

3. Жулев Н.М., Яковлев Н.А. легкая черепно-мозговая травма и ее последствия. М 2004;23-25.
4. Фраерман А.П. проблема черепно-мозговой и сочетанной травмы на современном этапе. Актуальные проблемы нейрохирургии: сборник трудов, посвященный 40-летию Нижегородского нейрохирургического центра. Нижний Новгород 2003; 23-47.
5. Beneke M, Rasmus W. Clinical global impressions (EDCEU): Some critical comments. Pharmacopsychiatry 1992; 25: 172-6.
6. Dillingham T.R., Spellman N.T., Braverman S.E. et al. Analysis of casualties referred to Army physical medicine services during the Persian Gulf conflict. Am J Phys Med Rehabil 1993;72:214-218.
7. Erzigkeit H. SKT, ein Kurztest zur Erfassung von Gedächtnis und Aufmerksamkeitsstörungen. Manual. 4. Aufl. Beltz, Weinheim, 1989.
8. Golden Z, Golden CJ. Impact of brain injury severity on personality dysfunction. Int J Neurosci 2003;113:733-45.
9. Haninec P, Houstava L, Stejskal L, Dubovy P. Rescue of rat spinal motoneurons from avulsion-induced cell loss by intrathecal administration of IGF-I and Cerebrolysin. Ann Anat 2003; 185: 233-.
10. Haninec P, Dubovy P, Samal F, Houstava L, Stejskal L. Reinnervation of the rat musculocutaneous nerve stump after direct reconnection with the C5 spinal cord segment by the neuronal graft following avulsion of the ventral spinal roots: a comparison after intrathecal administration of brain-derived neurotrophic factors in Cerebrolysin. Exp Brain Res 2004; 159: 425-32.
11. Marin R. Physical medicine and Rehabilitation in the military: Operation Iraqi Freedom. Milit Med 2006;34-45
12. Markgraf CG, Velayo NL, Johnson M P, McCarty DR, Medhi S, Koehl JR, Chmielewski PA, Linnik MD, Clemens JA. Six-hour window of opportunity for calpain inhibitors in focal cerebral ischemia in rats. Stroke 1998; 29: 152-8.
13. National Institute of Mental Health. 12-CGI. Clinical global impressions. In: Guy W (ed). EDCEU Assessment in psychopharmacology. Rev ed. Chevy Chase, Rockville, Maryland, 1970; 217-22.
14. Overall JE, Schaltenbrand R. The SKT neuropsychological test battery. J Geriatr Psychiatry Neurol 1992;5:220-7.
15. Ponsford J, Olver J, Ponsford M, Nelms R. Long-term adjustment of families following traumatic brain injury where comprehensive rehabilitation has been provided. Brain Inj 2003; 17: 453-68.

**PATHOHISTOLOGICAL CHANGES OF THE BRAIN TISSUE AFTER TREATMENT WITH CEREBROLYSIN IN CONDITION OF EXPERIMENTAL HEAD INJURY**

**E.M. Mamytova**

**KSMA named after I.K. Achunbaev,  
Bishkek, Kyrgyz Republic**

Authors described results of experimental research. The aim of this work was to study Cerebrolysin's influence on brain structure pathological changes in the earliest posttraumatic period.

**Key words:** Cerebrolysin, traumatic brain injury, pathohistological changes, brain

УДК616.831-005.4036.11:616.831.71]-073.756.8

**НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНО ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА МОЗЖЕЧКА**

**Мусабекова Т.О., Батыров М.А.**

**Кыргызско- Российский Славянский  
Университет  
Кафедра неврологии и нейрохирургии  
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

В статье представлены данные 36 пациентов, перенесшие ишемический инсульт в мозжечке различной локализации в остром и подостром периоде. Выявлено, что в острейшем и в остром периоде ишемического инсульта возможны наибольшие диагностические трудности, так как неврологическая симптоматика, характерная для непосредственного поражения мозжечка на этом этапе может отсутствовать или маскироваться.

