

Харківська медична академія післядипломної освіти
Донецький національний медичний університет



**МІЖНАРОДНИЙ
НЕВРОЛОГІЧНИЙ
ЖУРНАЛ**

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INTERNATIONAL
NEUROLOGICAL
JOURNAL**

Meždunarodnyj nevrologičeskij žurnal

Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2004 року

Періодичність виходу: 8 разів на рік

Том 16, № 4, 2020

Включений в наукометричні і спеціалізовані бази даних НБУ ім. В.І. Вернадського, «Україніка наукова», «Наукова періодика України», Ulrichsweb Global Serials Directory, CrossRef, WorldCat, Google Scholar, Science Index, «КіберЛенінка», ICMJE, SHERPA/ReMEO, BASE, NLM-catalog, NLM-Locator Plus, EBSCO





МІЖНАРОДНИЙ НЕВРОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ
INTERNATIONAL NEUROLOGICAL JOURNAL
МЕЖДУНАРОДНЫЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Meždunarodnyj nevrologičeskij žurnal

Том 16, № 4, 2020

p-ISSN 2224-0713

e-ISSN 2307-1419

Передплатний індекс: 91338

*Спеціалізований рецензований
науково-практичний журнал*

*Practical-scientific reviewable journal
for neurologists-clinicians (pediatric and adult)*



Співзасновники: Харківська медична академія післядипломної освіти, Донецький національний медичний університет, Заславський О.Ю.

Завідуюча редакцією Куприненко Н.В.

Адреса для звернення:

З питань передплати:

info@mif-ua.com,
тел. +38 (044) 223-27-42,
тел. +38 (067) 325-10-26

**З питань розміщення реклами й інформації
про лікарські препарати:**

reclama@mif-ua.com
office@zaslavsky.kiev.ua
pavel89karpinskiy@gmail.com
v_iliyna@ukr.net

Журнал внесено до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук. Наказ МОН України від 07.10.2015 № 1021.

Рекомендовано до друку та поширення через мережу Internet вченою радою Харківської медичної академії післядипломної освіти, протокол № 2 від 28.02.2020 р.

Українською, російською та англійською мовами

*Свідцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
КВ № 21281-11081 ПР. Видано Державною реєстраційною службою України
26.03.2015 р.*

Формат 60×84/8. Ум. друк. арк. 14,88.

Тираж 7 000 прим. Зам. 2020-inj-114.

Адреса редакції:

Україна, 04107, м. Київ, а/с 74

Ukraine, 04107, Kyiv, PO Box 74

Tel./fax: +38(044) 223-27-42, +38 (067) 325-10-26

E-mail: medredactor@i.ua

(Тема: До редакції «Міжнародного неврологічного журналу»)

www.mif-ua.com, http://inj.zaslavsky.com.ua

Видавець Заславський О.Ю.

Адреса для листування: а/с 74, м. Київ, 04107

Свідцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 2128 від 13.05.2005

Друк: ТОВ «Ландпрес»

Вул. Алчевських, 2, м. Харків, 61002

Головний редактор

Володимир Іванович СМОЛАНКА

Перший заступник головного редактора

Станіслав Костянтинович ЄВТУШЕНКО

Редакційна колегія

Бучакчийська Н.М. (Запоріжжя, Україна)

Волошин П.В. (Харків, Україна)

Волошина Н.П. (Харків, Україна)

Григорова І.А. (Харків, Україна)

Головченко Ю.І. (Київ, Україна)

Дельва М.Ю. (Полтава, Україна)

Дзяк Л.А. (Дніпро, Україна)

Дубенко А.Є. (Харків, Україна)

Дубенко Є.Г. (Харків, Україна)

Дубенко О.Є. (Харків, Україна)

Зозуля І.С. (Київ, Україна)

Карабань І.М. (Київ, Україна)

Кирилова Л.Г. (Київ, Україна)

Козьолкін О.А. (Запоріжжя, Україна)

