

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
им. И. К. АХУНБАЕВА**

**КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Б. Н. ЕЛЬЦИНА**

**КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
им. С. Б. ДАНИЯРОВА**

Диссертационный совет Д 14.20.620

На правах рукописи

УДК 616.831-005.4-036. 11+616.831.71]-073.756.8

БАТЫРОВ МАКСАТБЕК АДИБЕКОВИЧ

**ОЦЕНКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И
КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ
У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО
КРОВООБРАЩЕНИЯ МОЗЖЕЧКА**

14.01.11 – нервные болезни

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2021

Работа выполнена на кафедре неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Кыргызско-Российского Славянского университета имени Б. Н. Ельцина.

Научный руководитель: **Мурзалиев Арстанбек Мурзалиевич**
доктор медицинских наук, акад. НАН КР,
профессор кафедры неврологии и клинической генетики Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева

Официальные оппоненты: **Кулов Болот Бейшеналиевич**
доктор медицинских наук, доцент, заместитель
директора по научной работе Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения МЗ КР

Бабаджанов Нурмухамед Джамалович
кандидат медицинских наук, врач отделения патологии перинатального периода Национального центра охраны материнства и детства МЗ КР

Ведущая организация: Казахский национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова, кафедра неврологии с курсом нейрохирургии (Республика Казахстан, 050000, г. Алматы, ул. Толе би, 94)

Защита состоится **23 июня 2021 года в 14.00 часов** на заседании диссертационного совета Д 14.20.620 по защите диссертации на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, Кыргызско-Российском Славянском университете им. Б. Н. Ельцина и Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова (720020, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92, конференц-зал). Идентификационный код онлайн трансляции защиты диссертации: <https://vc.vak.kg/b/14--dze-fzj-sal>

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92), Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б. Н. Ельцина (720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44), Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова (720017, г. Бишкек, ул. Боконбаева, 144а) и на сайте <http://kgma.kg>

Автореферат разослан 21 мая 2021 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук, доцент

Э. М. Мамытова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Инсульты мозжечка относятся к наименее изученным вопросам сосудистой патологии головного мозга. Мозжечковые инфаркты составляют от 1,5 до 2,3% среди всех острых нарушений мозгового кровообращения (Апतिकеева Н. В. и соавт., 2013; Дашьян В. Г. и соавт., 2019; Tohgi H. et al., 1993; Datar S. et al., 2014), но при аутопсиях эти показатели немного выше и составляют 4,2%, а смертность достигает 20% (Amarengo P., 1995, Venti M., 2012). Доля геморрагического инсульта мозжечка составляет 4,8 - 16 % от общего числа всех внутримозговых кровоизлияний, летальность варьирует от 13 до 48 % (Крылов В. В. и соавт., 2010, 2013; Годков И. М. и соавт., 2014; van Asch S. J. et al., 2010).

Клиническая картина инсультов мозжечка зависит от бассейна и характера инсульта, однако, в остром периоде заболевания часто выявляются головокружение, головная боль, тошнота, рвота и нарушение речи, а в неврологическом статусе наблюдаются нарушение сознания, нистагм, координаторные расстройства, гипотония мышц, скандированная речь. При обширных поражениях мозжечка имеют место вторичные стволовые симптомы, такие как глазовдвигательные нарушения, бульбарный синдром, двигательные нарушения, расстройство дыхания, в тоже время при небольших по объему очагах координаторные расстройства могут не выявляться в силу быстрой обратимости симптомов и могут проявляться только в виде изолированного головокружения (Асратян С. А. и соавт., 2012; Крылов В. В., 2013; Tohgi H. et al., 1993; Perloff M. D. et al., 2017).

Несмотря на то, что мозжечок составляет 10% от общей массы мозга, он имеет связи со всеми отделами центральной нервной системы (ЦНС), в том числе и с вегетативной нервной системой (ВНС) (Вейн А. М., 2000). Факты, указывающие на причастность мозжечка к регуляции вегетативной нервной системы, стали накапливаться сразу же, как только было начато экспериментальное исследование его функции (Орбели Л. А., 1935, 1949; Асратяна Э. А., 1953, Хаспекова Н. Б., 1996; Dietrichs E., 1989). Орбели Л. А. (1935) с его сотрудниками была показана исключительно важная роль мозжечка в поддержании ВНС. На основании обобщения многочисленных работ в своей лаборатории Орбели Л. А. (1949) пришел к выводу, что роль мозжечка нельзя ограничивать какой-либо одной сферой деятельности организма. Согласно Орбели Л. А., мозжечок выполняет функцию стабилизатора нормальных взаимоотношений между различными отделами нервной системы и, хотя, ни одна из функций организма не выпадает после удаления мозжечка, тем не менее, они претерпевают существенные изменения количественного порядка в ту или иную сторону. Такая концепция послужила основой учения об адаптационно-трофической роли мозжечка в организме. В этом плане весьма актуально

изучение состояния ВНС у больных с острым нарушением мозгового кровообращения мозжечка.

В настоящее время для оценки вегетативной нервной системы внимание привлекает анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) с применением метода кардиоинтервалографии (КИГ). ВСР является одним из механизмов адаптации организма к меняющимся внешним и внутренним факторам и отражает степень напряжения регуляторных систем на любое стрессовое воздействие (Баевский Р. М., 2000; Graff V. et al., 2013). На сегодняшний день имеется достаточное количество исследований, выполненных при инсультах больших полушарий головного мозга (Самохвалова Е. В., 2008; Chen P. L. et al., 2012; Graff V. et al., 2013) и относительно небольшое количество исследований проведено у больных с инсультом в вертебро-базилярном бассейне (ВББ) (Голдобин В. В., 2006; Прекина В. И., 2014; Meglic V., 2001; De Readt S. et al., 2015). По данным Прекина В. А. (2014), при инсультах в вертебро-базилярном бассейне наблюдается снижение общей спектральной мощности с преобладанием нейрогуморальных и парасимпатических влияний на сердечный ритм, и уровень снижения общей мощности спектра коррелировал с тяжестью инсульта. Подобные результаты получены и в других работах (Татаренко С. А., 2008; Ким Т. В., 2013). Однако, состояние ВНС у больных с изолированным инсультом мозжечка в острейшем и в остром периодах остается малоизученным.

Таким образом, инсульты мозжечка в остром периоде имеют особенности клинических проявлений и представляют собой одну из наиболее сложных диагностических проблем. Имеющиеся на сегодняшний день малочисленные работы, посвященные изучению особенностей вегетативных нарушений у больных с изолированным инсультом мозжечка базируются на небольшом клиническом материале. К тому же эти работы не отражают особенности вегетативных расстройств в зависимости от бассейна поражения и характера инсульта, что и явилось необходимостью дальнейшего изучения данной проблемы.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями и крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Работа является инициативной.

Цель исследования. Изучить клинико-неврологические и инструментальные показатели у больных с инсультом мозжечка в остром периоде заболевания для оптимизации диагностики и тактики ведения больных.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности клинико-неврологической картины у больных с ишемическим инсультом мозжечка в бассейне задней нижней мозжечковой артерии, верхней мозжечковой артерии и при нетерриториальных инфарктах.

2. Изучить особенности клинико-неврологической картины у больных с геморрагическим инсультом мозжечка в остром периоде заболевания.

3. Оценить резервные и адаптивные возможности вегетативной нервной системы методом кардиоинтервалографии у больных с инсультом мозжечка в зависимости от характера нарушения и бассейна поражения в острейшем и остром периодах.

4. Провести корреляционный анализ между клинико-неврологическими, нейровизуальными и кардиоинтервалографическими данными у больных с инфарктом в бассейне задней нижней мозжечковой артерии, верхней мозжечковой артерии, нетерриториальными инфарктами и геморрагическим инсультом мозжечка, определяющих течение и исход заболевания.

Научная новизна полученных результатов.