**Ключевые слова:** ишемический инсульт мозжечка, мозжечок, магнитно-резонансная томография, диагностика.

**НЕВРОЛОГИЯЛЫК ЖАНА МАГНИТТИК-РЕЗОНАНСТЫК ТОМОГРАФИЯ АРКЫЛУУ КАРАКУШ МЭЭНИН ИШЕМИЯЛЫК ИНСУЛЬТУНУН ДАРТЫН АНЫКТОО**

**Кыргызстан-Россия Славян Университети,  
неврология жана нейрохирургия кафедрасы,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Макалада каракуш мээнин ишемиялык инсульту менен жабыркаган 36 оорулуунун маалыматтары берилген. Каракуш мээнин ишемикалык инсультунун ото кескин жана курч кармаган мезгилинде дарт аныктоонун ото чон кыйынчылыктары кездешуусу мумкун, себеби каракуш мээнин бул этаптагы жабыркоосунун муноздоо белгилери жок болушу же билинээр-билинбес жашыруун болушу мумкун.

**Негизги сөздөр:** каракуш мээнин ишемикалык инсульту, каракуш мээ, магниттик резонанстык томография, дарт аныктоо.

**Актуальность.** Сосудистые заболевания головного мозга являются актуальной медицинской и социальной проблемой. Основное место среди них занимают инсульты, каждый год поражающие от 5.6 до 6.6 млн. человек и уносящие 4.6 млн. жизней [6]. В России ежегодно инсульт переносят около 450 000 человек, летальность в остром периоде достигает 35%, и еще 12-15% погибают к концу первого года. Около 80% больных, перенесших инсульт, имеют ограниченную трудоспособность в связи с сохраняющимся неврологическим дефицитом, из них, более 10% становятся тяжелыми инвалидами и

нуждаются в посторонней помощи. К работе возвращаются лишь 20% больных, при этом ОНМК все чаще развиваются у лиц трудоспособного возраста до 64 лет [4,8].

Мозжечковые инфаркты являются относительно редкими формами цереброваскулярной патологии и составляют от 1,5% до 2,3% среди всех острых нарушений мозгового кровообращения. При аутопсиях эти показатели немного выше и варьируют в пределах 1,5 - 4,2% [9]. Смертность при мозжечковых инфарктах составляет свыше 20% [3,10]. Первое в литературе описание инфаркта мозжечка было сделано в 1893г. Menzies. Однако, за более чем вековую историю изучения этого вопроса, проблема не потеряла своей актуальности.

Многообразие клинических проявлений мозжечковых инсультов, нередкое их сходство с некоторыми проявлениями полушарных инсультов, поражений периферического вестибулярного аппарата, а так же поражений желудочно-кишечного тракта значительно затрудняют их своевременную диагностику [3,5]. К тому же симптомы поражения мозжечка могут быть выявлены лишь в случае, когда пациент находится в сознании и может выполнять произвольные движения [6]. А небольшие инфаркты мозжечка весьма часто клинически не выявляются в силу быстрой обратимости клинических проявлений, по данным Amarenco P., и соавт., при нетерриториальных инфарктах мозжечка неврологическом осмотре не выявил убедительных поражений мозжечка у 37% больных [10].

МР-томографическое исследование является ведущим методом в диагностике стволовых и мозжечковых инсультов. С введением в клиническую практику методов нейровизуализации стали возможными диагностировать при жизни и изучение клинических и радиологических особенностей инфарктов и распознавание асимптоматических форм [11].

Инсульты больших полушарий головного мозга изучены достаточно хорошо с точки зрения клиники и МРТ - диагностики, тогда как инсульты мозжечка, встречаясь относительно редко, в литературе освещены недостаточно полно [2,7].

В связи, с чем целью нашей работы является сопоставление неврологических и МРТ данных больных с ишемическим инсультом мозжечка.

**Задачи:**

1. Изучить особенности клинической картины ишемических инсультов мозжечка в остром периоде.
2. Проанализировать МР-томографическую картину при инфарктах мозжечка.
3. Сопоставление клинико-неврологических и МРТ данных.

**Материалы и методы.** Мы обследовали неврологические и МРТ данные 36 пациентов в возрасте от 40 до 80 лет, находившихся на лечении в отделении ангионеврологии ГКБ №1 г. Бишкек с 01.03.08 по 20.01.13 г.

