

Таблица 1.

Дерматоскопические признаки диспластических невусов

Дерматоскопические признаки	Диспластический невус с признаками меланоцитарной дисплазии
Цвет	полихромность (2–3 цвета)
Структура	симметрия или ассиметрия, многокомпонентность структуры
Границы	отсутствие резкого обрыва границы
Пигментированная сеть	расширенная пигментированная сеть или атипичная (неравномерно) расширенная пигментированная сеть
Бесструктурные участки	центральная и/или эксцентричная гиперпигментация/гипопигментация
Включения	равномерные и неравномерные черные точки, и глобулы (не более 10 % площади невуса)

Список литературы:

1. Ахматова А.М., Потекаев Н.Н. Решетов И.В. и др. Ранняя диагностика меланомы в практике дерматолога // Клиническая дерматология и венерология. – 2012. – № 2. – С. 32–36.
2. Гафтон Г.И., Семилетова Ю.В. Анисимов В.В. и др. Меланома кожи: клинико-морфологический анализ состояния диагностики // Вопросы онкологии. – 2012. – Том 58, № 2. – С. 286–288.
3. Молочков В.А. Классификация и характеристика меланоцитарных невусов // Эстетическая медицина. – 2005. – № 2. – С. 266–270.
4. Саламова И.В. Частота встречаемости основных дерматоскопических типов диспластических невусов среди гистологически подтвержденных образований // Рахмановские чтения: от дерматологии А.И. Пospelова до наших дней: Сб. тезисов. – Москва, 2016. – С. 76–77.
5. Сут Р.Р. Atypical moles // Am.Fam. Physician. – 2008. – № 78 (6). – P. 735–740.
6. Pehamberger H., Steiner A., Wolff K. In vivo Epiluminescence Microscopy of pigmented skin lesions, I: pattern analysis of pigmented skin lesion // J. Am. Acad. Dermatol. – 1987. – Vol. 17. – P. 571–583.
7. Reeze G.G., Leon A., Duprat J. Dysplastic nevus (atypical nevus) // Acta Derm. Venereol. – 2011. – № 91 (4). – P. 428–431.
8. Stolz W., Riemann A., Cagnetta A.B. ABCD rule of dermatoscopy: a new practical method for early recognition of malignant melanoma // Eur. J. Dermatol. – 1994 – Vol. 4. – P. 521–527.

СЕКЦИЯ 9.

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ

ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ МОЗЖЕЧКА, ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Мурзалиев Арстанбек Мурзалиевич

*д-р мед. наук, проф., зав. каф. неврологии с курсом медицинской генетики КГМА, Кыргызско-Российский славянский университет
медицинский факультет кафедра неврологии и нейрохирургии,
Кыргызская Республика, г. Бишкек*

Мусабекова Тынара Обосбековна

*канд. мед. наук, зав. каф. неврологии и нейрохирургии медицинского факультета КРСУ, Кыргызско-Российский славянский университет
медицинский факультет кафедра неврологии и нейрохирургии,
Кыргызская Республика, г. Бишкек*

Батыров Максатбек Адилбекович

*аспирант, Кыргызско-Российского Славянского Университета, врач
отделения ангионеврологии ГКБ № 1,
Кыргызская Республика, г. Бишкек*

ISCHEMIC STROKE OF CEREBELLUM, DIFFICULTIES IN THE DIAGNOSIS

Arstanbek Murzaliev

*doctor of Medical sciences, professor, Head of the Department of neurology
Kyrgyz state medical academy,
Kyrgyzstan, Bishkek*

Tynara Musabekova

*candidate of Medical sciences, Head of the Department of neurology and
neurosurgery, Medical faculty of the Kyrgyz-Russian Slavic University,
Kyrgyzstan, Bishkek*

Maksatbek Batyrov

*postgraduate students, Medical faculty
of the Kyrgyz-Russian Slavic University,
Kyrgyzstan, Bishkek*

Аннотация. В статье представлены данные 39 пациентов, перенесшие ишемический инсульт в мозжечке различной локализации в остром периоде заболевания. Выявлено, что в остерейшем и в остром периоде инфаркта мозжечка возможны наибольшие диагностические трудности, так как неврологическая симптоматика, характерная для непосредственного поражения мозжечка на этом этапе может отсутствовать или маскироваться.