Кузнецов В.В. (Київ, Україна)

Літовченко Т.А. (Харків, Україна)

Мальцев Д.В. (Київ, Україна)

Мартинюк В.Ю. (Київ, Україна)

Міщенко Т.С. (Харків, Україна) —
заступник головного редактора

Морозова О.Г. (Харків, Україна)

Московко С.П. (Вінниця, Україна)

Негрич Т.І. (Львів, Україна)

Пашковський В.М. (Чернівці, Україна)

Поліщук М.Є. (Київ, Україна)

Сіделковський О.Л. (Київ, Україна)

Стоянов О.М. (Одеса, Україна)

Трінус К.Ф. (Київ, Україна)

Фартушна О.Є. (Київ, Україна)

Цимбалюк В.І. (Київ, Україна)

Шкробот С.І. (Тернопіль, Україна)

Гайнетдінова Д.Д. (Казань, РФ)

Євстигнєєв В.В. (Мінськ, Білорусь)

Пономарьов В.В. (Мінськ, Білорусь)

Скоромець О.А. (Санкт-Петербург, РФ)

Столяров І.Д. (Санкт-Петербург, РФ)

Шалькевич Л.В. (Мінськ, Білорусь)

Curatolo Paolo, MD (Italy)

Dafin F. Muresanu (Romania)

Dulak Oliver, MD, PhD (France)

Eeg Olofsson Orvar, MD, PhD (Sweden)

Редакція не завжди поділяє думку автора публікації. Відповідальність за вірогідність фактів, власних назв та іншої інформації, використаної в публікації, несе автор. Передрук та інше відтворення в якій-небудь формі в цілому або частково статей, ілюстрацій або інших матеріалів дозволені тільки за попередньої письмової згоди редакції та з обов'язковим посиланням на джерело. Усі права захищені.

© Харківська медична академія післядипломної освіти, 2020

© Донецький національний медичний університет, 2020

© Заславський О.Ю., 2020

Зміст

Офіційна інформація

Візит EPNS/TAB в Україну9

Оригінальні дослідження

*Віничук С.М., Прокопів М.М.,
Трепет Л.М., Фартушна О.Є.*

Клінічні синдроми таламічних інсультів
задньолатеральної судинної території:
результати проспективного клінічного
когортного дослідження13

*Московко С.П., Фікс Д.О.,
Шаюк А.В.*

Оцінка дотримання сучасних клінічних
рекомендацій щодо клініко-апаратної
діагностики інсульту за даними реєстру
м. Вінниця за період 2017–2019 рр.18

*Зорій І.А., Пашковський В.М.,
Васильєва Н.В., Ніка О.М.*

Нейрофізіологічні особливості спастичного
синдрому в дітей із дитячим церебральним
паралічем залежно від вираженості
моторних порушень25

*Волошина Н.П., Негреба Т.В.,
Киржнер В.М., Погуляева Т.Н.,
Василовский В.В., Терещенко Л.П.,
Черненко М.Е., Федосеев С.В.,
Песоцкая К.О., Воробьева Т.Г.,
Егоркина О.В.*

Клинико-математический анализ
различий для разных типов течения
при спорадической и семейной формах
рассеянного склероза33

*Christoph U. Correll, Steven G. Potkin,
Yan Zhong, Judit Harsányi, Balázs Szatmári,
Willie Earley*

Долгосрочная ремиссия у пациентов
с шизофренией при лечении карипразином:
post hoc анализ рандомизированного
двойного слепого плацебо-контролируемого
исследования по профилактике рецидивов40

Contents

Official Information

EPNS/TAB visit to Ukraine9

Original Researches

*S.M. Vinychuk, M.M. Prokopiv,
L.M. Trepet, O.Ye. Fartushna*

Clinical syndromes of thalamic strokes
in posterolateral vascular territory:
a prospective hospital-based
cohort study13

