

КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПИРАМИДНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Сидорова С.А

Курский государственный медицинский университет

Курск, Россия

Проблема изучения церебрального инсульта является одной из центральных в клинической неврологии. Пирамидный гемисиндром при полушарном ишемическом инсульте характеризуется парезом, изменением мышечного тонуса, оживлением сухожильных и периостальных рефлексов, снижением или выпадением кожных рефлексов, наличием патологических знаков, а также нарушением функции тазовых органов. Выраженность пирамидных симптомов и нейрофизиологические особенности при латерализованном церебральном поражении, как правило, рассматриваются без учета локализации морфологического дефекта в правом или левом полушарии мозга.

Целью исследования было изучение клинических и электроэнцефалографических особенностей пирамидного гемисиндрома у пациентов с сосудистым поражением правого и левого полушарий мозга, перенесших ишемический инсульт.

Обследовано 40 пациентов в восстановительном периоде ишемического инсульта в правом и левом полушариях – 16(40%) женщин и 24 (60%) мужчин. Средний возраст больных составил $46,3 \pm 3,9$ лет (женщин – $44,5 \pm 5,1$ года, мужчин – $47,2 \pm 4,6$ года) У 20 пациентов был правосторонний, у 20 – левосторонний гемипарез. Эти группы сопоставимы по длительности заболевания (3 месяца при правополушарном и 3,5 месяца при левополушарном инсульте) и размеру патологического очага. В 86% случаев диагноз был верифицирован компьютерной рентгеновской или магнитно-резонансной томографией. На томограммах обнаруживались очаги в бассейнах средней мозговой артерии в области внутренней капсулы и перивентрикулярной зоне. Контрольная группа, которую составили 20 здоровых лиц, была сопоставима с основной группой по возрасту ($43 \pm 2,7$ года).

Из нейрофизиологических методов использовали регистрацию электроэнцефалограммы. При этом определяли частоту альфа-колебаний, коэффициенты корреляции корковых зон мозга и интегральный коэффициент корреляции,

У всех пациентов пирамидный синдром характеризовался парезом в верхних (100%) и нижних (75%) конечностях, усилением сухожильных рефлексов, наличием патологических кистевых и стопных знаков (рефлексы Жуковского -93%, Бабинского -80%, Россолимо -75%), повышением мышечного тонуса в руке и ноге (80%), синкинезиями (60%).

При клиническом анализе пирамидного синдрома у пациентов с поражением правого и левого полушарий были выявлены определенные различия. У пациентов с левосторонним гемипарезом достоверно чаще определялись выраженный парез, нарушение тонуса (спастичность, реже – гипотония), рефлекс Бабинского, кистевой рефлекс Жуковского, защитные рефлексы. Также отмечались более выраженные нарушения походки, нарушение глубокой чувствительности.

Больные с правосторонним гемипарезом клинически характеризовались чаще наблюдаемыми и более выраженными дистальным парезом рук, патологическими сгибательными стопными знаками (Россолимо, Бехтерева-Менделя) и синкинезиями 1 пальца.

В ходе нейрофизиологического исследования установлены следующие факты. Низкие значения частоты альфа-колебаний ($7 \pm 1,5$) и интегрального коэффициента корреляции ($0,82 \pm 0,012$) соответствовали максимальным нарушениям двигательных функций у больных с правосторонней локализацией очага. Если значения коэффициентов корреляции правых теменной и затылочной зон были больше, чем левых на $15 \pm 1,5$ %, то наблюдались менее значимые пирамидные симптомы. Если уровень скоррелированности теменной и затылочной зон правого полушария отличался от показателя левого полушария на $30 \pm 1,8$ %, то выраженность пирамидного гемисиндрома была минимальной. Таким образом, при органическом поражении одного полушария нарушаются не только моторные функции этого полушария при выполнении произвольного движения, но и взаимоотношения с «условно здоровым» полушарием.

В литературе констатируется преобладание ингибиторных процессов в левом и активирующих – в правом полушарии у здоровых испытуемых-правшей. Возможно, это и определяет отличия в нисходящем корковом контроле моторных систем – ингибирующих и активирующих. Так как транскортикальное торможение является одним из механизмов, обеспечивающих оптимальный уровень взаимоотношения полушарий, можно предположить, что наличие дефекта в правом полушарии приводит к ослаблению активирующих и усилению тормозных воздействий не только на нисходящие структуры, но и на противоположное – левое полушарие. Полученные данные позволяют говорить о разной роли больших полушарий в нисходящем моторном контроле и межполушарных взаимоотношениях.