Впервые в Кыргызской Республике представлены результаты клинико-функционального исследования острых нарушений мозгового кровообращения в мозжечке. Определены особенности клинической картины инсульта в бассейне задней нижней мозжечковой артерии (ЗНМА), верхней мозжечковой артерии (ВМА), нетерриториального инфаркта и геморрагического инсульта мозжечка. Установлено благоприятное течение ишемии в бассейне ВМА и при нетерриториальных инфарктах с превалированием мозжечковой симптоматики. Ишемический инсульт в бассейне ЗНМА и геморрагический инсульт мозжечка имели неблагоприятный прогноз, с развитием дислокационного синдрома, что соответственно расширяет комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий.

На основе кардиоинтервалографии впервые изучены особенности вегетативной нервной системы при ишемии мозжечка в бассейне ЗНМА, ВМА, нетерриториальных инфарктах, геморрагическом инсульте мозжечка в острейшем и в остром периодах. У больных с ишемическим инсультом в бассейне ЗНМА и с геморрагическим инсультом мозжечка снижение общей спектральной мощности с ваготонией отличалось стойким характером.

Полученные результаты клинико-неврологического исследования в корреляции с кардиоинтервалографическими и нейровизуальными данными впервые позволили комплексно оценить состояние адаптивных возможностей вегетативной нервной системы при острых нарушениях мозгового кровообращения мозжечка в зависимости от бассейна поражения и характера инсульта, что способствовало выбору тактики введения и комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий.

Практическая значимость полученных результатов. Определены особенности неврологических симптомов больных с ишемическим инсультом мозжечка в бассейне ЗНМА, ВМА, нетерриториальных инфарктов и геморрагическим инсультом мозжечка в остром периоде заболевания. Знание особенностей клинических проявлений острых нарушений мозгового кровообращения мозжечка в зависимости от характера и бассейна

поражения позволяет своевременно диагностировать инсульты данной локализации, госпитализировать в ранние периоды заболевания и начать своевременное проведение лечебно-реабилитационных мероприятий (Акты внедрения 27 ноября 2017 года, 11 февраля 2019 года).

Для оценки состояния вегетативной нервной системы у больных с ишемическим и геморрагическим инсультами мозжечка в острейшем и остром периодах инсульта рекомендуется провести анализ variability сердечного ритма методом кардиоинтервалографии. Оценка variability сердечного ритма у больных с инсультом мозжечка в зависимости от бассейна и типа инсульта позволяет комплексно оценить тяжесть состояния больных, а также улучшить тактику введения инсульта мозжечка в условиях стационара (удостоверение на рационализаторское предложение № 867 «Усовершенствование клинико-инструментальной диагностики больных с инсультом мозжечка в остром периоде», выданное Кыргызпатентом от 29.03.2019 г.).

Результаты диссертации используются врачами ангионеврологического отделения Городской клинической больницы №1 г. Бишкек, центра лучевой диагностики «Юнит Реактив Фарм», а также в учебном процессе студентов лечебного факультета Кыргызско-Российского Славянского университета.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. При ишемических инсультах мозжечка в бассейне ЗНМА в клинической картине выявляется общемозговая симптоматика с вестибулоатактическим синдромом. Угнетение сознания на фоне вторичных стволовых симптомов является признаком неблагоприятного прогноза. Для ишемии в бассейне ВМА характерны обратимые очаговые неврологические и общемозговые симптомы, которые определяют благоприятное течение заболевания. При нетерриториальных инфарктах мозжечка неврологическая симптоматика мало выраженная, может проявиться только головокружением, шаткой походкой, дисметрией и такие инфаркты имеют благоприятный прогноз.

2. В клинической картине геморрагического инсульта мозжечка в остром периоде заболевания наряду с общемозговой симптоматикой, вестибулоатактическим синдромом с угнетением сознания наблюдается острая окклюзионная гидроцефалия и признаки сдавления ствола мозга.

3. Для пациентов с инсультом мозжечка в острейшем периоде заболевания по данным КИГ, характерно снижение спектральных показателей с преобладанием парасимпатических влияний, что свидетельствует о снижении адаптивных и резервных возможностей регуляторных механизмов. В остром периоде у больных с ишемией в бассейне ВМА и при нетерриториальных инфарктах мозжечка восстанавливались нейрогуморальные механизмы регуляции и вагосимпатический баланс. При этом снижение общей

спектральной мощности с ваготонией имел стойкий характер у больных с геморрагическим инсультом мозжечка и с ишемическим инсультом в бассейне ЗНМА, что определяет низкие возможности адаптивных механизмов вегетативной нервной системы.

4. У больных с инфарктом в бассейне ЗНМА и кровоизлиянием в мозжечок обнаружена сильная прямая корреляционная связь между тяжестью заболевания и показателями кардиоинтервалографии, то есть, чем тяжелее состояния больных, тем ниже адаптивные возможности организма. Обнаружена средняя обратная корреляционная связь между объемом очага и общей спектральной мощностью кардиоинтервалографии: чем больше очаг поражения, тем ниже адаптивно-резервные возможности вегетативной нервной системы. Полученные результаты определяют необходимость проведения комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий в условиях стационара с учётом состояния адаптивных возможностей.

Личный вклад соискателя. Автор непосредственно участвовал в обследовании и лечении всех больных с инсультом мозжечка, самостоятельно проводил КИГ исследования, УЗИ магистральных сосудов шеи, статистическую обработку результатов, их интерпретацию, а также сформулировал основные положения и выводы диссертации.

Апробация результатов диссертации. Основные положения и результаты диссертационного исследования доложены на: международной научно-практической конференции «Наука вчера, сегодня, завтра» (г. Новосибирск, 2015); III съезде неврологов Кыргызской Республики, посвященном 85-летию академика А. М. Мурзалиева (г. Бишкек, 2016); заседании общества неврологов Кыргызской Республики (г. Бишкек, 2016); международной научно-практической конференции, посвященной 70-летию профессора Н. К. Касиева (Бишкек, 2017); научном заседании ученого совета Бишкекского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии (г. Бишкек, 2019).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях: по теме диссертации опубликовано 10 статей, из них 6 – в изданиях, рекомендованных ВАК КР, 4 – в зарубежных изданиях, в том числе 4 - единоличных.

Объем и структура диссертации: диссертация изложена на 135 страницах компьютерного текста на русском языке, состоит из введения, обзора литературы, материала и методов исследования, главы собственных исследований и их обсуждения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Диссертация иллюстрирована 12 таблицами и 24 рисунками. Библиографический указатель включает 195 источников, из них 112 русскоязычных и 83 иностранных авторов.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы исследования, изложены цель и задачи, научная новизна, практическая значимость работы и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

Глава 1. Обзор литературы. Проанализированы данные литературы, посвященные проблеме особенностей клинических проявлений и диагностики больных с острым нарушением мозгового кровообращения мозжечка с учетом оценки адаптивных возможностей вегетативной нервной системы по данным кардиоинтервалографии.

Глава 2. Материалы и методы исследования. Дана характеристика больных с инфарктом мозжечка в зависимости от бассейна поражения и геморрагическим инсультом мозжечка в остром периоде заболевания. Описаны материалы и методы исследования, которые были применены в работе.

Предметом исследования являлось изучение клинико-неврологических и инструментальных показателей у больных с инсультом мозжечка в бассейне ЗНМА, ВМА, нетерриториальных инфарктах.

Объектом исследования являлись 117 больных с инсультом мозжечка в возрасте от 40-89 лет, средний возраст - 63,5 лет, из них мужчин - 68, женщин - 49. Клиническое исследование проводилось в условиях отделения ангионеврологии городской клинической больницы №1 г. Бишкек и в отделении нейрохирургии №2 Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Распределение больных по возрасту и по полу приведено в табл. 2.2.1.