*S.P. Moskovko, D.O. Fiks,
A.V. Shayuk*

Assessment of compliance with current clinical
guidelines on clinical and hardware diagnosis
of stroke according to the data of the Vinnytsia
register for the period of 2017–201918

*I.A. Zorii, V.M. Pashkovskyy,
N.V. Vasilieva, O.M. Nika*

Neurophysiological features
of spastic syndrome in children with cerebral
palsy depending on the severity
of motor disorders25

*N.P. Voloshyna, T.V. Nehreba,
V.M. Kirzhner, T.N. Pohuliaieva,
V.V. Vasylovsky, L.P. Tereshchenko,
M.E. Chernenko, S.V. Fedosieiev,
K.O. Pesotska, T.H. Vorobiova,
O.V. Yehorkina*

Clinical and mathematical analysis
of differences for various types of course
in sporadic and familial forms
of multiple sclerosis33

*Christoph U. Correll, Steven G. Potkin,
Yan Zhong, Judit Harsányi, Balázs Szatmári,
Willie Earley*

Long-term remission with cariprazine
treatment in patients with schizophrenia:
a post hoc analysis of a randomized,
double-blind, placebo-controlled,
relapse prevention trial40

Практикуючому неврологу

Ємець О.Т., Махлинець В.Ю.,
Вансович О.С., Сапіга І.І.,
Орос М.М.

Цервікалія: сучасні підходи
до лікування50

Чистик Т.В.

Праміпексол пролонгованого
вивільнення — раціональний
вибір терапії хвороби
Паркінсона57

Сіделковський О.Л., Овсянніков О.А.,
Ігнатіщев М.Р.

Венозний інфаркт потиличної
частки головного мозку
в пацієнта молодого віку
(клінічний випадок)63

Холін В.О.

Мітохондріальна дисфункція
при нейродегенеративних порушеннях:
від патогенезу до терапії67

Савустьяненко А.В.

Нейристон® — комбінація
уридинмонофосфата, вітаміна В₁₂
и фолиевой кислоти для лечения
периферической нейропатической боли81

Кирилова Л.Г., Мірошников О.О.,
Юзва О.О.

Розлади аутистичного спектра
в дітей раннього віку: еволюція поглядів
та можливості діагностики
(частина 1)89

Мальцев Д.В.

Дієнцефальні ураження
головного мозку
герпесвірусної етіології у людей:
огляд літератури та клінічний випадок
(частина I)95

To Practicing Neurologist

O.T. Yemets, V.Yu. Makhlynets,
O.S. Vansovych, I.I. Sapiha,
M.M. Oros

Cervicalgia: modern approaches
to the treatment50

T.V. Chistyuk

Pramipexole extended release —
a rational choice of therapy
for Parkinson's
disease57

O.L. Sidelkovskyi, O.A. Ovsiannikov,
M.R. Ihnatishchev

Venous occipital
infarction
in a young
patient63

V.O. Kholin

Mitochondrial dysfunction
in neurodegenerative disorders:
from pathogenesis to therapy67

A.V. Savustyanenko

Neuriston® — a combination of uridine
monophosphate, vitamin B₁₂
and folic acid for the treatment
of peripheral neuropathic pain81

L.H. Kyrylova, O.O. Miroshnikov,
O.O. Yuzva

Autism spectrum disorders in infants:
evolution of concepts and opportunities
of diagnosing
(part 1)89

D.V. Maltsev

Diencephalic brain lesions
of herpesvirus etiology
in humans: a literature review
and a clinical case
(part 1)95

УДК 616-005-053.81

Сіделковський О.А., Овсянніков О.А., Ігнатіщев М.Р.
Клініка сучасної неврології «Аксімед», м. Київ, Україна
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Венозний інфаркт потиличної частки головного мозку в пацієнта молодого віку (клінічний випадок)

