

*К.К.Саргожаев, Ш.У. Аязбаев, Ж.Е. Есбергенов, Р.Р.Шарьгин*

## **НЕЙРОВИЗУАЛИЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ НЕОНАТАЛЬНОГО И ПЕРИНАТАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА**

*Мангистауская областная больница, г. Актау*

За период с 2008 по 2010 гг. в нашей клинике мы верифицировали 17 случаев неонатального и перинатального инсульта. Ишемический инсульт диагностирован в 11 (64%) случаях, геморрагический – в 6 (36%). Инсульт установлен у 9 (53%) новорожденных женского пола и у 8 (47%) мужского пола.

Из 6 геморрагических инсультов пери-и неонатального периода у 3 (50%) обнаружено субарахноидальное кровоизлияние (САК), субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние (СПК) – 2 (%), вентрикулярное кровоизлияние (ВК) – у 1 (17%).

В 2 (37%) случаях САК выявили обширный ишемический инфаркт в больших полушариях мозга без геморрагического компонента и отека головного мозга. У новорожденных с САК не выявили острой окклюзионной гидроцефалии. При СПК не наблюдалось кровоизлияние в бассейне губнеровских артерий или герминально-матриксное кровоизлияние. Паренхиматозный компонент СПК характеризовался необъемной корково-поверхностно-подкорковой геморрагией в вещество мозга.

В случае внутрижелудочкового кровоизлияния не наблюдалось образования интравентрикулярной гематомы или формирование сгустка, плотного свертка крови, тампонада желудочковой системы. В данном случае вентрикулярной геморрагии предполагалось нарушение свертывания крови.

Ишемический инфаркт мозга в бассейнах средних мозговых артерий выявлен в 2 (22%) случаях и при этом наблюдалось размягчение корковой пластинки (коры) мозга, супратенториального белого вещества без потери дифференциации базальных ядер и зрительных бугров, а также ствола мозга. У этих

новорожденных не обнаруживали выраженного ишемического отека головного мозга. Указанные случаи инсульта новорожденного интерпретированы как следствие патологического течения родов (острой гипоксии, асфиксии). В остальных 7 (86%) случаях обнаруживали двустороннюю грубую деструкцию в больших полушариях мозга с диффузной субкортикально-перивентрикулярной лейкомаляцией, мультикистозной энцефаломалацией с увеличением отделов боковых желудочков большого мозга и во всех случаях наблюдали поражения базальных ядер и зрительных бугров. Эти случаи отнесены к антенатальному гипоксический-ишемическому повреждению головного мозга у новорожденных и основой к этому служили наличие кистозно-атрофических процессов в неонатальном периоде.

При КТ-визуализации нам удалось обнаружить некоторые нейровизуализационные особенности геморрагических и ишемических неонатального и перинатального инсульта от инсульта детей старшего возраста и взрослых. Эти особенности обусловлены особенностями факторов развития неонатального и перинатального инсульта (соматические патологии беременных, патологическое течение беременности и родов, недоношенность, нарушение процессов адаптации у недоношенных после рождения), морфофункциональными особенностями головного мозга новорожденных (подкорковая зона особенно чувствительна к аноксии и гипоксии, чем корковая). Дальнейшие изучения этих особенностей будут полезны в формировании стратегии инсультов новорожденных и прогнозировании тяжелых сосудистых поражений центральной нервной системы.

после операции всем больным производились КТ или МРТ, повторная ЭЭГ.

При изучении катамнеза больных в сроки от 3 месяцев до 18 месяцев, у 18 больных уменьшилась частота судорожных приступов до 1-2 раз в год. У 6 больных в течение 6-8 месяцев отмечено исчезновение эпилептических приступов. У 1 больного приступы возобновились через 2 месяца после операции (самостоятельная, резкая

отмена противосудорожных препаратов). После коррекции дозы отмечен регресс судорожного синдрома. Всем пациентам продолжена антиконвульсантная терапия с уменьшением дозы противосудорожных препаратов до необходимых доз под контролем ЭЭГ, МРТ.

**Вывод:** хирургическое удаление является основным методом лечения симптоматических кавернозных ангиом головного мозга.