Таблица 2.2.1 - Распределение больных по полу и возрасту с острым нарушением мозгового кровообращения мозжечка

Пол	Всего больных		Возрастная категория больных			
	абс.ч	%	40-45	45-59	60-74	75-89
Мужской	68	58,1	6	22	28	12
Женский	49	41,9	1	9	21	18
Всего абс.ч %	117	100,0	7 6%	31 26,5%	49 42%	30 25,6%

Существенное влияние на тактику лечения и прогноз инсульта оказывают сроки поступления больных с момента развития инсульта. В период терапевтического окна до 6 часов с момента развития инсульта поступили

16 больных, с 6 до 12 часов соответственно - 18, с 12 до 24 часов - 23 больных, а 29 пациентов поступили по истечении первых суток. При геморрагическом инсульте мозжечка 23 больных поступили в течение 24 часов с момента развития кровоизлияния, а 8 больных поступили на 2-7 сутки от дебюта заболевания. Пути поступления больных в отделение: по линии скорой медицинской помощи госпитализированы 63 (53,5%) пациента, центра семейной медицины – 15 (12,8%) и 39 (33,3%) больных обратились самостоятельно. Территориальный состав: городские жители составили 69 (58,9%), сельские 48 (41,1%) больных.

Методы исследования:

1. Клинико-неврологическое обследование проведено по стандартной методике и с использованием шкалы тяжести инсульта (Гусев Е. И., Скворцова В. И., 1991). Состояние пациентов с суммарным клиническим баллом менее 30 рассматривали как крайне тяжёлое, 30 -35 баллов - тяжёлое, свыше 35 баллов - средней тяжести.

2. Лабораторные исследования включали в себя клинические и биохимические анализы крови.

3. Ультразвуковое исследование магистральных сосудов шеи. Для определения степени и характера поражения экстракраниальных сосудов проводилась ультразвуковая доплерография сосудов шеи на аппарате «LOOKI – WAKI», фирмы «Atys Medical».

4. Кардиоинтервалографическое исследование. Оценивались следующие показатели: индекс напряжения регуляторных систем (ИН) - состояние центрального контура регуляции; LF norm- отражающий симпатические влияния, HF norm- парасимпатические влияния на сердечный ритм, VLF-нейрогуморальная активность; общая спектральная мощность (Total power) – отражает суммарное влияние на сердечный ритм всех уровней регуляции.

5. Нейровизуальное исследование. Магнитно-резонансная томография головного мозга проведена 76 (65%) больным на аппарате “HITACHI AIRIS MED” (0.4 и 1,5 Тл) в режимах FLAIR, T1, T2 взвешенных изображений и диффузно-взвешенной визуализации (DWI) в сагиттальной, горизонтальной и фронтальной плоскостях. Компьютерная томография головного мозга проведена 41 (35%) больному на спиральном, мультисрезовом аппарате «Hitachi Presto». Исследование выполнено в орбито-меатальной плоскости, толщина среза 5.0 мм. Оценка нейровизуальных данных проводилась по следующим параметрам: 1) определялись тип инсульта, локализация и объем поражения, 2) наличие перифокального отека и признаков острой окклюзионной гидроцефалии (ООГ), 3) наличие прорыва и заполнения кровью желудочковой систем, 4) наличие и выраженность поперечной дислокации ствола мозга определяли по характеру сдавления и смещения IV желудочка;

I степень - деформирован, но визуализируется, II степень - не визуализируется, полностью сдавлен.

По данным нейровизуального исследования был установлен геморрагический инсульт мозжечка у 31 (26,5%) пациента, у 86 - (73,5%) ишемический инсульт мозжечка, из них в бассейне ВМА – 28 (32,5%), ЗНМА – 32 (37,3%) и нетерриториальный инфаркт у 26 (30,2%) больных. Таким образом, в ходе исследования нами выделено 4 сопоставимых основных группы с инсультом мозжечка: I группа – больные с инфарктом в бассейне ЗНМА – 32, II группа - с инфарктом в бассейне ВМА - 28, III группа - с нетерриториальным инфарктом мозжечка – 26, IV группа - с геморрагическим инсультом мозжечка – 31 больной.

Статистическая обработка материала проведена на ПК IBM «Pentium 4» с использованием пакетов прикладных статистических программ: «SPSS for Windows ver. 9.0», «STATISTICA ver. 6.0» и электронных таблиц Microsoft Excel-2003. Средняя арифметическая величина (M), среднее квадратичное отклонение (G), частоты признака ($\pm m$); оценивали достоверность различий средних величин путем вычисления критерия Стьюдента (t), проводился корреляционный анализ по методу Пирсона и Спирмана, с вычислением коэффициента парной корреляции (r).

В главе 3 приведены результаты собственных исследований.

3.1. Клинико-инструментальная характеристика ишемического инсульта мозжечка в бассейне ЗНМА.

В клинической картине в дебюте заболевания у 28 (90,3%) больных выявлено головокружение, головные боли имели место у 20 (64,5%) больных и локализовались в шейно-затылочной области, тошнота, рвота наблюдалась у 29 (93, %) пациентов. Неврологический статус: при поступлении 9 больных находились в ясном сознании, у 23 (74,2%) больных имело место нарушение сознания от оглушения до комы, из них умеренное оглушение наблюдалось у 15 (48,4%), глубокое оглушение у 6 (19,3%), сопор в 3 (9,7%) случаях. Исследование координаторной сферы было возможным у 23 (74,2%) больных, находившихся в сознании и доступных неврологическому осмотру. Статико-локомоторная атаксия выявлена у 17 (54,8%), динамическая атаксия у 21 (67,7%) больного, которая проявилась в виде дисметрии, адиодохокинеза и промахивания при проведении пальценосовой пробы. Нистагм выявлен у 14 (45,2%) наблюдаемых и в большинстве случаев был горизонтальным, мелко размашистым, более четким на стороне очага. Снижение мышечного тонуса выявлено у 15 (48,4%) больных.

Стволовая симптоматика была выявлена в 13 (42%) случаях. Глазодвигательные нарушения в виде снижения фотореакции зрачков, расходящегося косоглазия, пареза отводящего нерва, симптом Гертвига-Мажанди, диплопии выявлены у 8 больных. Снижение или отсутствие корнеальных рефлексов у 4 больных. Двигательные расстройства в виде центрального

гемипареза выявлены у 5 больных, чувствительные нарушения у 6 наблюдаемых. Бульбарный синдром у 7, синдром Горнера у 4 и нарушение функции тазовых органов по типу задержки мочи - у 4 больных. Менингеальный синдром в виде ригидности мышц затылка и двухстороннего симптома Кернига различной степени выраженности определялся у 6 наблюдаемых. Летальный исход зафиксирован у 4 из 32 больных с инфарктом мозжечка в бассейне ЗНМА (рисунок 3.1.1.1).

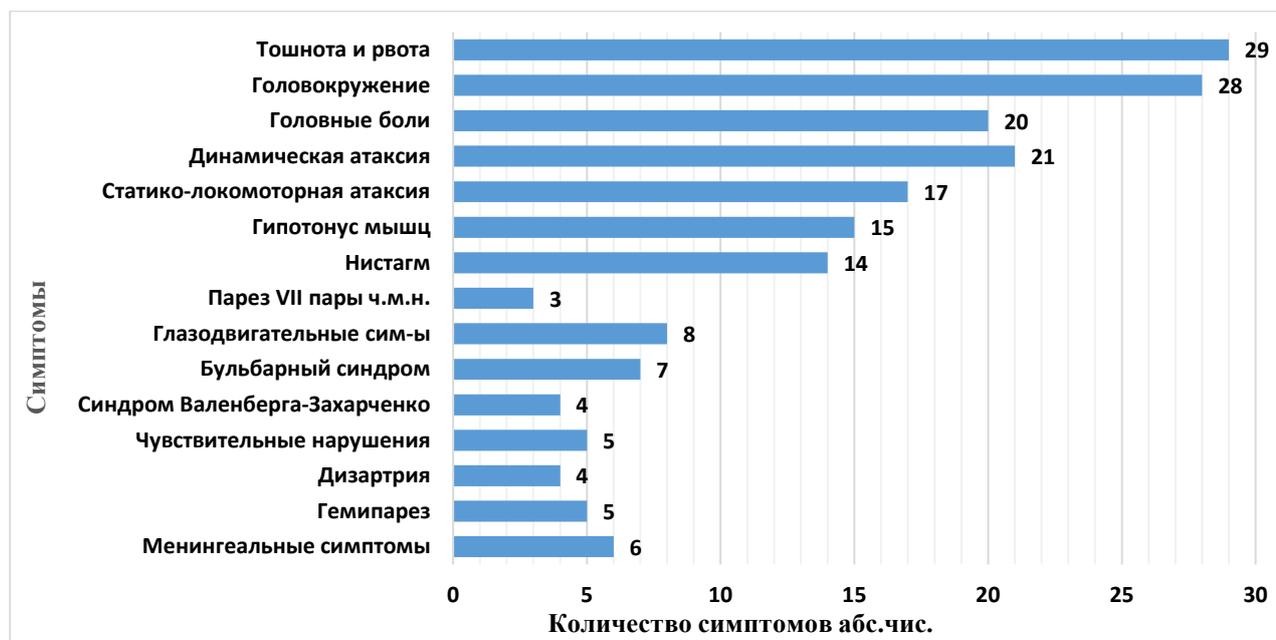


Рисунок 3.1.1.1 - Клинические симптомы у больных с инфарктом мозжечка в бассейне ЗНМА