Резюме. Відомо, що венозний інсульт зазвичай розвивається на тлі тромбозу вен або синусів головного мозку. Захворювання належить до вкрай рідкісних форм порушень мозкового кровообігу. Основними етіологічними факторами виступають травми черепа, внутрішньочерепна інфекція (абсцес, субдуральна емпієма, менінгіт), захворювання лор-органів (отит, синусит), наслідки люмбальної пункції, сепсис, пухлини, васкуліти, вагітність і пологи, а також пероральний прийом контрацептивів. Найчастішими клінічними проявами захворювання є ознаки підвищення внутрішньочерепного тиску (гіпертензійний синдром) і симптоми вогнищового ураження головного мозку. Венозний інсульт може мати гострий, підгострий або хронічний перебіг. Вогнищеві симптоми проявляються руховими й чутливими порушеннями, ураженням черепних нервів, зоровими, вестибулярними або мозочковими розладами. Діагностичний протокол хворого, який переніс судинну катастрофу, передбачає ретельний загальноклінічний огляд, проведення дуплексного сканування судин голови і шиї, обов'язковий огляд офтальмологом з дослідженням очного дна (характерні повнокров'я вен і набряк диска зорового нерва). В першу чергу проводять МРТ і КТ головного мозку з контрастуванням (МР-ангіо-, венографія), а також обов'язково хворий має бути оглянутий нейрохірургом з метою уточнення діагнозу та визначення тактики хірургічного лікування. Важливо дослідити спинномозкову рідину, де нерідко виявляють підвищення лікворного тиску й білково-клітинну дисоціацію. Терапевтична тактика спрямована на поліпшення реологічних властивостей крові із застосуванням антикоагулянтів (гепарин). У разі виникнення тромбозу верхнього сагітального синуса можливе проведення тромболізу або тромбектомії, також застосовується симптоматична терапія. Симптоми неврологічного дефіциту у вигляді рухових, сенсорних, мовних і когнітивних розладів потребують комплексу реабілітаційних заходів, спрямованих на якнайшвидше відновлення уражених функцій. В даній статті наведений клінічний випадок венозного інфаркту потиличної долі мозку в пацієнта молодого віку, а також розглянуто етіологію, патогенез, діагностику та лікування венозного інсульту.

Ключові слова: венозний інфаркт (інсульт) головного мозку; гомонімна геміанопсія; венозна ангіома

Венозний інсульт зазвичай розвивається на тлі тромбозу вен або синусів головного мозку. Захворювання належить до вкрай рідкісних форм порушень мозкового кровообігу.

Відомо, що головними причинами венозного інсульту є інфекційні та неінфекційні фактори. Найбільш часто венозний інфаркт виникає через травми черепа, внутрішньочерепну інфекцію (абсцес, субдуральна емпієма, менінгіт), захворювання лор-органів (отит, синусит), наслідки люмбальної пункції, сепсис, пухлини, васкуліти, вагітність і пологи, а також пероральний

прийом контрацептивів. У частині випадків причину захворювання виявити не вдається.

Найбільш важливими клінічними особливостями цієї патології є ознаки підвищення внутрішньочерепного тиску (гіпертензійний синдром) і симптоми вогнищового ураження головного мозку. Захворювання може мати гострий, підгострий або хронічний перебіг.

Значущими симптомами гіпертензійного синдрому є головний біль, нудота і блювання, судомний синдром, порушення свідомості, менінгеальні симптоми, психомоторне збудження.