Abstract. The article presents data of 39 patients, who have had an ischemic stroke in the cerebellum of various locations in the most acute and acute period. Found that in the most acute and acute period of cerebellum infarcts may be the greatest diagnostic difficulties, neurological symptoms at this stage may be absent or masked.

Ключевые слова: Ишемический инсульт мозжечка, головокружение, диагностика.

Keywords: ischemic stroke of cerebellum, vertigo, diagnosis.

Мозжечковые инфаркты являются относительно редкими формами цереброваскулярной патологии и составляют от 1,5 % до 2,3 % среди всех острых нарушений мозгового кровообращения [6; 7]. При аутопсиях эти показатели немного выше и варьируют в пределах 1,5–4,2 % [5], смертность при мозжечковых инфарктах составляет свыше 20 % [2; 4]. Инсульты данной области относятся к наименее изученным вопросам сосудистой патологии головного мозга [6]. Многообразие клинических проявлений мозжечковых инсультов, нередкое их сходство с некоторыми проявлениями полушарных и стволовых инсультов, поражений периферического вестибулярного аппарата, таких как доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, значительно затрудняют их своевременную диагностику [1; 2]. В клинической картине часто выявляются нарушение сознания, головокружение, расстройство координации, головная боль, тошнота, рвота, в неврологическом статусе выявляются нистагм, гипотония мышц, двоение, скандированная речь, гемигипестезия, синдром Горнера [3].

Несмотря на описанные классические симптомы, диагностика изолированных инсультов мозжечка в остром периоде весьма

затруднительны [8]. Это связано с тем, что имеет место общность кровоснабжения со стволовыми структурами, а также зона инсульта не всегда соответствует определенному функциональному участку мозжечка. Кроме того, симптомы поражения могут быть выявлены лишь в случае, когда пациент находится в сознании, и может выполнять произвольные движения. Небольшие же инфаркты мозжечка весьма часто клинически не выявляются в силу быстрой обратимости клинических проявлений, а при обширных инфарктах мозжечка часто выявляются вторично стволовые симптомы, и острая окклюзионная гидроцефалия [4; 7], а процент ошибок по данным аутопсий достигал, при инфарктах мозжечка 49 % [11].

Таким образом, соотношение общемозговых, вестибулярных и мозжечковых нарушений при cerebellарных инсультах представляет собой одну из наиболее сложных диагностических проблем [4; 5; 7]. В этой связи заслуживает внимания анализ клиниконеврологических и нейровизуализационных данных больных с острым нарушением кровообращения мозжечка в остром периоде.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе Городской клинической больницы № 1 г. Бишкек, в отделении ангионеврологии в период с 2008 по 2014 годы. В исследование вошли 39 больных с диагнозом «ишемический инсульт мозжечка», среди них 18 мужчин и 21 женщина, что составило соответственно 44 % и 56 %. Возраст больных варьировал от 36 до 80 лет, средний возраст составил 60,9 лет. Среди факторов риска гипертоническая болезнь выявлена у 32 (90,6 %) больных, сахарный диабет 2 типа у 6 (35,8 %), коронарная болезнь сердца в 26 (64,2 %) случаях, мерцательная аритмия у 7 (26,1 %), курение у 11 (28,11 %), гиперлипидемия с высокими показателями липидного спектра у 20 исследуемых, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе у 5 (12,8 %) больных, давность которого варьировал от 1 до 7 лет.