Нейровизуальные результаты. Очаги ишемии в бассейне ЗНМА варьировали в диаметре от 2,0 см до 5,2 см, в среднем составили 3,5 см. Инфаркт левого полушария установлен - у 15 больных, правого полушария - у 11, и инсульт одного полушария и червя мозжечка - у 5, обоих полушарий в одном случае. Компрессия IV желудочка I степени выявлена - у 11 пациентов, II степени в 4 случаях. Признаки масс эффекта различной степени выраженности без компрессии IV желудочка выявлены у 9 больных.

В группе больных с ишемией в бассейне ВМА кардиоинтервалографическое исследование проведено 28 больным с благоприятным исходом.

В острейшем периоде заболевания по спектральным показателям выявлено значительное увеличение парасимпатических влияний на ритм сердца на фоне выраженного напряжения регуляторных систем. При этом показатель общей спектральной мощности Total power имел критические значения. Показатель нейрогуморальных влияний (VLF) составил 49,7 % от общей спектральной мощности, при норме не более 20-30% ($P < 0,05$).

В остром периоде заболевания у этих больных отмечалось достоверное снижение ($p < 0,05$) парасимпатических влияний на ритм сердца по сравнению острейшим периодом на фоне уменьшения напряжения регуляторных систем, что свидетельствует об улучшении состояния больного. Так же положительным в динамике можно считать рост показателя Total power, но оставался ниже нормальных значений ($P < 0,05$). При этом значения VLF составляли 34,1 % от Total power за счет роста спектральных показателей (табл. 3.1.1.1)

Таблица 3.1.1.1 - Показатели кардиоинтервалографии больных с ишемическим инсультом мозжечка в бассейне ЗНМА

Показатели КИГ	Ишемический инсульт в бассейне ЗНМА n=28	
	Острейший период (M±m)	Острый период (M±m)
HF norm %	63,2±2,3	51,8±2,4 *
Total power мс ² /Гц	171,11±12,1	574,12±32,4 *
ИН у.е	347,5 ±10,1	208,9±18,3
VLF мс ² .	85,6±2,4	195,7±5,2

Примечание: * - достоверность различий соответствует $p < 0,05$.

3.2. Клинико-инструментальная характеристика ишемического инсульта мозжечка в бассейне ВМА.

У 7 пациентов с ишемическим инсультом в бассейне ВМА в дебюте заболевания были отмечены головные боли, головокружение – 15, тошнота и рвота наблюдались у 14, нарушение речи в 8 случаях, слабость и онемение в конечностях в 8 наблюдениях. При поступлении 11 больных находились в ясном сознании, умеренное оглушение отмечено у 13, глубокое оглушение - в 3 случаях и в сопоре находился один пациент. Координаторные нарушения были выявлены в 23 случаях, статико-локомоторная атаксия у 19 больных, динамическая атаксия у 21 больного. Горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм с преобладанием в сторону поражения у 14. Мышечная гипотония в 6 случаях, нарушение речи в виде дизартрии у 8 больных.

Стволовая симптоматика была выявлена у 5 больных. Глазодвигательные нарушения в виде снижение фотореакции зрачков, диплопии, расходящееся косоглазие, парез отводящего нерва у 3 больных. Снижение корнеального рефлекса у 2 больных. Симптомы поражения пирамидной системы у 5 больных, чувствительные у 3 и экстрапирамидной системы в 1 случае в виде тремора рук в покое. Летального исхода в данной группе не было (рисунок 3.1.2.1).



Рисунок 3.1.2.1 - Клинико-неврологические симптомы больных с инфарктом мозжечка в бассейне ВМА

Нейровизуальные данные. По данным нейровизуальной диагностики очаги ишемии в бассейне ВМА варьировали от 2,1 см до 5,3 см в диаметре и в среднем составили 3,1 см. Топографически инфаркт левого полушария выявлен - у 14 больных, правого полушария - у 10, одного полушария и червя мозжечка - у 3 больных, и обоих полушарий в одном случае. Компрессия IV желудочка I степени выявлена в 2 случаях, полная компрессия IV желудочка не наблюдалась. Наличие масс эффекта различной степени выраженности без компрессии IV желудочка выявлены у 6 больных.

Результаты кардиоинтервалографии. У всех больных с инфарктом в бассейне ВМА в острейшем периоде отмечалось умеренное преобладание парасимпатического отдела, умеренное напряжение регуляции сердечного ритма и снижение общей спектральной мощности, нейрогумаральное влияние составило 45,8 % от Total power. В остром периоде заболевания по сравнению с острейшим периодом наблюдался достоверный ($P < 0,05$) рост симпатических влияний на фоне снижения парасимпатической активности. Показатель VLF составил 35,9% от Total power – что достоверно меньше, чем в острейшем периоде ($P < 0,01$) (табл. 3.1.2.1).

Таблица 3.1.2.1 - Показатели КИГ у больных с ишемическим инсультом мозжечка в бассейне ВМА в острейшем и остром периодах

Показатели КИГ	Ишемический инсульт в бассейне ВМА n=28	
	Острейший период M1±m1	Острый период M2±m2
HF norm %	57,3±3,1	49,5±1,9 *
LF norm %	42,7±1,8	50,5±1,7*
Total power мс ² /Гц	650,7±35,2	925,12±27,3 ***
ИИ у.е	166,5±18,5	120,4±17,8
VLF мс ² .	298,1±32,1	332,7±12,8**

Примечание: * - достоверность различий соответствует $p < 0,05$; ** - достоверность различий соответствует $p < 0,01$; *** - достоверность различий соответствует $p < 0,001$.

3.3. Клинико-функциональная характеристика нетерриториальных инфарктов мозжечка.

Большая часть больных (22) находились в ясном сознании, у 4 больных наблюдалось умеренное оглушение. В дебюте заболевания у 15 пациентов наблюдалось головокружение, шаткость походки, которая сопровождалась тошнотой и рвотой (8), головную боль отмечали - 3 больных. В неврологическом статусе координаторные расстройства выявлены в 15 случаях, статико-локомоторная атаксия у 10, и динамическая атаксия у 13 больных которая проявилась в виде дисметрии, адиодохокинеза и легкого промахивания при проведении пальценосовой. Горизонтальный мелкоамашистый нистагм у 7 больных. Глазодвигательные нарушения наблюдались у 2 больных в виде диплопии. Было отмечено полное отсутствие очаговой неврологической симптоматики у 9 больных. Бульбарный синдром, нарушение функции тазовых органов, менингеальные симптомы не выявлены (рисунок 3.1.3.1).