При поступлении в стационар проводились лабораторно-инструментальные методы обследования, неврологический осмотр всех больных. МРТ исследование проводилось на магнитно-резонансном томографе "HITACHI AIRIS MED" (средней напряженности постоянного магнитного поля -0.4 Тл) в режимах FLAIR, T1, T2, взвешенных изображений, в сагиттальной, горизонтальной и фронтальной плоскостях. В исследование не были включены лица, злоупотребляющие алкоголем, больные с тяжелой сопутствующей соматической патологией, влияющей на функциональную активность центральной нервной системы, больные с наследственными мозжечковыми дегенеративными заболеваниями, аномалиями развития мозжечка и опухолевыми заболеваниями ЗЧЯ.

**Результаты и их обсуждения.** При клинико-неврологическом обследовании 36 больных ишемическим инсультом мозжечка были получены следующие результаты. Эту группу составили: 16 пациентов мужского пола и 20 женского пола. Из них пациенты зрелого возраста 11, пожилого- 13 больных и 5 больных старческого возраста. Особого внимания заслуживает группа пациентов молодого возраста, которая составила 7 больных.

**Таблица 1**

**Распределение больных в зависимости от выставленных диагнозов на основании клинико-неврологического обследования.**

№	Предварительный диагноз	Колич. пациентов	%
1	Ишемический инсульт мозжечка	10	28 %
2	Ишемический инсульт ствол мозга	8	22 %
3	Ишемический инсульт полушарный	6	16 %
3	Геморрагический инсульт полушарн.	2	6 %
4	Синдром позвоночной артерии	3	8 %
5	Гипертонический церебральный криз	4	12 %
6	Отравление грибами	1	2 %
7	САК	2	6 %
	<b>Итого</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

Клинико-неврологические данные. При поступлении в стационар жаловались на головную боль 23 больных, на головокружение - 22, тошноту и рвоту - 22, шаткость при ходьбе - 18, нарушение речи - 9, 17 пациентов при первичном осмотре были в ясном сознании, 16 больных в состоянии оглушения. У 1 больного отмечен сопор. Менингеальный синдром выявлен у 4 больных, причём из них трое находились в состоянии оглушения и 1 в состоянии сопора.

При осмотре больных были выявлены следующие неврологические симптомы. Мозжечковый нистагм зарегистрирован у 24 больных. Дизартрия, не связанная с афатическими расстройствами, отмечена у 9 пациентов. Нарушение функции черепно-мозговых нервов

наблюдалось у 12 больных. Почти у всех пациентов выявлены расстройства координации движений различной степени выраженности, проявлявшиеся пошатыванием в позе Ромберга и интенционным дрожанием или мимопаданием при выполнении пальценосовой и пяточноколенной проб. Таким образом, статико-локомоторная атаксия отмечена у 3 пациентов, динамическая - у 33, у 11 - оба вида мозжечковой атаксии. Расстройства мышечного тонуса наблюдались у 3 больных, из них у 1 - повышение мышечного тонуса по спастическому типу, у 2 - снижение тонуса. Двигательные расстройства имели место у 4 больных. Летальный исход в группе больных с локализацией очага инфаркта в мозжечке имел место у 1 пациента.

Таким образом, неврологическая картина при ишемическом инсульте мозжечка складывалась из общемозговой симптоматики, вестибулярной, координаторно-стволовых нарушений. При изолированных ишемических инсультах мозжечка не наблюдалось выраженное нарушение сознания, что не помешало обследовать больных, однако при неврологическом обследовании отмечалось, клиническое разнообразие симптомов и в дебюте заболевания на первый план выступала общемозговая симптоматика, что затрудняло диагностику при поступлении больных в стационар.

Данные магнитно-резонансной томографии. Всем пациентам (36) проведена идентификационно-томографическая магнитно-резонансная томография. Результаты магнитно-резонансного исследования головного мозга показали наличие очаговых изменений мозжечка у всех пациентов. МР-томографически инфаркты мозжечка в острой стадии (1-5-е сутки) более четко определялись на T2 взвешенных изображениях и в режиме FLAIR вследствие раннего возникновения цитотоксического отека (T2-ВИ), как области повышенной интенсивности сигнала. Обращает на себя внимание особенность изменений в ранний период ишемического инсульта в виде нечёткости и «размытости» контуров очага поражения. На T1 взвешенных изображениях интенсивность сигнала в области поражения имела тенденцию к понижению. В подострой стадии (6-21-е сутки) инфаркта мозжечка при МРТ характеризовалась отграничением некроза, в связи с чем, контуры очага поражения на T2-ВИ определялись более четко, интенсивность сигнала оставалась высокой; на T1-ВИ сигнал от зоны инфаркта носил гипointенсивный характер.