При поступлении в стационар все больные прошли клиниконеврологический осмотр и лабораторно-инструментальные методы исследования. Неврологический осмотр пациентов проводился по стандартной методике обследования (Скоромец А.А., 2002). Оценивались уровень сознания, размер зрачков, фотореакция, объем движения глазных яблок, наличие слабости лицевой мускулатуры, нарушение речи, наличие бульбарных расстройств, парезов, чувствительных и координаторных нарушений, патологических знаков, менингеального синдрома. Лабораторно-инструментальные методы включали общий анализ крови, общий анализ мочи, протромбиновый индекс, сахар крови, липидный спектр, ультразвуковую доплеро-

графию магистральных сосудов шеи на аппарате LOOKI – WAKI, фирмы Atys Medical – Франция, рутинное электрокардиографическое исследование проведено на 12 канальном аппарате “NewTech ECG1501”.

Магнитно-резонансно-томографическое (МРТ) исследование проведено 27 больным, на аппарате “HITACHI AIRISMED” (0.4 Тл) в режимах FLAIR, T1, T2, взвешенных изображений, в сагиттальной, горизонтальной и фронтальной плоскостях. Компьютерно-томографическое (КТ) исследование прошли 12 больных на спиральном, мультисрезовом аппарате Hitachi Presto, которое было выполнено в орбито-меатальной плоскости, с толщиной среза 5.0 мм. КТ и МРТ проводились первые трое суток с момента развития инсульта.

Из исследования были исключены, больные с тяжелой сопутствующей соматической патологией, влияющей на функциональную активность центральной нервной системы, инфаркт мозжечка сочетанной ишемией полушарной и стволовой локализаций, опухолевыми заболеваниями задней черепной ямки.

Полученные результаты исследования обрабатывались с помощью пакетов прикладных программ ПК: “SPSS for Windows ver. 9.0” и электронных таблиц Microsoft Excel-2003.

Результаты исследования:

При поступлении в стационар нами были изучены записи сопроводительного листа скорой медицинской помощи (СМП) и амбулаторной карты, проведено сбор жалоб и анамнез заболевания. Выяснено, что в 30 случаях дебют заболевания начинался с симптомов нарушения координации, головокружения, шаткости при ходьбе. Общемозговая симптоматика, такие как головная боль, тошнота, рвота выявлена у 29, а в 5 случаях дебютировал с нарушением сознания, у 9 больных наблюдались гемипарезы, гемигипестезии, асимметрия лица. Умеренная артериальная гипертензия (систолическое АД до 180 мм.рт.ст) выявлена у 9 больных, выраженная (систолическое АД до 210 мм.рт.ст) у 13, и очень тяжелая (систолическое АД более 210 мм.рт.ст) – у 8 больных, а также нормальное или низкое артериальное давление наблюдалось у 9 больных. Ниже в таблице приведены диагнозы, выставленные врачами первичного этапа.

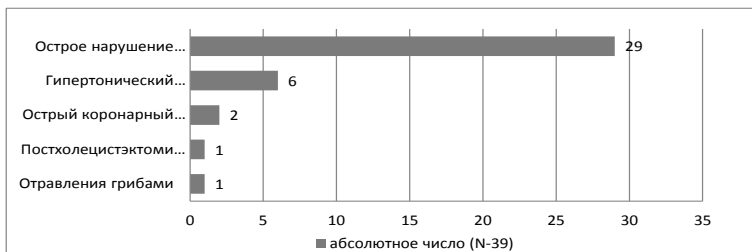


Рисунок 1. Направительные диагнозы на догоспитальном этапе

После первичного осмотра врача СМП или врача приемного блока 29 (74,36 %) больных были направлены в ангионеврологическое отделение с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения, а 10 больных (25,64 %) госпитализированы в другие отделения. Так 6 больных были госпитализированы в терапевтическое отделение с диагнозом гипертонический криз, двое пациентов в отделение кардиологии с диагнозом нарушение ритма сердца и острый коронарный синдром (ОКС), в токсикологическое отделение направлена одна больная с диагнозом отравление грибами, другой поступил в хирургическое отделение с подозрением на постхолецистэктомический синдром (ПХЭС). После консультации невролога, на основе клинических и нейровизуализационных данных был верифицирован диагноз инсульт мозжечка, и больные были переведены в ангионеврологическое отделение. Также 4 больных обследовались в плановом порядке в центре семейной медицины по месту жительства, которые обратились с жалобами на головокружение, шаткость походки, и после уточнения диагноза, они были направлены в ангионеврологическое отделение с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения.