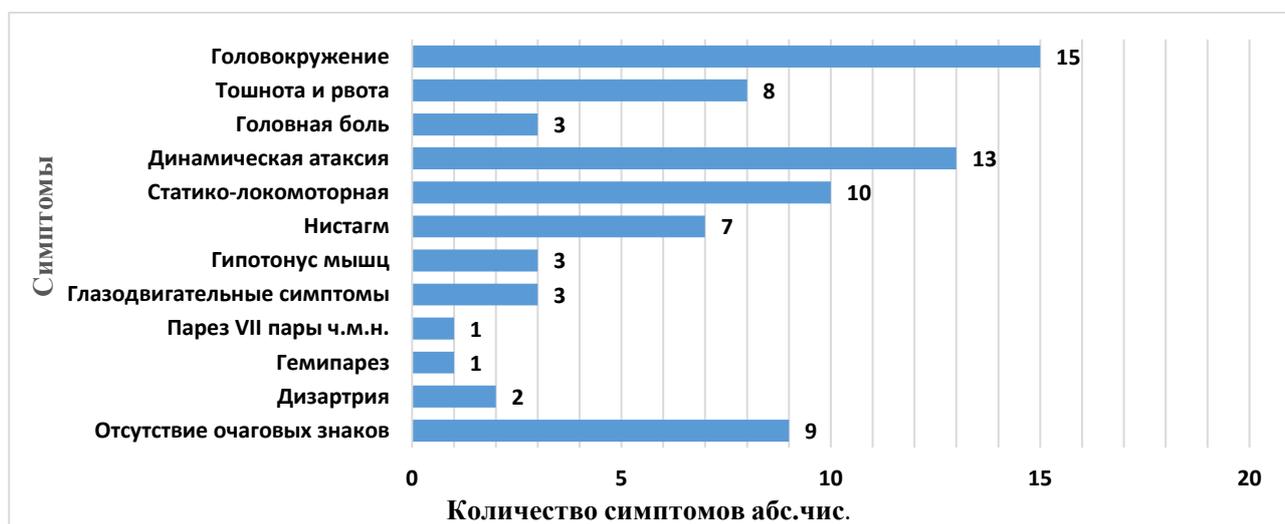


Рисунок 3.1.3.1 - Клинико-неврологические симптомы больных с нетерриториальными инфарктами мозжечка

Нейровизуальные результаты. По данным нейровизуальной диагностики нетерриториальные инфаркты мозжечка размером менее 20 мм в диаметре, несколькими мелкими очагами локализовались в глубоких отделах белого вещества и в коре мозжечка. Топографически инфаркт левого полушария выявлен у 13 больных, правого полушария у 10, обоих полушарий в виде рассеянных мелких очагов наблюдался у 3 больных. Компрессия IV желудочка в данной группе больных не выявлены.

У больных с нетерриториальными инфарктами мозжечка в острейшем периоде выявили умеренное преобладание парасимпатической активности, напряжение регуляторных структур и снижения Total power, а также значение VLF составило 30,6 % от Total power. В остром периоде заболевания у больных отмечалось достоверное ($P < 0,05$) снижение VLF, что составило 20,4 % от

Total power, а также отмечалось нарастание показателей общей спектральной мощности. Другие спектральные показатели КИГ в острейшем периоде и в остром периоде достоверно не отличались ($P>0,05$) и характеризовались умеренным преобладанием парасимпатических влияний на ритм сердца (табл. 3.1.3.1).

Таблица 3.1.3.1 - Показатели КИГ у больных с нетерриториальными инфарктами мозжечка в острейшем и остром периоде

Показатели КИГ	Нетерриториальные инфаркты мозжечка n=26	
	Острейший период M1±m1	Острый период M2±m2
HF norm %	53,4±1,6	50,3±2,4
LF norm %	46,6±2,1	49,7±1,8
Total power мс ² /Гц	898,15±24,2	1038,21±96,3 *
ИН у.е	265,3±13,2	150,4±18,5 *
VLF мс ² .	275,7±13,6	211,9±10,7 *

Примечание: * - достоверность различий соответствует $p < 0,05$.

3.4. Клинико-инструментальная характеристика больных с геморрагическим инсультом мозжечка.

Больных с кровоизлиянием в мозжечок было 31, в возрасте от 45 до 86 лет, мужчин - 18, женщин 13. Головокружение наблюдалось в 27 случаях, практически у всех больных (29) в дебюте заболевания отмечена головная боль, которая преимущественно локализовалась в шейно-затылочной области. Тошнота и рвота была у 18, шаткость походки у – 11 поступивших. Уровень сознания у больных с геморрагическим инсультом мозжечка варьировал: у 3 пациентов сознание было ясное, у 14 - умеренно оглушенное, у 9 - глубоко оглушенное, у 2 - сопор и у 3 развилась кома.

Исследование координаторной сферы было возможным только у 17 пациентов, так статико-локомоторная атаксия выявлена у 12, динамическая атаксия у 15 больных, которая проявилась в виде дисметрии, адиодохокинеза, промахивания при проведении пальценосовой и коленопяточной пробы. Горизонтальный средне и мелко размашистый нистагм у 10, с вертикальным компонентом в 3 случаях. Снижение мышечного тонуса у 18, нарушение речи у 5 пациентов.

Стволовая симптоматика выявлена у 19 пациентов. Глазодвигательные нарушения в виде расходящегося и сходящегося косоглазия, снижение зрачковой фотореакции, диплопии, синдром Гертвига Мажанди у 9 больных. Снижение корнеальных и ресничных рефлексов в 3 случаях. Бульбарный синдром в 7 случаях. Двигательные расстройства с патологическими знаками имели место у 7, нарушения чувствительности у 4 больных. Расстройства функции тазовых органов по типу задержки у 8 наблюдаемых. Менингеальные симптомы определялись у 13 больных. Общая летальность в данной группе составила 6 больных, из них послеоперационная летальность в одном случае (рисунок 3.1.4.1).



Рисунок 3.1.4.1 - Клинико-неврологические симптомы больных с геморрагическим инсультом мозжечка

Нейровизуальные данные. При геморрагических инсультах мозжечка объем гематом в диаметре варьировал от 1,2 до 5,1 см, что в среднем составило - 2,9 см. Медиальное расположение гематомы было у 9 больных, латеральное у 14 и смешанное у 8 больных. Прорыв крови в IV желудочек у 8, с полной тампонадой у 3 и распространение крови в субарахноидальное пространство выявили у 3 пациентов. Полная деформация IV желудочка (II степень) с признаками компрессии ствола мозга обнаружена у 9 пациентов, частичная деформация IV (I степень) у 11 наблюдаемых. Признаки острой окклюзионной гидроцефалии выявлены у 9 больных. У 3 больных из 9 с ООГ ее причиной явились гемотампонада и сдавление IV желудочка, у 6 сдавление IV желудочка (рисунок 3.1.4.2).

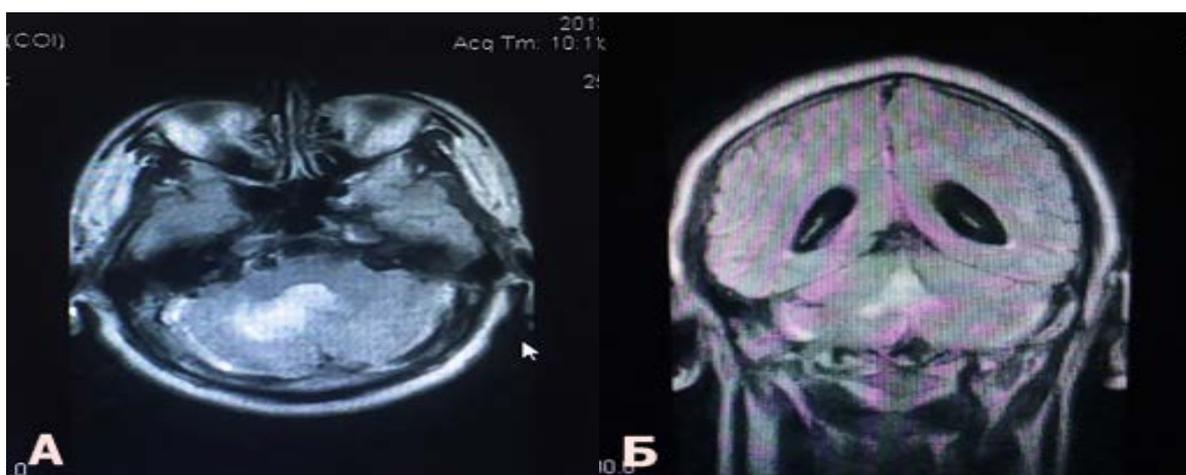


Рисунок 3.1.4.2 - Магнитно-резонансная томография головного мозга, режим FLAIR: гематома правого полушария мозжечка, гемотампонада IV желудочка (А), признаки окклюзионной гидроцефалии (Б)

У больных с геморрагическим инсультом мозжечка в острейшем периоде отмечалось снижение Total power, преобладание парасимпатических влияний и нейрогуморальных механизмов регуляции - VLF составило 40,5% от Total power. Данные изменения происходили на фоне напряжения регуляторных систем, показатели симпатической активности ниже нормы. В остром периоде сохранялась ваготония на фоне умеренного снижения VLF, что составило 30,4% от Total power. При этом достоверно ($P < 0,05$) происходило снижение индекса напряжения и увеличение показателей Total power (табл. 3.1.4.1).