При анализе данных МРТ, прежде всего, обращалось внимание на стадию и локализацию очага инфаркта в мозжечке. В острой стадии ишемического инсульта поступили 25 (69,4%) больных, в подострой стадии 11 (30,6%) больных. Причиной поздних обращений послужила непрофильная госпитализация, поздние обращения самих пациентов.

Как видно на таблице №2, чаще встречалось поражение правой гемисферы мозжечка 20, 13 случаях имело место поражение левой гемисферы, левого полушария - червь у 2 больных,

двухсторонняя локализация отмечена у 1 пациента, правая гемисфера-червь и изолированное поражение червя в наших наблюдениях не наблюдалось.

Таблица 2

Распределение пациентов в зависимости от локализации очагов инфаркта в мозжечке представлено в таблице.

Группа	Локализация поражения	Всего больных	%
1	Правая гемисфера мозжечка	20	56%
2	Левая гемисфера мозжечка	13	37%
3	Обе гемисферы мозжечка	1	2,5%
4	Левая гемисфера и червь	2	2,5%
	Итого	36	100%

В работе проведено сопоставление клинико-неврологических и МР-томографических данных с точки зрения совпадения предварительного диагноза с заключением МРТ-исследования.

Таблица 3

Сопоставление клинико-неврологических и МР-томографических данных.

Результаты сопоставления	Количество больных	%
Полное совпадение диагноза при клинико-неврологическом и МР-томографическом исследовании	10	27,7%
Несовпадение диагноза при клинико-неврологическом и МР-томографическом исследовании	26	72,3%
Всего	36	100%

Сопоставление клинико-неврологических и МР-томографических данных показало, что в 10 (27,7%) случаях инфарктов мозжечка имело место совпадение диагноза, у 26 (72,3%) больных расхождение клинико-неврологического диагноза с результатами МРТ-исследования, и лишь МР томографическое исследование позволило диагностировать заболевание, определив тип инсульта, стадию процесса, локализацию и распространенность очага поражения.

**Выводы:**

1. В острейшем и в остром периоде ишемического инсульта возможны наибольшие диагностические трудности, так как неврологическая симптоматика, характерная для непосредственного поражения мозжечка на этом этапе может отсутствовать или маскироваться, т.е. на первый план выступает общемозговая симптоматика. Очаговая мозжечковая симптоматика в ряде случаев может быть слабо выраженной или отсутствовать.

2. Сопоставление клинико-неврологических и МР-томографических данных показало,

расхождение клинико-неврологического диагноза с результатами МРТ у 20 больных, и лишь МРТ позволила диагностировать заболевание.

3. МРТ является наиболее информативным методом диагностики при ишемических поражениях мозжечка и позволяет определить стадию заболевания, распространённость и локализацию очага поражения.

