головные боли (84,0%), чаще они были постоянными, давящими, распирающими, диффузными, а в 36,0% случаев больные жаловались на головные боли в затылочной области или на преобладание головных болей на стороне кровоизлияния. На головокружение, которое чаще носило несистемный характер, жаловались 65,0% пациентов. Головокружение усиливалось при активных движениях и при изменении положения тела.

Тошнота и рвота также были частыми жалобами больных с ВМК и наблюдались у 65,0% заболевших. Рвота чаще была непроизвольной, облегчения не приносила.

При обследовании черепно-мозговых нервов у 21 больного выявилась гомонимная гемианопсия.

Патология глазодвигательных нервов в виде горизонтального пареза взора отмечалась у 28,0% больных. Зрачковые рефлексы на свет (прямой и содружественный) были ослаблены у 10,0% больных. Анникопия имела место у 38,0% пациентов с ВМК.

Болезненность точек Валле отмечалась преимущественно на стороне очага и наблюдалась у 91,0% больных. Нарушения поверхностной чувствительности на лице отмечались у 71,0% больных.

Центральный парез VII пары - в виде сглаженности носогубной складки и невозможности выполнения нижних мимических проб наблюдался практически у всех больных, но в различной степени выраженности. Центральный парез лицевого нерва с соучастием верхней ветви отмечается у 22,0% больных.

Затруднения глотания, поперхивания при приеме жидкой пищи были, повышение глоточного рефлекса

наблюдались у 16,0% больных. Дизартричная речь отмечалась у 14,28% больных. Центральный парез XII пары выявлялся у 96,0% больных.

В двигательной сфере у большинства больных отмечались парезы и параличи. У 41,0% больных парезы сопровождались ранним повышением тонуса мышц по спастическому типу, а у 36,0% - наблюдалось первоначальное снижение мышечного тонуса.

У 7% больных отмечались монопарезы центрального характера. У 80% - контрлатеральные центральные нарушения движений: в 55,0% случаев в виде гемипареза (1-3 балла), а в 35,0% - в виде гемиплегии. Исследование сухожильных рефлексов выявило их снижение на стороне поражения у 24,0% больных, отсутствие - у 7,0%, повышение у 68,0%. Снижение брюшных рефлексов отмечалось у 28, отсутствие их у - 72 пациентов. Снижение подошвенного рефлекса наблюдалось у 14,0% больного, а его полное отсутствие у 25,0% больных.

Патологические рефлексы были характерны для большинства обследованных больных: из них симптом Бабинского наблюдался у 96,0%, симптом Оппенгейма у 6,0%. Защитный рефлекс из парализованной конечности отмечался у 7,0% больных.

Симптомы орального автоматизма встречались у 57,0% больных. Так, симптом Мари-неску-Родовичи встречался у 53,0% больного, хоботковый рефлекс у 16,0% больных. Клонусы стоп и коленных чашек наблюдались у 7,0% больных.

У 64,0% больных не удалось достоверно проверить нарушения в чувствительной сфере из-за нарушения сознания и полной неадекватности больных из-за афазий. Чувствительные нарушения у остальных 36,0% больных характеризовались изолированной гемигипестезией поверхностной чувствительности у (44,4%) больных, у (55,6%) пациентов - нарушением по гемитипу и поверхностной и глубокой чувствительности (от глубокой гемиянестезии всех видов чувствительности до легких нарушений).

Менингеальные симптомы наблюдались у 73,0% больных, у которых отмечалось ригидность затылочных мышц и/или симптом Кернига с 2-х сторон. Симптом Брудзинского мы наблюдали у 21,0% пациента.

Нарушение функций тазовых органов выражалась в затруднении мочеиспускания, задержки стула и отмечалась у больных ВМК. что составило 27,0% от общего числа обследованных данной группы.

Корковые расстройства речи наблюдались у 28,0% больных. Среди больных с афазиями изолированная моторная афазия встречалась в 7,14% (2 пациента) случаев, изолированная сенсорная афазия - в 14,28% (4 пациента) случаев. Сенсомоторная афазия (чаще с преобладанием одного какого-либо из

видов афазии) наблюдалась в 71,43% случаев. У (7,14%) зарегистрирована амнестическая афазия.

У 40,0% больных в острейшем периоде заболевания наблюдалась тенденция к улучшению состояния и положительная динамика в течении ВМК. Так, средний клинический балл по Скандинавской шкале к третьим суткам заболевания увеличивался до  $25,25 \pm 0,80$  баллов, к 10 суткам заболевания - до  $27,50 \pm 0,84$  баллов: по шкале NIHSS средний клинический балл уменьшался к 3-м суткам до  $19,15 \pm 0,70$  баллов, а к 10-м суткам - до  $14,12 \pm 0,60$  баллов (и в том и в другом случае клинические шкалы свидетельствуют о положительной динамике заболевания).