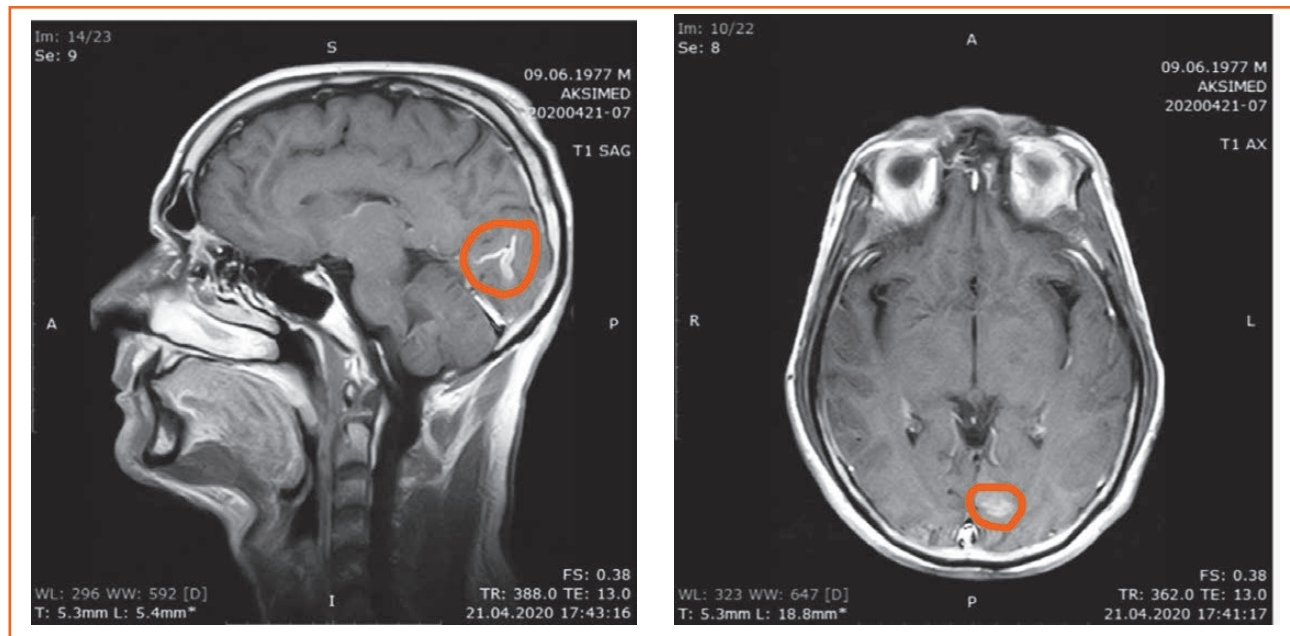


Рисунок 1. МРТ головного мозку з контрастуванням. На аксіальному і сагітальному зрізах кортикально, в лівій потиличній ділянці візуалізується зона невираженого накопичення контрасту, розмірами 12×14 мм, з наявністю на цьому рівні додатково звивистої судинної структури, виконаної контрастом, прилеглої до стінки прямого синуса

Зазвичай вогнищевий симптомокомплекс маніфестує руховими й чутливими порушеннями, ураженням черепних нервів, зоровими, вестибулярними або мозочковими розладами.

Нерідко клінічна картина венозного інсульту представлена симптомами тромбозу верхнього сагітального синуса, зокрема вираженим гіпертензійним синдромом, судомними нападами, нижнім парапарезом, переповненням і звивистістю вен лицьової частини голови («голова медузи»), а також носовими кровотечами і болісністю під час перкусії у проекції синусів.

Особливістю перебігу тромбозу глибоких вен мозку є грубе порушення вітальних функцій і коматозний стан.

Тромбоз кавернозного синуса дебютує екзофтальмом, хемозом, набряком диска зорового нерва, тотальною офтальмоплегією, вираженою болісністю в ділянці очного яблука.

Пацієнт В., 42 роки, робітник, надійшов у клініку 11.04.2020 р. зі скаргами на головний біль стискаючого характеру, зниження концентрації уваги, порушення зору у вигляді плям перед очима. Симптоми захворювання виникли гостро після виконання важкого фізичного навантаження. З анамнезу — тривале зловживання алкоголем.

На момент огляду хворий притомний, орієнтований у місці й часі, астенозований, пам'ять, увага знижені. Менінгеальні симптоми негативні. Окорухових порушень не виявлено, спостерігається легкий правосторонній геміпарез зі зниженням сили в кінцівках до 4,5 бала.

Огляд офтальмологом із дослідженням очного дна і полів зору виявив гомонімні парацентрально-скотоми.

