

Случай из практики

УДК 616.831-005.1-07-08

DOI 10.52246/1606-8157_2022_27_1_51

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МОЗЖЕЧКА С ЯВЛЕНИЯМИ ДИАШИЗА

К. В. Губская^{1*}, кандидат медицинских наук,
А. Т. Жашуева²

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

² ОБУЗ «Городская клиническая больница № 3 г. Иванова», 153008, Россия, г. Иваново, ул. Постышева, д. 57/3

РЕЗЮМЕ При инсультах мозжечка могут развиваться явления диашиза (нарушения кровообращения, связанные с возникновением ишемических очагов не только в полушарии мозжечка, но и в других отделах головного мозга). Неврологическая клиника инфаркта мозжечка в таких случаях может характеризоваться доминирующими мозжечковыми расстройствами и двигательными, чувствительными нарушениями на стороне первичного очага в мозжечке. Описан клинический случай развития у больной с инфарктом мозжечка с явлениями диашиза психических расстройств (делирия) с неблагоприятным клиническим исходом.

Ключевые слова: мозжечковый инсульт, диашиз, делирий, исход инсульта.

* Ответственный за переписку (corresponding author): Xeniasinitsina@ya.ru

Феномен диашиза наблюдается при нарушениях мозгового кровотока не только в области очага инсульта, но и в других зонах мозга, расположенных в отдалении от пораженного участка и связанных с ним функционально системой проводящих путей. Термин «мозжечковый диашиз» был предложен J. C. Baron et al. в 1981 году для обозначения нарушений, связанных с патологией кровотока и возникновением ишемических очагов в полушарии мозжечка, контралатеральном к супратенториальному полушарному инфаркту [1]. В настоящее время установлено, что изолированные инфаркты мозжечка могут проявляться не только атаксическими нарушениями, но одновременно и двигательными, и чувствительными расстройствами вследствие поражения лобно-теменной коры (диашиз) противоположного полушария головного мозга [2, 3]. В качестве основного механизма мозжечково-кортикального диашиза принято понимать перерыв эфферентных импульсов по мозжечково-таламическому пути до перекреста в верхней

ножке мозжечка. Перекрестный мозжечково-полушарный диашиз формируется при остром изолированном церебеллярном инфаркте в результате эмболии из сосудов сердца, но чаще при атеросклеротической окклюзии одной из ветвей верхней или задней нижней артерии мозжечка. В этом случае одновременно определяется ишемический очаг (диашиз) в зоне лобно-теменной коры контралатерального полушария головного мозга [4]. Неврологическая клиника инфаркта мозжечка в таких случаях может характеризоваться не только доминирующими мозжечковыми расстройствами (атаксия в конечностях, интенционный тремор, головокружение, нарушения равновесия, латеропульсия, дизартрия, нистагм), но и двигательными, чувствительными нарушениями на стороне первичного очага мозжечка [5–7]. В литературе содержится мало сведений о сочетании инфарктов мозжечка, протекающих с явлениями диашиза и сопровождающихся развитием психических расстройств.

Больная А. И., 62 года, поступила с жалобами на головокружение, расстройство координации, тошноту, слабость и онемение в левых конечностях. Ухудшение состояния заметила за шесть часов до поступления, когда на фоне повышения артериального давления до 180/90 мм рт. ст. стали нарастать общая слабость, головокружение, расстройство координации, тошнота, трехкратная рвота. Затем появились слабость и онемение в левой руке и ноге с нарушением функции передвижения. Обратилась за медицинской помощью и была направлена бригадой скорой помощи в специализированное первичное сосудистое отделение.

В анамнезе: в течение многих лет страдает гипертонической болезнью 2-й стадии, однако гипотензивные средства принимала нерегулярно. Ишемическая болезнь сердца (ИБС): стенокардия напряжения, ФК2, Н2а, аутоиммунный тиреоидит. При поступлении в соматическом статусе: рост 170 см, вес 98 кг. Кожные покровы чистые. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям. Тоны сердца ритмичные, приглушены, регистрируются единичные экстрасистолы. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание нарушено по типу задержки. Пациентка катетеризирована, выделено около 500 мл мочи ярко-желтого цвета. В неврологическом статусе: сознание ясное (15 баллов по ШКГ), в месте, времени, текущей ситуации, собственной личности ориентирована верно. Глотание не нарушено, дизартрия, нистагм горизонтальный с ротаторным компонентом. Умеренный центральный парез мимической мускулатуры слева, центральный левосторонний гемипарез: выраженный в левой руке и умеренный в левой ноге, левосторонняя гемигипестезия. Умеренная мозжечковая атаксия (статическая). Менингеальных знаков нет. Показатель по NIHSS – 9 баллов, по mRs – 4 балла, индекс мобильности Ривермид – 3.