Больные со среднетяжелым течением заболевания чаще жаловались на умеренные (51,43%), реже выраженные (14,28%) головные боли. Почти % больных (34,28%) на головные боли жалоб не предъявляли. Редко больные жаловались на головокружение несистемного характера - в 17,14% случаев.

Тошнота и рвота, в основном однократная, встречалась намного реже, чем в предыдущих группах обследования - (17,14%) пациентов.

Центральный парез VII пары - в виде сглаженности носогубной складки и невозможности выполнения нижних мимических проб наблюдался практически у всех больных. Затруднения глотания, поперхивания при еде, афонии у больных данной группы не наблюдалось. Дизартричная речь отмечалась у 11,43% больных. Центральный парез XII пары выявлялся у 94,3% больных.

В двигательной сфере у большинства больных отмечались центральные контрлатеральные гемипарезы (2-4 балла) - у 82,9% обследованных.

Исследование сухожильных рефлексов у

большинства больных с ВМК данной группы обследования выявило гемигиперрефлексию (88,6%) на стороне пареза.

Патологический рефлекс Бабинского встречался в 82,9% случаев. Другие патологические рефлексы для больных данной группы не были характерными.

Симптомы орального автоматизма встречались у (17,14%) больных.

У 71,43% пациентов со среднетяжелым течением заболевания наблюдалась контрлатеральная гемигипестезия поверхностной чувствительность. Грубые нарушения глубокой чувствительности практически не наблюдались.

Из менингеальных симптомов чаще наблюдались ригидность затылочных мышц и симптом Кернита умеренной и легкой степени выраженности - у 65,71% больных. Симптом Данциг-Кунакова отмечался у 22,85% больных с 2-х сторон, у 68,6% больных только на стороне очага поражения.

Корковые расстройства речи наблюдались у (20,0%) больных в виде неполной смешанной сенсомоторной афазии. У 2,9% наблюдалась изолированная сенсорная афазия.

У подавляющего большинства (97,14%) больных с ВМК со среднетяжелым течением в острейшем периоде заболевания наблюдалась тенденция к улучшению состояния и положительная динамика неврологического статуса. Так, средний клинический

балл по Скандинавской шкале к третьим суткам заболевания увеличивался до  $35,82 \pm 1,11$  баллов, к 10 суткам заболевания - до  $39,91 \pm 1,23$  баллов; по шкале NIHSS средний клинический балл уменьшался к 3-м суткам до  $10,54 \pm 0,53$  баллов, а к 10-м суткам - до  $8,27 \pm 0,44$  баллов (и в том и в другом случае клинические шкалы свидетельствуют о положительной динамике заболевания).

Показатель летальности к 3-м суткам заболевания в группе тяжелых больных составил 0,028, увеличившись к 10-м суткам заболевания до 0,057.

Резюмируя основные неврологические проявления ВМК, мы пришли к выводу, что у больных клиническая картина заболевания характеризовалась грубой органической неврологической симптоматикой, затрагивающей практически все сферы нервной деятельности, обусловленной поражением вещества головного мозга, вовлечением в патологический процесс его оболочек, нарушением циркуляции цереброспинальной жидкости, отеком головного мозга, дислокацией структур мозга, нарушением жизненно важных функций организма и высшей нервной деятельности вследствие кровоизлияния.

Все это указывает на необходимость дальнейшего изучения генетических факторов, определяющих течение и прогноз заболевания при внутримозговых кровоизлияниях.

### Литература

1. Гафуров Б.Г. Клинико-эпидемиологическая характеристика мозговых инсультов в Узбекистане //Матер. Респуб. научно-практической конференции «актуальные проблемы неврологии и психиатрии», Андижан, 2004. -С. 82-83.
2. Губский Л.В., Шамалов Н.А., Абдурасулов А.Т., Буренчев Д.В. Диагностика острых нарушений мозгового кровообращения методами компьютерной и магнитно-резонансной томографии //Consiliummedicum. - 2003. - Том 05. - № 3. - С. 22-31.
3. Деев А.С., Захарушкина И.В. Причинные факторы, течение и исходы геморрагического инсульта // Неврологический Журнал. 2001. N5. С.15-18.
4. Скворцова В. И., Иванова. Г. Е. Современный подход к восстановлению больных в остром периоде церебрального инсульта. //Журн. неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова.. -2010.-№4.-с.20-24.
5. Яхно Н.Н., Виленский Б.С. Инсульт как медико-социальная проблема // Русский медицинский журнал, 2005. -Том 13.-№ 12.- 807-815."