Інструментальні методи діагностики. Дуплексне сканування брахіоцефальних судин: гемодинамічно незначний стеноз у зоні біфуркації правої загальної сонної артерії.

Магнітно-резонансна томографія головного мозку із контрастним посиленням (рис. 1) візуалізувала вогнище кортикального інфаркту в лівій потиличній частці на тлі тромбованої венозної ангіоми.

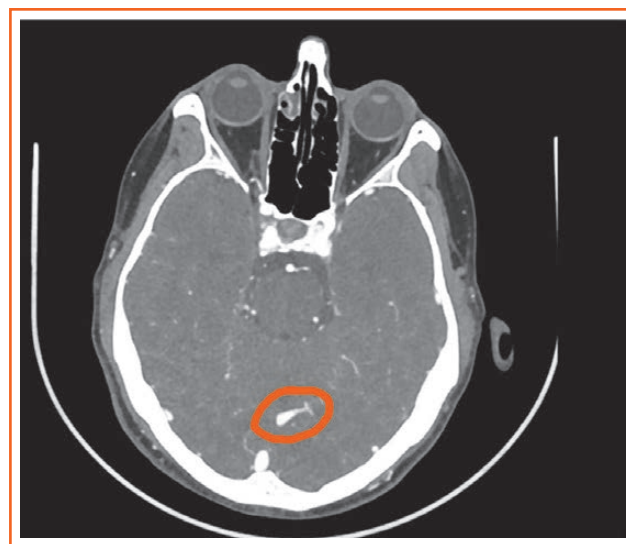


Рисунок 2. КТ головного мозку з контрастуванням. Зліва в потиличній ділянці парасагітально визначається ділянка нерізно вираженої гіподенсивності без чітких контурів, розмірами близько $1,6 \times 1,2 \times 1,2$ см, більше виражена у відстрочену фазу, без значимого перифокального набряку

За даними мультidetекторної комп'ютерної томографії-ангіографії головного мозку з контрастуванням (рис. 2) виявлено вогнище венозного інфаркту лівої потиличної частки на тлі венозного тромбозу.

Хворий був проконсультований нейрохірургом: згідно з висновком, оперативне лікування пацієнтові не показано.

Отже, на підставі скарг і анамнезу захворювання, детального неврологічного огляду і даних додаткових методів обстеження у хворого був діагностований венозний інфаркт лівої потиличної частки на тлі тромбозу венозної ангіоми з гомонімною геміанопсією справа, левим правостороннім геміпарезом.

Відзначимо, що за результатами первинного огляду пацієнта було встановлено попередній діагноз: гостре порушення мозкового кровообігу в басейні задньої мозкової артерії, і без застосування нейровізуалізаційних методик встановити точний діагноз було б навряд чи можливим.

У той же час дані комп'ютерної томографії з контрастуванням надали нам більш вичерпну інформацію стосовно характеру вогнищового ураження головного мозку.

Нагадаємо, що діагностичний протокол пацієнта, який переніс судинну катастрофу, передбачає ретельний загальноклінічний огляд, проведення дуплексного сканування судин голови і шиї, обов'язковий огляд офтальмологом із дослідженням очного дна (характерні повнокров'я вен і набряк диска зорового нерва).

При першій нагоді проводять МРТ і КТ головного мозку з контрастуванням (МР-ангіо-, венографія).

В обов'язковому порядку хворий повинен бути оглянутий нейрохірургом із метою уточнення діагнозу та визначення тактики хірургічного лікування.

За показаннями досліджують спинномозкову рідину, у якій нерідко виявляють підвищення лікворного тиску й білково-клітинну дисоціацію.

Лікування спрямоване на поліпшення реологічних властивостей крові із застосуванням антикоагулянтів (гепарин). Гепарин призначається на весь найгостріший період захворювання з подальшим переходом на прийом непрямих антикоагулянтів.

