

INTERRELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL, LABORATORY AND INSTRUMENTAL STUDIES IN POST-STROKE EXTRAPYRAMIDAL DISORDERS

Маматова Ш. А

базовый докторант кафедры нервных болезней.

Народная медицина ТГСИ

Раимова М. М.

Научный руководитель: д.м.н., профессор кафедры нервных болезней. Народная медицина ТГСИ Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Маматова Ш. А

базовый докторант кафедры нервных болезней.

Народная медицина ТГСИ

Раимова М. М.

Научный руководитель: д.м.н., профессор кафедры нервных болезней. Народная медицина ТГСИ Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Одной из актуальных медико-социальных проблем являются сосудистые заболевания нервной системы, поскольку они очень распространены и имеют высокие показатели смертности. На 100 миллионов человек в год происходит около 500 000 инсультов и цереброваскулярных кризов. ВОЗ сообщает, что смертность от инсульта составляет от 12 до 15 процентов от общей смертности.

Как указывают эпидемиологические данные, отклонения в деятельности экстрапирамидной системы отмечаются в 1-4% случаев, у лиц, подвергшихся инсульту. Отклонения деятельности экстрапирамидной системы отмечаются у лиц после перенесения инсульта как геморрагического, так и ишемического типа. Постинсультные двигательные расстройства могут проявляться в виде паркинсонического синдрома или в виде широкого спектра гиперкинетических двигательных расстройств, включая хорею, баллизм, атетоз, дистонию, тремор, миоклонус, гемиспазм лица, блефароспазм, стереотипы и акатизию. Постинсультные

двигательные расстройства могут носить характер приступообразных, рецидивирующих, преходящих, перманентных движений; по времени возникновения после ОНМК могут возникать в острый период инсульта или носить отсроченный характер, развиваясь через месяцы или годы после сосудистых событий. Хотя частота экстрапирамидных расстройств после инсульта невысока, важно знать возможные клинические признаки, их течение, а также правильные стратегии лечения, поскольку эти аспекты могут значительно повлиять на качество жизни пациента, перенесшего инсульт.

Цель нашего исследования – определить корреляцию клинических типов и течения постинсультных экстрапирамидных расстройств со структурными изменениями головного мозга и специфическими биомаркерами.

Материал и методы исследования: Обследовано 62 больных, перенесших ишемический и геморрагический инсульт разные периоды, но давность которых не превышала последние 3 года. Из них с ишемическим инсультом было 38 больных, с геморрагическим инсультом 24 больных. Средний возраст больных составлял $62,4 \pm 8,3$ года. Определяли клинические особенности двигательных экстрапирамидных нарушений, оценивали их по специальным шкалам, сопоставляли клиническую картину заболевания с нейровизуализационными данными и показателями специфических биомаркеров- S100, vascular endothelial growth factor (VEGF) и эндотелин-1 сравнивая тип инсульта и виды экстрапирамидных расстройств. Для оценки структурных изменений вещества головного мозга проведено МРТ-обследование. Всем больным было проведено детальное клиничко-неврологическое обследование.

Результаты и обсуждение.

При анализе структуры экстрапирамидных расстройств в нашем исследовании было выявлено, что 25,8% (16) случаев составил сосудистый паркинсонизм, 17,7% (11) гемитремор, 8% (5) хорей, 11,3% (7) лицевой гемиспазм, 13% (8) блефароспазм, 13% (8) синдром беспокойных ног, 3,2% (2) миоклонус, и в 8% (5) случаев была обнаружена дистония.

Время развития экстрапирамидного расстройства значительно варьирует от нескольких дней от начала до нескольких лет после инсульта, а также зависит от типа двигательного расстройства. Хорей, зачастую возникала в ранние сроки (в среднем через 4,3 дня после инсульта), тогда как паркинсонизм намного позже (в среднем через 117,5 дней после инсульта). Однако внутри каждого двигательного расстройства существует большая вариабельность; задержка развития дистонии после инсульта может составлять от 1 дня до 5 лет.

Экстрапирамидные двигательные расстройства после инсульта встречаются в равной степени у мужчин и женщин. Возраст склонности к различным двигательным расстройствам варьирует: хорея наблюдается больше у пожилых людей, дистония развивается у молодых.

В ходе исследования были проанализированы данные МРТ головного мозга. По результатам магнитно-резонансного исследования был выявлен тип лейкоареоза и его расположение, а также наличие лакун. Анализ данных МРТ головного мозга показал, что расположение лейкоареоза у лиц перенесших церебральный инсульт с экстрапирамидными расстройствами преобладает в зоне подкорковых узлов (в области базальных ганглиев), но расположение лейкоареоза вне зоны подкорковых узлов в ряде случаев также приводит к экстрапирамидным расстройствам.

Специфические биомаркеры в среднем составили S100 387+27пг/мл, VEGF 748+67,7мЕ/мл, эндотелин-1 58,3+5,3нг/мл соответственно. Эти показатели означают, что тип инсульта, его продолжительность и размер поврежденного участка головного мозга увеличиваются прямо пропорционально.

Вывод: Таким образом, у пациентов, перенесших ОНМК, остро или подостро могут развиваться различные экстрапирамидные двигательные расстройства, как гиперкинетические, так и гипокинетические синдромы, большинство из которых вызваны поражением базальных ганглиев и таламуса, но могут возникать при инсультах в самых разных местах двигательного контура. При исследовании корреляционных связей между показателем выраженности двигательных экстрапирамидных нарушений и площадью лейкоареоза (по данным МРТ головного мозга) и показателями специфических биомаркеров установлена положительная корреляционная зависимость.