

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].

Таким образом, целью исследования явилось изучение клинико-инструментальных и нейропсихологических характеристик у больных с ишемическим инсультом в остром периоде.

Задачи исследования:

1. Изучить когнитивные функции по краткой шкале оценки психического статуса, слухоречевую память и внимание у больных с ишемическим инсультом.
2. Определить особенности эмоционально-волевых нарушений у больных, перенесших инсульт.

Материалы и методы исследования.

Исследование осуществлялось на базе ГКБ №1, в отделении ангионеврологии. Для обследования были взяты 49 больных с ишемическим инсультом в остром периоде. Возрастной состав варьировал от 35 до 74 лет, средний возраст составил 55,7 лет, среди них 28 женщин и 21 мужчин, что составляет соответственно 57 и 43%. Пациентам были проведены лабораторно-инструментальные методы обследования, неврологическая и нейропсихологическая оценка в остром периоде ишемического инсульта в течение 10 дней от начала заболевания. Критериями включения явились первичный или повторный ишемический инсульт головного мозга. В исследовании не участвовали больные с грубыми интеллектуально-мнестическими нарушениями, расстройствами зрения и слуха, препятствующие нейропсихологическому обследованию.

Лабораторно-инструментальные методы включали общий анализ крови, общий анализ мочи, протромбиновый индекс, сахар крови, компьютерную томографию (КТ) – проведена 4 больным, магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга – 21 пациенту, УЗДГ сосудов брахиоцефального ствола и магистральных сосудов шеи, электрокардиографическое исследование (ЭКГ). МРТ исследование проводилось на магнитно-резонансном томографе "HITACHI AIRISMED" со средней напряженностью 6W постоянного магнитного поля -0.4 Тл в режимах FLAIR, T1, T2, взвешенных изображений, в сагиттальной, горизонтальной и фронтальной плоскостях; КТ на аппарате HITACHI SCENARIA 64ch/ 128 slice.

Оценка неврологического статуса проводилась с использованием шкалы инсульта Национального института здоровья (National Institutes of Health Stroke Scale, по J.Biller et al., 1990; T. Brott et al. 1989), шкалы оценки мышечной силы Британского совета медицинских исследований (HSMO, 1943): 5 баллов- норма, 4 балла- легкий гемипарез, 2-3 балла- умеренный гемипарез, 0-1 балл- глубокий гемипарез. Для оценки эмоционального состояния использовались тест самооценки ситуативной и реактивной тревожности (тест Ч.Д. Спилбергера, адаптированный Ю.Л. Ханиным, 1969) и депрессии (шкала Zung V., адаптированная Т.Н. Балашовой, 1965). Общая оценка когнитивных функций производилась при помощи краткой шкалы оценки психического статуса (КШОПС), или теста «Мини-Ментал» (Mini-Mental State Examination, надежность теста установлена Folstein M., Folstein S., et al., 1975). Для оценки кратковременной и

отсроченной памяти использовался тест заучивания 10 слов (А.Р. Лурия, 1973). Внимание оценивалось по методике Шульте: поиск чисел от 1 до 25 по черным таблицам.

Результаты и их обсуждение. Основной причиной развития ишемического инсульта у обследованных больных оказалась гипертоническая болезнь у 25 (51%), ОНМК по кардиоэмболическому типу соответственно у 5 (10%), сочетание артериальной гипертензии и атеросклероза выявлено у 19 (39%). Согласно клиническим данным, 19 (39%) пациентов перенесли инсульт в правом полушарии, 26 (53%) - в левом и у 4-х (8%) очаг был в стволе головного мозга. У последней группы больных оценка когнитивных и аффективных расстройств не проводилась ввиду малого количества пациентов. Повторное нарушение мозгового кровообращения наблюдалось у 15 (30%) больных. По данным нейровизуализации ОНМК правополушарной локализации диагностировано у 11, левополушарной- у 14 больных.

Пациенты были разделены по этнокультуральным характеристикам, так, кыргызы составили 55%, русские 26% обследованных, 19% были отнесены к другим национальностям. По уровню образования обследованные были разделены на 4 группы: среднее неполное образование имели 7 (14%) пациентов, среднее полное – 21 (43%), высшее законченное – 12 (25%), среднее специальное – 9 (18%).

Оценка неврологических функций по шкале NIHSS выявила нарушения от 1 до 15 баллов, в среднем составила 5,8 баллов. При этом мышечная сила была снижена у большинства пациентов. Так, 4 балла выявлены у 25, 2-3 балла- у 10 пациентов, 0-1 балл имели 4 больных, а нормальная мышечная сила была у 5.