При поступлении больных в ангионеврологическое отделение на головные боли жаловались 23 (58,97 %) больных, преимущественно шейно затылочной локализации, при этом у шестерых локализовались на стороне поражения. Ведущим симптомом было головокружение, оно наблюдалось у 30 (76,92 %), а тошнота и рвота у 29 (74,35 %) больных, нарушение речи в 4 случаях. Неврологический статус: при поступлении в стационар 19 (48,72 %) больных находились в ясном сознании, у 20 (51,28 %) больных имело место нарушение сознания от оглушения до комы, так умеренное оглушение у 12 (60,0 %), глубокое оглушение у 5 (25,0 %), сопор у 2 (10,0 %) больных и кома у одного больного. Статико-локомоторная атаксия выявлена у 20 больных (51,28 %), динамическая атаксия у 24 (69,23 %).

Глазодвигательные нарушения в 7 случаях, горизонтальный нистагм у 21 (53,84 %) больных, причем преобладал нистагм в сторону поражения (61,90 %). Двигательные расстройства в виде центрального гемипареза имели место у 6, гемигипестезия в 3 случаях. Синдром Валленберга-Захарченко выявили у 2 пациентов, бульбарный синдром в изолированном виде у 5 и менингеальный синдром у 6 больных. Признаки сдавления ствола мозга в динамике выявлена у 7 больных, острая окклюзионная гидроцефалия в 4 случаях которые развились на трети и четвертые сутки с момента развития заболевания. Нарушение функции тазовых органов наблюдалось в 9 случаях по типу задержки. Летальный исход имел место в 2 случаях с инфарктом мозжечка в бассейне ЗНМА.

На основании нейровизуализационных данных у всех больных был подтвержден ишемический инсульт мозжечка, из них ишемический инсульт в бассейне ВМА у 9 (36,1 %) больных, бассейне ЗНМА у 16 (63,9 %), не территориальный инфаркт у 14 больных. Размер инфаркта варьировал от 1,0 см³ до 100 см³, в среднем 31,31±29,71 см³. Очаг ишемии в 21 случаях локализовались в правом полушарии мозжечка, у 14 в левом полушарии, у 3 больных в черве и у одного больного в обеих гемисферах мозжечка (Рис. 2).

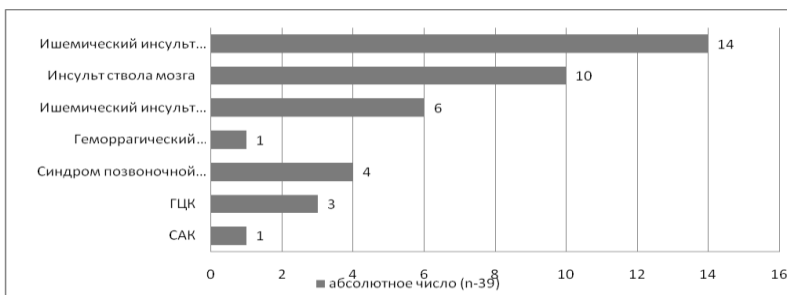


Рисунок 2. Предварительный диагноз, выставленный на основании клинико-неврологических данных на госпитальном этапе

Приводим собственное наблюдение. Больная Д., 73 лет, история болезни № 11680/1210, находилась на стационарном лечении в отделении ангионеврологии ГКБ № 1 с 28.11.12. г по 07.12.12. г. Поступила с жалобами на головокружение, тошноту, умеренная шаткость при ходьбе. Со слов больной вышеперечисленные симптомы появились внезапно, 26.11.12 г., дневное время, на улице, прохожими была вызвана карета скорой помощи, после оказания первой

