

## НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СТАТОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРОБАЗИЛЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

**О.Х. Парманов**

Исследователь Бухарский медицинский институт,

**М.Б. Уринов,**

Исследователь Медицинское объединение Карманинский район, Навоийской области.

**Аннотация:** Среди пациентов с ОНМК и остро возникшим головокружением в дебюте заболевания самыми частыми очаговыми симптомами были: глазодвигательные нарушения (офтальмопарез, парез взора, межъядерная офтальмоплегия), выраженная постуральная неустойчивость, слабость конечностей, атаксия конечностей, дизартрия, гемигипестезия, асимметрия лица и нарушение слуха (4).

**Ключевые слова:** статодинамическими нарушениями, очаговой и общемозговой, постуральную неустойчивость, употребление алкоголя.

Общемозговая симптоматика проявлялась угнетением сознания до оглушения, головной болью [1,3]. При наличии очаговой и общемозговой неврологической симптоматики диагноз у пациента с головокружением может не вызывать сомнения. Однако при инсульте с остро возникшим головокружением симптомы поражения ствола или мозжечка проявляются менее чем в половине случаев [2].

В исследованиях, в которых проводили сравнение клинических проявлений заболеваний у пациентов с инсультом и острой периферической вестибулопатий, распространенность некоторых общих симптомов различалась.

Нарушение равновесия почти в четыре раза чаще выявляли у больных с инсультом и ТИА [3,4]. В исследовании К.А. Kerber (2006) тяжелую постуральную неустойчивость (неспособность сесть без помощи рук или посторонней помощи) выявляли только у пациентов с инсультом, а у 36% больных она была единственным симптомом. Исследование Н. Wu, и соавт. (2014) показало, что распространенность

сильной постуральной нестабильности при инфаркте в зонах кровоснабжения верхней мозжечковой и задней нижней мозжечковой артерии (ЗНМА) не различается .

**Материал и методы исследования.** В данную группу вошли 44 пациента (42,5 [34,3; 58,6] лет, 16/36,4% мужчин и 28/63,6% женщин), с верифицированным клиническим диагнозом, безусловно подразумевающим церебеллярный генез статодинамических нарушений. Все пациенты проходили стационарное лечение в Центральной больнице города Навои.

Следует отметить, что в данную группу вошли пациенты, у которых в неврологическом статусе присутствовали четкие клинические признаки поражения мозжечка (дисметрия при координаторных пробах, дизартрия, дисдиадохокинез).

На основании анализа субъективных жалоб больные были стратифицированы на две группы по типу головокружения: системное 26,9%(31 человека) и несистемное 73,1% (84 человека). В зависимости от длительности и характера (персиситрующие, эпизодические или рецидивирующие нарушения) беспокоящих жалоб всех обследованных больных целесообразно было разделить на несколько групп .

Клиническое обследование включало стандартный неврологический и соматический осмотр, а также опрос пациента по специально разработанному краткому опроснику. Результаты исследований анализировались с использованием статистической программы IBM SPSS Statistics 23.

**Результаты исследования.** Провоцирующие развитие статодинамических нарушений у исследуемых пожилых пациентов: физическая нагрузка (15,9%), психоэмоциональный стресс (4,5%), употребление алкоголя (4,5%), плохое освещение (2,3%), изменение положения тела (1,3%), недостаточный сон (6,9%).

В структуре жалоб пациентов часто встречалось дрожание рук (26/77,3%), нарушение речи (34/77,2%), тревожность (16/36,4%), головная боль (15/34,1%) и тошнота (14/31,8%). Кроме того, пациенты предъявляли все субъективные варианты жалоб на головокружение: ощущение неустойчивости (44/100%), «вращения» (10/22,7%), «предобморочного состояния» (2/4,5%) и «опьянения» (7/15,9%), зачастую в различных сочетаниях друг с другом (12/27,3%).

Анализ приведённых в таблице данных свидетельствует о том, что пациенты со статодинамическими нарушениями церебеллярного генеза в среднем субъективно оценивали выраженность головокружения/неустойчивость и его влияния на

повседневную активность как «умеренную» ( $5,6 \pm 2,1$  баллов по шкале ВАШ-Г,  $54,4 \pm 12,6$  баллов по DHI), не имели когнитивных нарушений ( $28 \pm 1,5$  баллов по MoCA), признаков депрессии и тревоги ( $5,4 \pm 1,8$  баллов по HDRS,  $15,1 \pm 3,3$  баллов по HARS,  $3,1 \pm 1,1$  баллов по GDS). Наиболее распространенными отклонениями в неврологическом статусе у пациентов с поражением мозжечка были координа- торные нарушения, выявляемые при пальце-молоточковой ( $43,2\%$ ) и пяточно- коленной пробах ( $36,4\%$ ), статическая атаксия, более выраженная при услож- нённой пробе Ромберга ( $90,1\%$ ), нарушение ходьбы ( $84,1\%$  – при обычной ходьбе и  $84,1\%$  при тандемной ходьбе), дизартрия ( $59,1\%$ ) и дисдиадохокинез ( $34,1\%$ ).

Тесты на постуральную неустойчивость проводились у пациентов с дли- тельностью статодинамических нарушений более 1 месяца и оказались положи- тельными у  $22,7\%$  больных при тесте Гевенара и у  $4,5\%$  при выполнении теста «встань и иди».

После статистического анализа полученных клинико-инструментальных данных было выявлено, что единственным параметром, значимо связанным с нарушением ходьбы, была эзофория при взгляде вдаль ( $p=0,0244$ ). Кроме того, гетерофории (эзо- варианты) оказались значимо связаны со взор-индуцируемым нистагмом ( $p=0,0293$ ), нистагмом по типу «рикошета» ( $p=0,0256$ ) ( $p=0,001$ ).

**Таким образом,** в целом необходимо отметить, что у пациентов с поражением мозжечка наблюдалось значимое снижение повседневной активности в связи со статодина- мическими нарушениями, при этом сами пациенты описывали свое состояние различными терминами, что требует дифференциации от других топико- патогенетических вариантов нарушений равновесия. В связи с этим, в клиническом обследовании больных данного профиля необходимо уделять особое внимание отоневрологическому обследованию, в частности оценке движений глаз, наличию нистагма, гетерофории и их характеристикам.

#### ЛИТЕРАТУРА.

1. Алексеева, Н.С. Головокружение. Отоневрологические аспекты [Текст] / Н.С. Алексеева. - 3-е изд.- Москва: МЕДпресс-информ, 2019.- 184с.: ил.
2. Вахнина, Н.В. Головокружение в практике амбулаторного врача [Текст] / Н.В. Вахнина, О.В. Милованова // Клиническая фармакология и терапия.- 2017.- №4.- С.21-25.

3. Hanley, K. Symptoms of vertigo in general practice: a prospective study of diagnosis [Text] / K. Hanley, T. O'Dowd // Br. J. Gen. Pract.- 2002.- Vol. 52, N. 483.- P. 809-812.

4. Survival rate and risk factors of mortality among first-ever stroke patients [Text] / H. Wu, W. Gong, J. Pan [et al.] // Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.- 2014.- Vol. 35, N. 7.- P. 812-816.