#### Литература

1. Абдулина О.В., Парфенов Д.Ф., Вестибулярное головокружение в неотложной неврологии // Клиническая геронтология-2005 -N8 -С15-19.
2. Беличенко О.И., Далвани С.А., Абрамова Н.Н., Терновой С.К. Магнитно-резонансная томография в диагностике цереброваскулярных заболеваний. - М.: Видар, 1998 -112 с. - ил.
3. Верещагин Н.В. Патология вертебрально-базиллярной системы и нарушения мозгового кровообращения. -М., 1980.
4. Геморрагический инсульт. Под ред. В.И.Скворцовой, В.В.Крылова. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2005; с. 15-23.
5. Дуус Петер Топический диагноз в неврологии. Анатомия. Физиология. Клиника — М.: "Вазар-Ферро", 1995. — 400 с.
6. Инсульт. Практическое руководство для ведения больных / Ч.П. Ворлоу, М.С. Денис, Ж. ван Гейн и др.; Пер. с англ. А.В. Борисова, Л.В. Бульбы, Ю.И. Бульбы и др.; Под ред. А.А. Скоромца и В.А. Сорокоумова. - СПб.: Политехника, 1998. - 629 с.: ил.
7. Холин А.В. Магнитно-резонансная томография при заболеваниях центральной нервной системы. - СПб.: Гиппократ, 2000. - 192 с. - ил.
8. Шмидт Е.В., Лунев Д.К., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного и спинного мозга. Москва, «Медицина» 1976, стр. 118-142.
9. Amarencо P., Hauw J-J., Henin D. et all. Les infarctus du territoire de l'artere cerebelleuse postero-inferieure : etude clinico-pathologique de 28 cas. // Rev. Neurol. (Paris). - 1989. - Vol. 145.-P. 277-286.
10. Amarencо P., Levy C., Touboul P., Jroullet E., Bousser M.G. Causes and mechanisms of territorial and nonterritorial cerebellar infarcts in 115 consecutive patients. // Stroke. - 1994. - Vol. 25.-P. 105-112.
11. Canaple S., Bogousslavsky J. // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. -1999. -Vol. 66. - P.739-745.

### NEUROLOGICAL AND MAGNETIC RESONANCE TOMOGRAPHY DIAGNOSIS OF ISCHEMIC STROKE OF THE CEREBELLUM

*T.O. Musabekova, M.A. Batyrov.*

Department Neurology and Neurosurgery  
Kyrgyz-Russian Slavic University,  
Bishkek, Kyrgyz Republic.

The article presents data of 36 patients, who have had an ischemic stroke in the cerebellum of various locations in the acute and sub-acute stage. Found that in the most acute and acute ischemic stroke may be the greatest diagnostic difficulties as neurological symptoms characteristic of the direct cerebellar at this stage may be absent or masked.

**Keywords:** ischemic stroke of cerebellum, cerebellum, MRI, diagnosis.

### КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

*Мусабекова Т. О., Рысалиева Н. Т.*

Кыргызско-Российский Славянский  
Университет,  
Кафедра неврологии и нейрохирургии  
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Проведен анализ когнитивных функций по краткой шкале оценки психического статуса, слухоречевой памяти, внимания и эмоционально-волевых расстройств в зависимости от локализации ишемического инсульта. Выявлено, у больных с левополушарным очагом наблюдаются депрессивный синдром и когнитивные нарушения, выявляемые по КШОПС.

**Ключевые слова:** ишемический инсульт, когнитивные функции, локализация очага.

### ИШЕМИЯЛЫК ИНСУЛЬТТУН КУРЧ МЕЗГИЛИНДЕГИ ООРУЛУУЛАРДЫН КЛИНИКАЛЫК-ИНСТРУМЕНТАЛДЫК ЖАНА НЕЙРОПСИХОЛОГИЯЛЫК МУНӨНӨЗДӨМӨЛӨРҮ

Кыргызстан-Россия Славян Университети,  
неврология жана нейрохирургия кафедрасы,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Ишемиялык инсульттун локалдашуусуна жараша психикалык статусу баалоонун кыска шкаласы боюнча когнитивдик функцияларды, угуу-сүйлөө эстутумун, көңүл буруусун жана эмоционалдык-эрттик бузулууларды анализдөө жүргүзүлгөн. Сол жарым шардык очоктук оорулууларда психикалык статусу баалоонун кыска шкаласы менен аныкталуучу депрессивдик синдром жана когнитивдик бузулуулар табылган.

**Негизги сөздөр:** ишемиялык инсульт, когнитивдик функциялар, очокту локалдаштыруу.

**Актуальность.** Острые нарушения мозгового кровообращения являются актуальной проблемой с медицинской и социальной точки зрения, занимая первое место среди всех причин инвалидизации [1, 2]. У значительной части больных, перенесших инсульт, наряду с двигательными нарушениями, развиваются различные расстройства высших психических функций, наличие которых может значительно затруднить их психическую и социальную реадaptацию, снизить качество жизни. Так, относительно хорошо исследованы распространенность и семиотика речевых нарушений после инсульта, однако другие виды когнитивных и аффективных расстройств не столь хорошо изучены [3].