Таблица 3.1.4.1 - Показатели кардиоинтервалографии у больных геморрагическим инсультом мозжечка

Показатели КИГ	Геморрагический инсульт мозжечка n=26	
	Острейший период M1±m1	Острый период M2±m2
HF norm %	54,5±3,1	53,2±1,2
LF norm %	45,5±2,1	46,8±1,1
Total power мс ² /Гц	400,18±11,6	804,12±16,3 *
ИН у.е	871,23±11,3	400,5±6,5 *
VLF мс ² .	162,4±11,6	245,2±7,1 *

Примечание: * - достоверность различий соответствует $p < 0,05$.

3.5. Корреляционный анализ клинических и функциональных данных у больных с инсультом мозжечка.

У больных с инфарктом мозжечка в бассейне ЗНМА наблюдалась сильная обратная корреляционная связь ($r = - 0,79$) между объёмом очага поражения и степенью тяжести состояния больного, т.е., чем больше очаг, тем тяжелее состояние больных по шкале инсульта (рисунок 3.3.3.1).

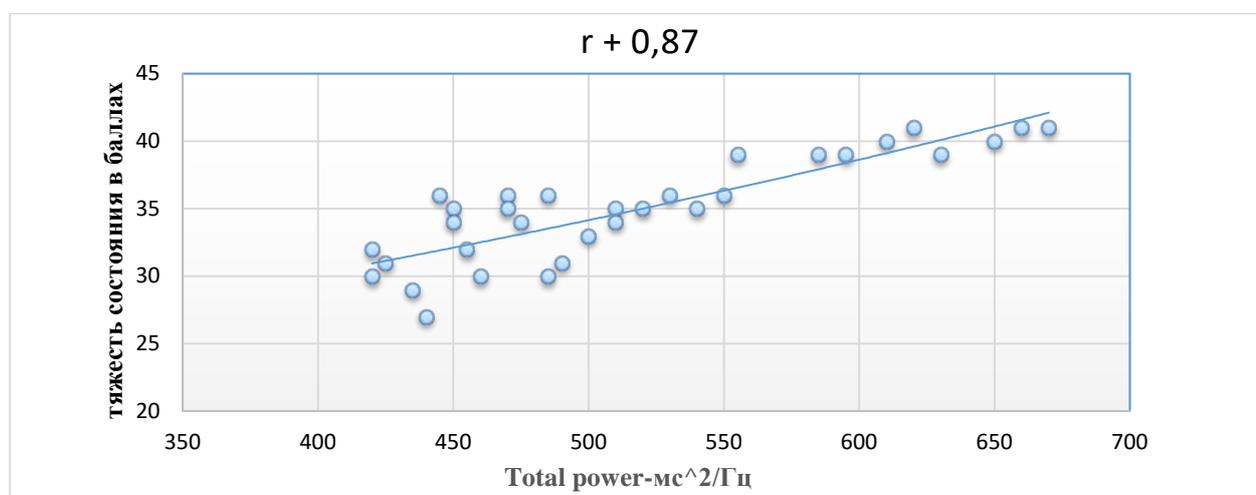


Рисунок 3.3.3.1 - Корреляционный анализ между тяжестью состояния больных и общей спектральной мощностью

При анализе общей спектральной мощности и шкалы тяжести инсульта обнаружена положительная корреляционная связь ($r=+0,87$), чем ниже значение общей спектральной мощности, тем ниже показатели шкалы тяжести инсульта. Средняя по силе обратная взаимосвязь ($r=-0,66$) между данными общей спектральной мощности и размером очага ишемии, чем больше очаг ишемии, тем ниже общая спектральная мощность.

В группе пациентов с инфарктом мозжечка в бассейне ВМА отмечена средняя по силе обратная корреляционная связь ($r=-0,65$) между объемом очага поражения и степенью тяжести состояния больного по шкале инсульта, т.е., чем больше значение шкалы тяжести инсульта, тем меньше размеры ишемии (рисунок 3.3.3.6).

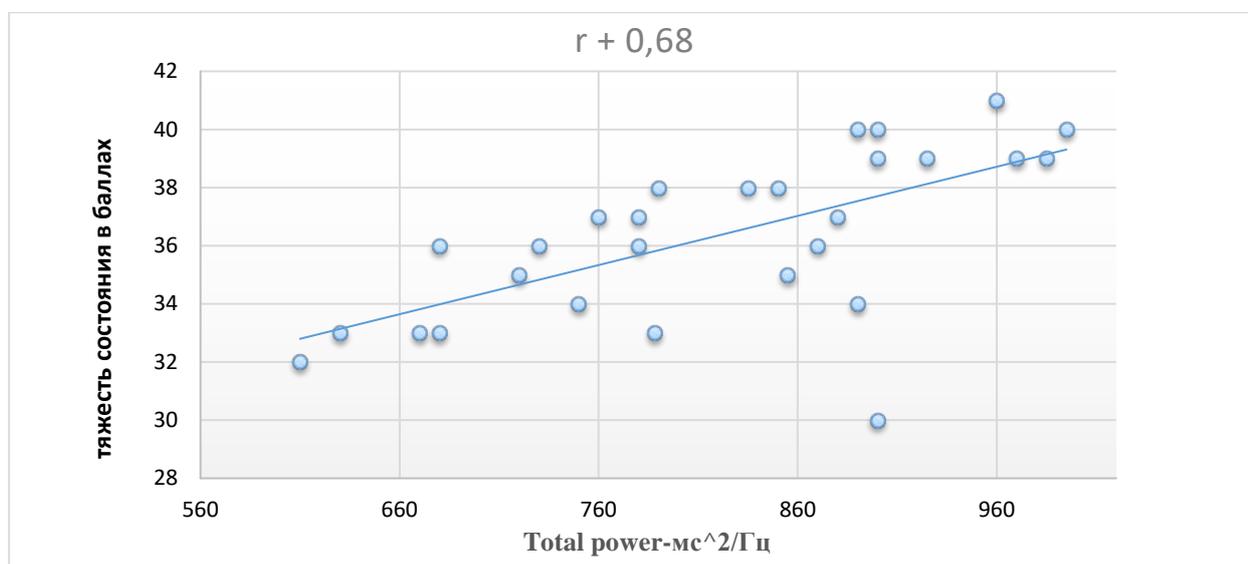


Рисунок 3.3.3.6 - Корреляционный анализ между тяжестью состояния больных и общей спектральной мощностью

При корреляции общей спектральной мощности и шкалы тяжести инсульта обнаружена средняя положительная по силе корреляционная связь ($r=+0,68$), чем ниже показатели общей спектральной мощности, тем тяжелее состояние больных.

Слабая по силе обратная связь ($r=-0,27$) получена между показателями общей спектральной мощности и размером очага ишемии, чем больше размеры ишемии, тем ниже показатели общей спектральной мощности.

В группе больных с нетерриториальными инфарктами мозжечка получены следующие результаты: отсутствие корреляционной связи ($r=-0,09$) между показателями объема очага поражения и степенью тяжести состояния больного. Слабая по силе обратная связь ($r=-0,25$) выявлена между данными общей спектральной мощности и размером очага ишемии. При анализе общей

спектральной мощности и шкалы тяжести инсульта обнаружена слабая по силе прямая корреляционная связь ($r=+0,29$).