Исследование когнитивных функций показало их снижение и составило в среднем 23 балла. Так, показатели MMSE колебались от 10,5 до 30 баллов, а у 39(80%) больных были 27 баллов и менее, что говорит о наличии у них когнитивных нарушений. При этом, согласно клиническим данным, у больных с левополушарной локализацией очага было более значимое снижение показателей и в среднем составило 22,3 балла. А при правополушарном поражении- 25 баллов. Следует отметить, что по данным нейровизуализации также когнитивные функции ухудшались при левостороннем очаге, 22,9 и 23,9 соответственно.

Слухоречевая память была снижена почти у всех больных, при этом непосредственное воспроизведение немного чаще было нарушено при правополушарной локализации и составило в среднем 4 слова, в то время как отсроченное воспроизведение больше страдает при левополушарном очаге и соответствует 3 словам. Данные результаты одинаковы у больных без и с нейровизуализацией. Важно отметить, что полученные показатели подтверждают, что при непосредственном запоминании и воспроизведении в мнестической деятельности прежде всего участвует

правое полушарие, а при отсроченном- левое.

Исследование внимания по таблицам Шульте выявило, что оно снижается при любой локализации очага, составляя в среднем 82 и 85 сек при правостороннем и левостороннем очагах соответственно. Данные результаты соответствуют показателям по вниманию, полученным у больных с нейровизуализацией и составляют в среднем 80 сек при правополушарном и 83 при левополушарном инсульте.

Анализ эмоционально-волевых нарушений выявил следующие изменения: степень реактивной тревожности колебалась от 29 до 73 баллов, личностной - от 39 до 68, уровень депрессии варьировал от 33,75 до 76,25баллов, составляя в среднем соответственно 44,38; 51,4; 50,8 баллов. При этом, исследование зависимости между локализацией инсульта и выраженностью реактивной тревожности (РТ) выявило, что у больных с правополушарным поражением РТ чаще встречается, составляя в среднем 47,3 баллов, в то время как с левополушарным- 42,2. Оценка личностной тревожности не выявила значимой зависимости от локализации инсульта и составила в среднем 42 балла. Полученные результаты подтверждают, что у больных с ОНМК в недоминантном полушарии тревожные расстройства более выражены. Однако, уровень депрессии оказался незначительно выше у больных с левополушарным инсультом, составляя в среднем 52 балла, а по данным нейровизуализации- 51,6 баллов. При локализации очага в недоминантном полушарии показатели депрессивного синдрома составили 48 баллов. При этом уровень реактивной и личностной тревожности незначительно различался у больных с нейровизуализационными методами обследования.

Исследование степени нарушения высших психических функций в зависимости от размеров ишемического очага по данным анализа МРТ и КТ головного мозга представлено в табл. 1. По результатам данной таблицы видно, что когнитивные функции по шкале MMSE, включая внимание, непосредственную и отсроченную память значимо снижаются при больших размерах очага. При этом эмоционально-волевая сфера больше страдает при ишемическом очаге размерами до 10 мм. Видимо, это связано с большей сохранностью когнитивных функций и критического отношения к своему состоянию при более малых объемах поражения.

Изучение связи между когнитивными, эмоционально-волевыми нарушениями и полом, возрастом, уровнем образования выявило следующие данные: чем старше больные (60-74 лет), тем больше у них снижаются когнитивные функции, включая память, однако результаты исследования внимания оказались лучше в старшей возрастной группе. При этом эмоционально - волевые расстройства немного чаще возникали в молодой и средней возрастных группах (до 44 лет и 45-59 лет) и составили для РТ 46,9 и 48,1, для депрессии 50,9 и 51,5 баллов соответственно и у больных женского пола.

Таблица 1

Зависимость между степенью нарушения высших психических функций и размерами ишемического очага по данным анализа МРТ и КТ головного мозга

Высшие психические функции	Размер ишемического очага		
	менее 10 мм n=6	от 10 до 20 мм n=10	более 20 мм n=6
Когнитивные функции (MMSE)(баллы)	25,5	21,0	20,0
Непосредственная память (слова)	5,5	4,1	3,0
Отсроченная память (слова)	3,6	2,7	2,3
Внимание (сек.)	66	75	90
Реактивная тревожность (баллы)	42,2	47,7	38,8
Личностная тревожность (баллы)	58,0	45,6	41,0
Депрессия (баллы)	57,3	48,4	44,2

Уровень личностной тревожности в обеих группах оказался около 54,5 баллов. Видимо, данные результаты могут быть объяснены тем, что пожилые пациенты меньше переживают свою болезнь, в отличие от людей трудоспособного возраста (Табл. 2).

Таблица 2

Корреляция между когнитивными, эмоционально-волевыми нарушениями и полом, возрастом.