медицинской помощи, состояние больной улучшилось, однако сохранялось головокружение, по поводу которого больная лечилась амбулаторно. Врачом центра семейной медицины был назначен МРТ головного мозга, где выявлен очаг ишемии в правой гемисфере мозжечка, и 28.11.12 г. был госпитализирован в ангионеврологическое отделение. Больная длительное время страдала гипертонической болезнью, коронарной болезнью сердца, мерцательной аритмией тахисистолическая форма, нерегулярно принимала эналаприл 10 мг по 1 таблетки 2 раза в день, дигоксин 0,00025 по ½ таблетки 2 раза, и ТромбоАсс 100 мг 1 таблетки в день.

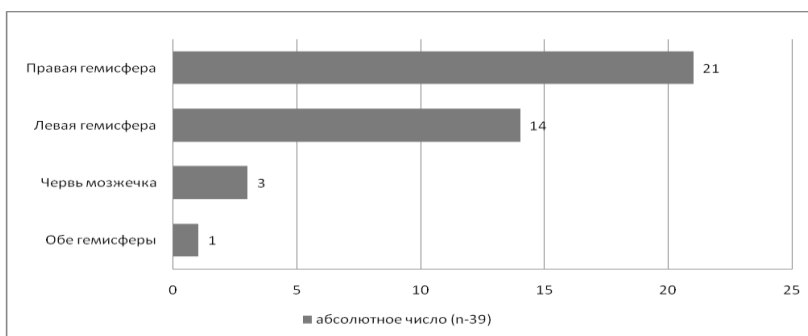


Рисунок 3. Распределение больных с ишемическим инсультом мозжечка в зависимости от локализации очагов по данным нейровизуализации

Соматический статус: Кожные покровы чистые, обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичный, акцент II тона на аорте. АД 140/90 мм.рт.ст., пульс 89 в минуту, аритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Функции тазовых органов контролирует.

Неврологический статус: сознание ясное, ориентирована во времени и в пространстве. Глазные щели и зрачки D=S фотореакции сохранены. Слабость конвергенции с двух сторон. Мелко размахистый горизонтальный нистагм в обе стороны. Склеротический ободок радужной оболочки. Ресничные и корнеальные рефлексы в норме. Тригеминальные точки безболезненны. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Бульбарных расстройств нет. Сухожильные рефлексы D=S средней живости. Легкая гипотония в правых конечностях. Чувствительных расстройств нет. Пальценосовую, пяточно-коленную пробы выполняет с интенцией, больше справа, без

промахивания. В позе Ромберга неустойчив, наклон в правую сторону. Дисметрии нет. Симптом обратного толчка отрицательный. Патологических знаков нет. Менингеальные знаки отсутствуют.

Данные дополнительных исследований: Общий анализ крови: гемоглобин – 122 г/л, Эритроциты. – $4,1 \times 10^{12}/л$, Цветной показатель – 0,9, Лейкоциты – $8,8 \times 10^9/л$, СОЭ – 15 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – желтый, прозрачность – мутная, белок – 0,033, удельный вес 1012, Лейк. 4–7, эпителий плоские единичные, слизь +. Сахар крови – 5,6 ммоль/л; общий билирубин- 17,2 мкмоль/л.; мочевины – 4,5 ммоль/л; общий холестерин 6,5 ммоль/л. Протромбиновый индекс 89 % ЭКГ: Мерцательная аритмия. ЧСС – 65–68 ударов в 1 мин, отклонение ЭОС влево. Допплерография сосудов шеи – умеренный стеноз правой ВСА в области бифуркации, левой ОСА и позвоночной артерии справа в сегменте V3. МРТ головного мозга: в правой гемисфере и миндалине мозжечка определяется очаг неправильной формы с четкими контурами размером 4,1 x 3,7x 2,9 мм с гиперинтенсивным сигналом на T2 и FLAIR умеренно гиперинтенсивный на T1 оказывающий умеренный масс эффект на 4 желудочек. Данные за ишемический инсульт в правой гемисфере мозжечка (бассейн ЗНМА), умеренно выраженная заместительная наружная гидроцефалия.