При геморрагических инсультах мозжечка наблюдалась средняя по силе обратная корреляционная связь ($r=-0,69$) между объёмом очага поражения и степенью тяжести состояния больных, т.е., чем больше показатели шкалы тяжести инсульта, тем меньше размеры гематомы (рисунок 3.3.3.11).

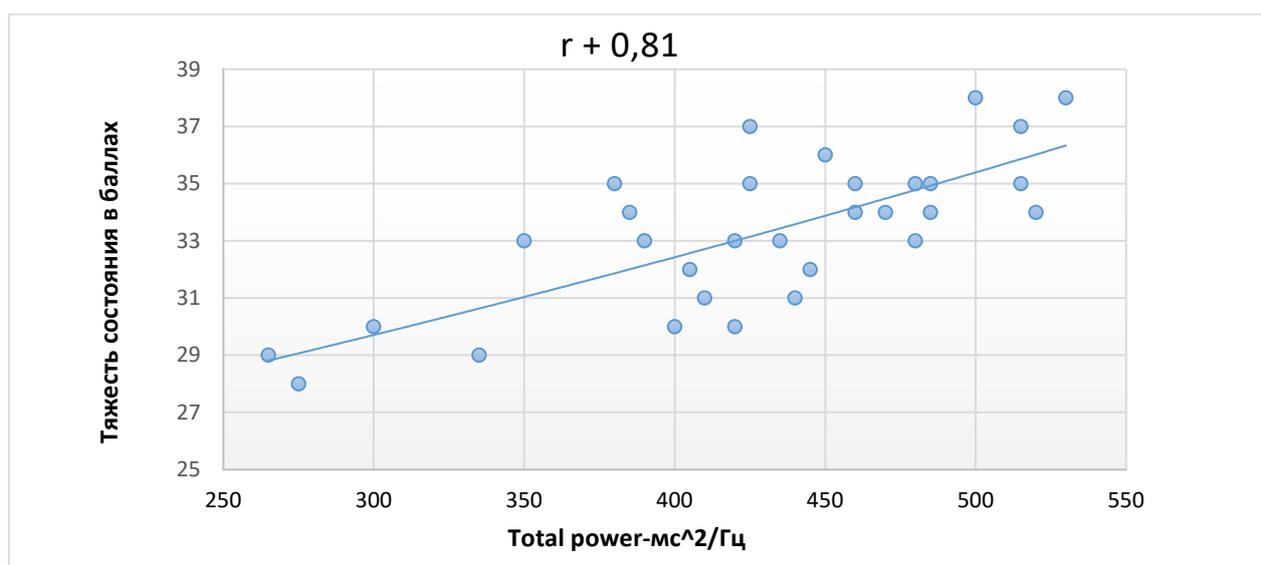


Рисунок 3.3.3.11 - Корреляционный анализ между тяжестью состояния больных и общей спектральной мощностью

Аналогичная картина выявлена между показателями общей спектральной мощности и размером гематомы ($r = -0,66$): чем больше объем гематомы, тем ниже показатели общей спектральной мощности. При корреляции общей спектральной мощности, объемом гематомы и шкалы тяжести инсульта обнаружена сильная прямая корреляционная связь ($r = +0,81$): чем ниже показатели тяжести инсульта, тем ниже показатели общей спектральной мощности.

ВЫВОДЫ

1. Ишемический инсульт мозжечка в бассейне ЗНМА характеризуется вестибулоатаксическим синдромом в сочетании с общемозговой и стволовой симптоматикой, что приводит к высокому риску дислокации ствола мозга. Нетерриториальные инфаркты мозжечка и ишемия в бассейне ВМА протекают с обратимой очаговой неврологической симптоматикой, имеющей благоприятный прогноз.

2. Геморрагический инсульт мозжечка в остром периоде заболевания протекает с общемозговой симптоматикой с угнетением сознания, в 29 % наблюдений выявляются острая окклюзионная гидроцефалия и признаки сдавления ствола мозга в 64% случаях.

3. КИГ у больных с инсультом мозжечка в острейшем периоде на 3 сутки выявила депрессию спектральных показателей с преобладанием парасимпатических влияний на ритм сердца ($P < 0,05$), что свидетельствует о срыве адаптивных и резервных возможностей регуляторных механизмов.

4. В динамике в остром периоде на 10 сутки в группе больных с инфарктом в бассейне ВМА и при нетерриториальных инфарктах выявлено восстановление адаптивных механизмов на фоне нормотонии. А в группе больных с геморрагическим инсультом мозжечка, ишемией в бассейне ЗНМА выявлено снижение общей спектральной мощности с ваготонией, отличавшееся стойким характером ($P < 0,05$).

5. Корреляционный анализ клинко-инструментальных показателей больных с инфарктом в бассейне ЗНМА и кровоизлиянием в мозжечок в остром периоде показал сильную прямую связь ($r + 0,87$) между тяжестью заболевания и спектральными данными: чем тяжелее состояние, тем ниже резервные возможности организма. Обнаружена средняя обратная связь ($r - 0,79$) между объемом очага и общей спектральной мощностью: чем больше очаг поражения, тем ниже адапционно резервные возможности автономной нервной системы.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Уточнение особенностей клинко-неврологических симптомов и кардиоинтервалографических показателей острых нарушений мозгового кровообращения мозжечка в зависимости от бассейна поражения и характера инсульта позволяют оптимизировать диагностику и тактику ведения больных.

2. Для оценки состояния адаптивных и резервных возможностей организма у больных с ишемическим и геморрагическим инсультами мозжечка в острейшем и остром периодах инсульта рекомендуется анализ вариабельности сердечного ритма методом КИГ (удостоверение на рационализаторское предложение № 867 «Усовершенствование клинко-инструментальной диагностики больных с инсультом мозжечка в остром периоде», выданное Кыргызпатентом от 29.03.2019 г.).

3. Преходящие неврологические очаговые и общемозговые симптомы, головокружение не исключают наличие инфаркта или кровоизлияния в мозжечок, что рекомендует проведение нейровизуального исследования головного мозга в остром периоде.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Батыров, М. А. Неврологическая и магнитно-резонансно томографическая диагностика ишемического инсульта мозжечка [Текст] / Т. О. Мусабекова, М. А. Батыров // Здравоохранение Кыргызстана. - 2013. - №3. - С. 64-67. https://elibrary.ru/download/elibrary_30682689_94594399.pdf

2. **Батыров, М. А.** Анализ вариабельности сердечного ритма у больных с ишемическим и геморрагическим инсультом мозжечка в острейшем и в остром периоде [Текст] / М. А. Батыров // Вестник Кыргызской медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. – 2015. - №3. – С. 111-115. <http://library.kgma.kg/jirbis2/images/vestnik-kgma/vestnik-2015/vestnik-3-1-015.pdf>
3. **Батыров, М. А.** Клинические особенности территориальных и нетерриториальных инфарктов мозжечка [Текст] / М. А. Батыров // Вестник Ошского государственного университета. - 2015. - №1. – С. 23-27. <https://elibrary.ru/item.asp?id=28198693>
4. **Батыров, М. А.** К диагностике геморрагических инсультов мозжечка [Текст] / М.А. Батыров // Современная медицина: актуальные вопросы. – 2016. - № 54-55. – С. 45-54. https://elibrary.ru/download/elibrary_25984485_30394418.pdf
5. **Батыров, М. А.** Ишемический инсульт мозжечка, трудности диагностики [Текст] / А. М. Мурзалиев, Т. О. Мусабекова, М. А. Батыров // Научная дискуссия: вопросы медицины. – 2016. - № 4. – С. 100-110. <https://elibrary.ru/item.asp?id=25793761>
6. **Батыров, М. А.** Оценка клиничко-функциональных и компьютерно-томографических признаков у больных с ишемическим инсультом в мозжечке [Текст] / Т. О. Мусабекова, М. А. Батыров // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2017. - № 3. – С. 43-47. https://elibrary.ru/download/elibrary_29114305_35923287.pdf
7. **Батыров, М. А.** Трудности диагностики ишемических инсультов мозжечка в остром периоде, анализ клиничко-функциональных данных [Текст] / Т. О. Мусабекова, М. А. Батыров // Бюллетень науки и практики. – Нижневартовск, 2019. – Том 5, №1. – С. 75-81. https://elibrary.ru/download/elibrary_36794640_77987191.pdf
8. **Батыров, М. А.** Анализ клинических симптомов и их корреляция с функциональными данными у больных с геморрагическим инсультом мозжечка [Текст] / М. А. Батыров, Т. О. Мусабекова // Бюллетень науки и практики. – Нижневартовск, 2019. - Том 5, №1. - С. 82-88. https://elibrary.ru/download/elibrary_36794641_24347817.pdf
9. **Батыров, М. А.** Корреляционный анализ клиничко-функциональных данных у больных с инсультом мозжечка в остром периоде [Текст] / М. А. Батыров // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2019. – №1. – С. 7-10. <https://elibrary.ru/item.asp?id=37154021>
10. **Батыров, М. А.** Кардиоинтервалография в корреляции с клиничко-нейровизуальными данными у больных с геморрагическим инсультом мозжечка [Текст] / М. А. Батыров, А. М. Мурзалиев // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2020. - №8. – С. 59-63. <https://elibrary.ru/item.asp?id=45620337>