Высшие психические функции	Пол		Возраст		
	Муж n=21	Жен n=28	До 44 лет n=7	45-59 лет n=22	60-74 лет n=20
Когнитивные функции (MMSE) (баллы)	22,6	23,4	25,5	23,3	20,2
Непосредственная память (слова)	5,4	5,6	5,7	7,2	4,1
Отсроченная память (слова)	2,6	3,3	2,8	4,1	2,0
Внимание (сек.)	110	86	99	95	86
Реактивная тревожность (баллы)	42,3	46,1	46,9	48,1	40,1
Личностная тревожность (баллы)	50,0	54,7	54,6	54,5	49,1
Депрессия (баллы)	49,6	51,1	50,9	51,5	49,3

Оценка зависимости между высшими психическими функциями и уровнем образования выявила, что когнитивные функции более сохранены у больных с высшим законченным образованием, составляя 26,1 балл, в то время как депрессия и реактивная тревожность немного преобладала у больных со средним неполным образованием, а личностная тревожность преобладала у пациентов с высшим законченным образованием и составляла в среднем 60,7 баллов (Табл.3).

Заключение:

У больных с ишемическим инсультом в остром периоде когнитивные нарушения по шкале КШОПС значимо снижаются при локализации очага в левом полушарии головного мозга.

Таблица 3

Зависимость между высшими психическими функциями и уровнем образования.

Высшие психические функции	Уровень образования			
	среднее неполное n=7	среднее полное n=21	высшее законченное n=12	средне специальное n=9
Когнитивные функции (баллы)(MMSE)	19,8	22,3	26,1	23,4
Непосредственная память (слова)	4,1	5,8	7,2	6,6
Отсроченная память (слова)	1,1	3,2	4,0	3,5
Внимание (сек.)	143	102	76	74
Реактивная тревожность (баллы)	46,9	45,1	43,2	41,0
Личностная тревожность (баллы)	48,5	51,2	60,7	48,5
Депрессия (баллы)	54,0	51,1	52,5	45,0

Это объясняется мозговой асимметрией психической деятельности с преимущественным участием левой гемисферы мозга в механизмах произвольного контроля и прежде всего ее связью с речевыми процессами. Также выявлено, что у данных больных различные звенья слухоречевой деятельности связаны с работой разных полушарий: отсроченная память связана с работой левого, а непосредственная - с работой правого полушария. Наши результаты сопоставимы с показателями в исследовании Шахпароновой Н.В. [3]. Данные анализа внимания выявили, что оно ухудшается независимо от локализации ишемического очага.

Изучение эмоционального статуса больных с ишемическим инсультом в остром периоде в зависимости от локализации поражения по клиническим данным выявило, что реактивная тревожность наблюдается при правополушарном очаге инсульта, а личностная тревожность не зависит от локализации, при этом оба типа тревожности характерны для больных женского пола и молодого возраста. Уровень депрессии незначительно выше у больных с левополушарным инсультом в остром периоде, что подтверждается нейровизуализационными методами обследования. Полученные показатели сопоставимы с данными J.Cummings и M.Mega [4].

Выводы:

1. Когнитивные нарушения наблюдаются при локализации ишемического инсульта в левом полушарии, в том числе непосредственная слухоречевая память страдает при инсульте в недоминантном полушарии головного мозга. А отсроченное воспроизведение соответственно при левополушарной локализации очага.
2. Возникновение депрессии в остром периоде инсульта с незначительной разницей выявляется при поражении левой гемисферы головного мозга. Реактивная тревожность возникает при правополушарном очаге, а личностная не зависит от локализации инсульта.

Литература:

1. Гусев Е.И. Проблема инсульта в России / Е.И. Гусев // Журн. неврол. и психиат. им. С.С.Корсакова.- 2003. - № 9. - С. 5-7.
2. Дамулин И.В. Болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция / Под ред.Н.Н. Яхно.-М.- 2002.
3. Шахпаронова Н.В. Постинсультные нарушения высших функций: феноменология, прогноз, реабилитация / Н.В. Шахпаронова: Автореф.... д-ра мед.наук. – Москва, 2011. - 48с.
4. Cummings J.L., Mega M.S. Disturbances of mood and affect: cerebrovascular disease / J.L. Cummings, M.S. Mega // Neuropsychiatry and Behavioral Neuroscience.- New York: Oxford University Press.- 2003.- P. 206.

CLINICAL-INSTRUMENTAL AND NEUROPSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE IN THE ACUTE PERIOD.

T. O. Musabekova, N. T. Rysalievа

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

The analysis of the cognitive functions by Mini-Mental State Examination, of verbal memory, attention, and emotional - volitional disorders, depending on the location of ischemic stroke. It was revealed that patients with left-hemispheric stroke have depressive symptoms and cognitive impairment detected by MMSE.

Key words: ischemic stroke, cognitive function, localization of the stroke.