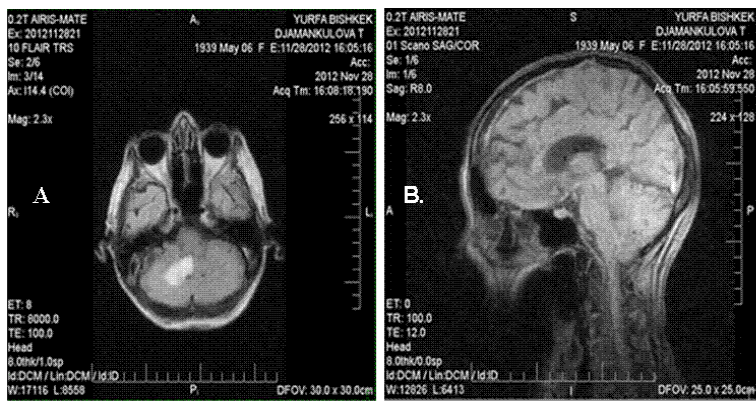


Рисунок 4. МРТ больной. Д, 73 года. Инфаркт правой гемисферы мозжечка, бассейн ЗНМА

Клинический диагноз: Ишемический инсульт (кардиоэмболический): инфаркт правой гемисферы мозжечка в бассейне ЗНМА, с гемиатаксическим синдромом. Гипертоническая болезнь II степени

очень высокого риска. КБС: атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз аорты, коронарных, мозговых сосудов, мерцательная аритмия нормосистолическая форма. СНФК II NYHA.

Проведенное лечение: мексигат 300 мг/сут., глицин 0.3/сут. табл. под язык, эналаприл 20 мг/сут., реланиум 10 мг/сут., дигоксин 0.00025/сут., аспирин 0,175/сут., клопидогрель 75 мг 1 табл. в день. На фоне лечения состояние больной улучшилось, головокружение и тошнота регрессировали, шаткость при ходьбе не беспокоила. Гемодинамика стабильная.

Таким образом, у больной в дебюте заболевания отмечается резкое головокружение, шаткость походки и кратковременное нарушение сознания, в последующем, субъективное улучшение состояния. Постановка правильного диагноза стала возможной при проведении комплексного обследования, включающего анамнез, клиничко-неврологический и нейровизуальное обследования. Дальнейшее назначение соответствующего лечения, позволило достичь полного регресса неврологической симптоматики.

Обсуждение. В клиничко-неврологической картине у больных с ишемическим инсультом мозжечка в остром периоде заболевания преобладала общемозговая симптоматика (84,61 %), очаговая мозжечковая симптоматика выявлена в 61,53 %, а стволовые симптомы в 35,89 % случаях, а также у 10 (25,64 %) больных очаговая неврологическая симптоматика была мало выраженной или отсутствовала. На основании вышеизложенных синдромов 29 (74,35 %) больных были направлены в ангионеврологическое отделение с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения, а 10 (25,64 %) пациентов были направлены в другие отделения, с последующим осмотром неврологом, с уточнением диагноза, и переведены в профильное отделение. Полученные нами результаты сопоставимы с исследованиями некоторых авторов [4; 6; 7]. Так по данным Жилова Л.Б., (2003), из 24 обследованных с инфарктом мозжечка в 83 % случаях преобладала общемозговая симптоматика, мозжечковые симптомы 83 %, стволовые симптомы в 62,5 % случаях. Amarengo P., и соавт (1994), при инфарктах мозжечка неврологический осмотр не выявил убедительных поражений мозжечка у 37 % больных.