Батыров Максатбек Адилбековичтин “Каракуш мээнин мээ кан айлануусунун курч бузулуулары менен ооруган бейтаптардын клиникалык функционалдык жана компьютердик томографиялык белгилерин баалоо” аттуу 14.01.11 - нерв оорулары адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: каракуш мээ, каракуш мээнин инсульту, атаксия, баш айлануу, жүрөктүн кагышынын өзгөрүлмөлүүлүгү, дарт аныктоо.

Изилдөө предмети: Каракуш мээ инсультунун АТКА, ЖКА бассейниндеги инсульттун каракуш мээнин аймактык эмес инфарктыны курч мезгилинде бейтаптардын клиникалык, неврологиялык жана функционалдык көрсөткүчтөрүн изилдөө.

Изилдөөн объектиси: каракуш мээнин кан айлануусунун курч бузулуулары менен жабыркаган 117 бейтап.

Изилдөөнүн максаты: Каракуш мээнин инсульту оорусунун курч мезгилинде бейтаптардын дарт аныктоосун жана дарылоо тактикасын оптималдаштыруу үчүн бейтаптардын клиникалык, неврологиялык жана функционалдык көрсөткүчтөрүн изилдөө.

Изилдөөнүн ыкмалары: клиникалык жана неврологиялык изилдөө, лабораториялык, УЗИ, кардиоинтервалография жана нейровизуалдык изилдөө.

Алынган жыйынтыктар жана алардын жаңылыгы: АТКА бассейниндеги каракуш мээнин ишемиялык инсульту жалпы мээлик жана стволдук белгилердин айкалышы менен вестибулоотаксикалык синдром мүнөздөлөт. КИГдин жыйынтыгы боюнча өтө курч мезгилинде ваготония жана жалпы спектралдык кубаттуулуктун төмөндөшү байкалган. ЖКА бассейниндеги ишемияга калыбына келүүчү неврологиялык белгилер мүнөздүү. КИГдин анализи боюнча өтө курч мезгилде парасимпатикалык активдүүлүк жана жалпы спектралдык кубаттуулуктун төмөндөшү байкалат. Аймактык эмес каракуш мээнин инсульту жагымдуу прогнозго ээ болот. Өтө курч мезгилинде ваготония жана спектралдык кубаттуулуктун төмөндөшүн аныктадык. Каракуш мээнин геморрагиялык инсульту менен ооруган бейтаптарда аң-сезимдин төмөндөө фонунда стволдук белгилер жана курч окклюзиялык гидроцефалия байкалган.

Колдонуу боюнча сунуштар: изилдөөнүн натыйжаларын ангионеврология бөлүмүндө, орто жана үчүнчү деңгээлдеги медициналык мекемелерде, ошондой эле медициналык билим беруу программасында ишке ашырылышы керек.

Колдонуу жааты: саламаттыкты сактоонун орто жана учунчу деңгээлдеги ангионеврологиялык бөлүмдөрү, жогорку окуу жайлары.

РЕЗЮМЕ

диссертации Батырова Максатбека Адилбековича на тему: «Оценка клинично-функциональной и компьютерно-томографических признаков у больных с острым нарушением мозгового кровообращения мозжечка» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.11 – нервные болезни

Ключевые слова: мозжечок, инсульт мозжечка, атаксия, головокружение, вариабельность сердечного ритма, диагностика.

Предмет исследования: изучение клинично-неврологических и инструментальных показателей у больных с инсультом мозжечка в бассейне ЗНМА, ВМА, нетерриториальных инфарктах.

Объект исследования: 117 больных с острым нарушением мозгового кровообращения мозжечка.

Цель исследования: изучить клинично-неврологические и функциональные показатели у больных с инсультом мозжечка в остром периоде заболевания для оптимизации диагностики и тактики ведения больных.

Методы исследования: клинично-неврологическое исследование, лабораторные исследования, ультразвуковое исследование сосудов шеи, кардиоинтервалография и нейровизуальное исследование.

Полученные результаты и новизна: Ишемический инсульт мозжечка в бассейне ЗНМА характеризуется вестибулоатактическим синдромом в сочетании с общемозговой и стволовой симптоматикой. По данным КИГ в острейшем периоде заболевания наблюдается ваготония и снижение общей спектральной мощности. Для ишемии в бассейне ВМА характерны обратимые очаговые неврологические симптомы, что определяет благоприятное течение заболевания. По результатам КИГ в острейшем периоде отмечались преобладание парасимпатической активности на фоне снижения общей спектральной мощности. Нетерриториальные инфаркты мозжечка имеет благоприятный прогноз. В острейшем периоде выявили ваготонию и снижение общей спектральной мощности. У больных с геморрагическим инсультом мозжечка на фоне угнетения сознания наблюдаются вторичные стволовые симптомы и острая окклюзионная гидроцефалия.

Рекомендации по использованию: результаты исследования следует внедрять в практику ангионеврологических отделений, больницы вторичного и третичного уровня, а также в программе медицинского образования.

Область применения: ангионеврологические отделения больниц вторичного и третичного уровня здравоохранения, высшие учебные заведения.

SUMMARY

Batyrov Maksatbek's Adilbekovich dissertation on "Assessment of clinical, functional and computed-tomographic signs in patients with acute cerebellar stroke" for the degree of Candidate of Medicine in specialties 14.01.11 - nervous diseases

Key words: cerebellum, cerebellar stroke, ataxia, vertigo, heart rate variability, diagnostics.

Object of study: study of clinical, neurological and instrumental parameters in patients with cerebellar stroke in vascular system of the PICA, SCA, non-territorial infarct.

Subject of research: 117 patients with acute cerebrovascular accident in the cerebellum.

Purpose of research: to study the clinical, neurological and functional parameters in patients with cerebellar stroke in the acute period of the disease to optimize diagnostics and patient management tactics.

Research methods: clinical and neurological examination, laboratory tests, ultrasound examination, cardiointervalography and neuroimaging studies.

The obtained results and their novelty: Ischemic stroke in the PICA characterized by vestibuloataxic syndrome in combination with cerebral and brainstem symptoms. In the acute period of infarcts in PICA, patients have vagotonia and a decrease in the total spectral power. For ischemia in the SCA area, reversible focal neurological symptoms are characteristic, which is a favorable course of the disease. According to the cardiointervalography results, there was a predominance of parasympathetic activity against the background of a decrease in the spectral power were in the most acute period, normotonia was observed in the acute period. Non-territorial cerebellar infarction has a favorable prognosis. In the most acute period, vagotonia and a decrease in the total spectral power were revealed. In patients with hemorrhagic cerebellar stroke, secondary brainstem symptoms and acute occlusive hydrocephalus are observed against the background of oppression.

Recomandaions for use: results of research should introduce in stroke departments of hospitals of secondary and tertiary health system level, also in the programs of medical education.

Scope of application: in stroke departments of hospitals of secondary and tertiary health system level, medical universities.

Отпечатано в ОсОО «Соф Басмасы»
720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева 92.
Тираж 100 экз.