Показатели лабораторных исследований находились в пределах референсных значений, в общем анализе мочи – незначительная протеинурия – 0,033 г/л и лейкоцитурия – 10–15 в поле зрения. ЭКГ – ритм синусовый с частотой сердечных сокращений 72 удара в минуту, гипертрофия левого желудочка, единичные экстрасистолы. Рентгенография органов грудной клетки – без патологии. В результате обследо-

вания состояния внутренних сонных артерий (ВСА) установлено: изменения комплекса интима – медиа (КИМ) брахиоцефальных артерий в виде утолщений и деформации, извитость позвоночных артерий (ПА), атеросклеротические бляшки (АСБ) в области обеих бифуркаций сонных артерий со снижением линейной скорости кровотока по внутренним сонным артериям (гемодинамический незначимый стеноз – до 60 %). Одновременно определялась патология сосудов вертебрально-базиллярного и каротидного бассейнов с венозной дисгемией по позвоночным сплетениям (сброс по прямому синусу не лоцировался).

МСКТ головного мозга: ишемические изменения в левой гемисфере и черве мозжечка, явления умеренно выраженного лейкоареоза. Ишемические изменения выявлены также в медиальной коре височной доли справа – 10 %, латеральной коре височной доли слева – 14 %, правом таламусе – 15 %, медиальной коре теменной доли справа – 8 %, конвексительной коре теменной доли справа – 16 %. В результате КТ выявлен ишемический инсульт левого полушария зоны задней нижней артерии мозжечка; зоны диашиза – в правой таламической области, левой височной доле слева, в теменной доле справа.

На третьи сутки после поступления развилось психомоторное возбуждение, соответствующее +3 баллам по шкале возбуждения-седации Ричмонда (Richmond Agitation-Sedation Scale). Пациентка звонила по мобильному телефону родственникам и сообщала, что ее из палаты перевели в подвальное помещение, где привязали к кровати и удерживают насильно, просила срочно забрать ее из стационара, пыталась вставать и собирать одежду, связывая в узел. Имело место помрачение сознания, нарушение ориентировки в месте, времени; ориентировка в собственной личности была сохранена.

Врачом-психиатром был установлен диагноз делирия, проведено лечение галоперидолом в инъекциях 5 мг/мл – 1 мл внутримышечно до купирования делирия. Делирий длился в течение двух суток, протекал с ухудшением состояния в ночное время. Нарастания неврологической симптоматики, ухудшения со стороны соматического статуса не установлено.

В результате проведенного лечения состояние улучшилось, наблюдался частичный регресс очагового неврологического дефицита. Однако при выписке сохранялась умеренная мозжечковая (статическая и динамическая) атаксия, умеренный центральный левосторонний гемипарез с нарушением функции передвижения, левосторонняя гемигипестезия. Исход по NIHSS – 6 баллов, по mRS – 4 балла, индекс мобильности Ривермид – 5.

Таким образом, у пациентки с инфарктом мозжечка в области задней нижней артерии мозжечка с явлениями диашиза развился постинсультный делирий, в основе которого, вероятно,

лежит патологическая реакция организма на выраженный стресс на фоне длительно протекающей хронической сосудистой мозговой недостаточности. Очаговое поражение головного мозга на фоне выраженных хронических изменений в сосудах привело к нарушению его функционирования за счет разобщения деятельности межнейрональных связей.

Учитывая изложенное выше, необходимо продолжить изучение особенностей течения инфаркта мозжечка с явлениями диашиза и психическими расстройствами для уточнения возможности прогнозирования тяжести их течения и неблагоприятных исходов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Baron JC, Boussier MG, Comar D, Castaigne P «Crossed cerebellar diaschisis» in human supratentorial brain infarction. Trans. Am. Neurol. Assoc. 1981;05:459-461.
2. Adams HP, Bendixen BH, Kappelle LJ, Biller J, Love BB, Gordon DL, Marsh EE Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. Stroke. 1993;24(1):35-41.
3. Bowler JV, Wade JPH Ipsilateral Cerebellar Diaschisis following Pontine Infarction. Cerebrovasc. Dis. 1991;1:58-60.
4. Martin WR, Raichle ME Cerebellar blood flow and metabolism in cerebral hemisphere infarction. Ann. Neurol. 1983;14(2):168-176.
5. Reinhard M, Waldkircher Z, Timmer J, Weiller C, Hetzel A. Cerebellar autoregulation dynamics in humans. J. Cereb. Blood Flow Metab. 2008;28(9):1605-1612.
6. Small SL, Hlustik P, Noll DC, Genovese C, Solodkin A. Cerebellar hemispheric activation ipsilateral to the paretic hand correlates with functional recovery after stroke. Brain. 2002;125(Pt 7):1544-1557.
7. Yamauchi H, Fukuyama H, Kimura J Hemodynamic and metabolic changes in crossed cerebellar hypoperfusion. Stroke. 1992;23(6):855-860.

COURSE PECULIARITIES OF CEREBELLAR INFARCTION WITH DIASHIZ SYMPTOMS

K. V. Gubskaya, A. T. Zhashuyeva

ABSTRACT Diashiz symptoms may be developed in cerebellar infarction (circulation disorders connected with ischemic focus arising both in hemispheres of the cerebellum and other areas of the brain). Neurological clinical picture of cerebellar infarction in such cases may be characterized by dominated cerebellum disorders on the side of primary focus in cerebellum. A clinical case of psychic disorder (delirium) development in a patient with cerebellar infarction with diashiz symptoms with unfavorable clinical outcome is described.

Key words: cerebellar infarction, diashiz, delirium, infarction outcome.