Сопоставление результатов нейровизуализации и клиничко-неврологического обследования показало недостаточность последнего в диагностике инсульта мозжечка. На основании клиничко-неврологических данных 14 (35,89 %) больным был выставлен правильный диагноз, в остальных случаях выставлен ошибочный диагноз (64,10 %), что требует проведения нейровизуализации,

в ранние сроки заболевания. По МРТ и КТ данным, топографически, достоверно чаще всего поражалось правое полушарие мозжечка ($p < 0,05$) – 51,3 % ($n=21$), левое – 35,9 % ($n=14$). Это можно объяснить особенностями строения вертебробазилярной артериальной системы, в частности тем, что у 70 % людей левая позвоночная артерия в 1,5–2 раза шире, чем правая. Поэтому логично преобладание пациентов с поражением правой гемисферы мозжечка.

В наших наблюдениях у больных с ишемическим инсультом мозжечка в дебюте заболевания по неврологическим и нейровизуализационным данным, признаков выраженного сдавления ствола мозга не наблюдалось, однако у 6 больных выявлен гемипарез и гемигипестезия у 3 больных. Данные изменения возможно связаны с развитием на отдалении от первичного очага зоны диашиза, которая формирует в клинической картине вторичные симптомы, не соответствующие месту очага поражения. Причиной этого феномена, называемого «диашизом», принято считать угнетение интегральной синаптической активности [8]. В исследованиях Переверзева И.В., (2001) данная патология на функциональной МР-томографии выявлена у 19 (61,3 %) больных из 31 наблюдаемых.

Таким образом, трудности выявления собственно мозжечковых симптомов были связаны с тем что, в клинической картине ишемического инсульта мозжечка в остром периоде преобладала общемозговая симптоматика (84,61 %), в половине случаев (51,28 %) у больных имело место нарушение сознания от оглушения до комы, что затрудняло исследовать координаторную сферу, а также при небольших объемах ишемии, мозжечковые симптомы были мало выраженными или развивался регресс очаговой симптоматики на ранних сроках заболевания (30,76 %).

Список литературы:

1. Абдулина О.В., Парфенов Д.Ф., Вестибулярное головокружение в неотложной неврологии // Клиническая геронтология-2005 – № 8 – С. 15–19.
2. Верещагин Н.В. Патология вертебрально-базилярной системы и нарушения мозгового кровообращения. – М., 1980.
3. Дуус Петер Топический диагноз в неврологии. Анатомия. Физиология. Клиника — М.: «Вазар-Ферро», 1995. – 400 с.
4. Жилова Л.Б. Острые нарушения мозгового кровообращения в мозжечке (клинико-компьютерно-томографическое исследование): Дис ... канд. мед. наук. Москва, 2003. – 151 с.

5. Казакова С.С. Магнитно-резонансно-томографическая анатомия мозжечка / С.С. Казакова // Рос. медико- биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова – 2009. – № 2. – С. 33–37.
6. Хузина Г.Р. Клинико-неврологическое и МР – томографическое исследования инсультов мозжечка // Казан, мед. журн. – 2008. – Т. 89, № 2. – С. 118–123.
7. Amarenco 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.
8. Feeney D.M., Baron J.C. Diaschisis // Stroke. – 1986. – Vol. 17. – P. 817–830.
9. Kase C., Norrving B., Levine S.R., Babikian V., Chodosh E., Wolf P., Wolch K. Cerebellar infarction: Clinical and anatomical observation in 66 cases. // Stroke. – 1993. – Vol. 24. – P. 78–83.1
10. Supert G.W., Alvord E.C. Cerebellar infarction: A clinicopatological study. // Arch. Neurol. – 1975. – Vol. 32. – P. 357–363.
11. Шефер Д.Г., Хорьяков Г.И., Лури Р.Е. и др. Ошибки диагностики, характера и локализации мозгового инсульта в Свердловске за 1964–1967 гг. // В сб: Дифференциальная диагностика кровоизлияний в мозг и инфарктов мозга в острейший период. – М., 1971. – С. 95–97.