За наявності тромбозу верхнього сагітального синуса можливе проведення тромболізу або тромбектомії, також проводиться симптоматична терапія.

За наявності у хворого симптомів неврологічного дефіциту у вигляді рухових, сенсорних, мовленнєвих і

когнітивних розладів виконується комплекс реабілітаційних заходів, спрямованих на якнайшвидше відновлення втрачених функцій.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Евтушенко С.К. К вопросу нарушения мозгового кровообращения у лиц молодого возраста. *Международный неврологический журнал*. 2012. № 3. С. 23-25.
2. Зозуля И.С. Нейропротекторы и нейротропы в интенсивной терапии инсультов. Киев, 2015. 130 с.
3. Макотрова Т.А., Сотников А.С., Левин О.С. Венозный инфаркт мозга вследствие тромбоза поперечного синуса с синдромом изолированной алексии. *Неврологический журнал*. 2013. № 4. С. 29-34.
4. Неймарк Е.З. Тромбозы внутричерепных синусов и вен. Москва: Медгиз, 1999. 85 с.
5. Евтушенко С.К. и др. Основные и новые факторы риска, способствующие развитию ишемических инсультов у лиц молодого возраста. *Международный неврологический журнал*. 2013. № 6(60). С. 92-99.
6. Астапенко А.В. и др. Тромбоз церебральных вен и синусов. *Медицинские новости*. 2004. № 8. С. 48-52.
7. Чуканова Е.И., Чуканова А.С., Мамаева Х.И. Церебральные венозные тромбозы. *Журнал неврологии и психиатрии*. 2016. № 116(10). С. 4-10.
8. Холоденко И.И. К этиологии венозных инсультов. Москва, 1960. 250 с.
9. Ogata T. et al. Cerebral venous thrombosis associated with iron deficiency anemia. *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.* 2008. № 17. P. 426-428.
10. Gosk-Bierska I. et al. Cerebral venous sinus thrombosis: incidence of venous thrombosis recurrence and survival. *Neurology*. 2006. № 67. P. 814-819.
11. Crassard I., Bousser M.G. Headache in patients with cerebral venous thrombosis [in French]. *Rev. Neurol. (Paris)*. 2005. № 161. P. 706-708.
12. Lan M.Y., Chang Y.Y., Liu J.S. Delayed cerebral venous thrombosis in a patient with spontaneous intracranial hypotension. *Cephalalgia*. 2007. № 27. P. 1176-1178.

Отримано/Received 15.04.2020

Рецензовано/Revised 26.04.2020

Прийнято до друку/Accepted 12.05.2020 ■

Сиделковский О.А., Овсянников О.А., Игнатищев М.Р.

Клиника современной неврологии «Аксимед», г. Киев, Украина

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Венозный инфаркт затылочной доли головного мозга у пациента молодого возраста (клинический случай)

Резюме. Известно, что венозный инсульт обычно развивается на фоне тромбоза вен или синусов головного мозга. Заболевание относится к крайне редким формам нарушений мозгового кровообращения. Основными этиологическими факторами выступают травмы черепа, внутричерепная ин-

фекция (абсцесс, субдуральная эмпиема, менингит), заболевания лор-органов (отит, синусит), последствия люмбальной пункции, сепсис, опухоли, васкулиты, беременность и роды, а также пероральный прием контрацептивов. Наиболее часто заболевание клинически проявляется признаками

повышения внутричерепного давления (гипертензионный синдром) и симптомами очагового поражения головного мозга. Венозный инсульт может иметь острое, подострое или хроническое течение. Очаговые симптомы проявляются двигательными и чувствительными нарушениями, поражением черепных нервов, зрительными, вестибулярными или мозжечковыми расстройствами. Диагностический протокол больного, который перенес сосудистую катастрофу, предусматривает тщательный общеклинический осмотр, проведение дуплексного сканирования сосудов головы и шеи, обязательный осмотр офтальмологом с исследованием глазного дна (характерны полнокровие вен и отек диска зрительного нерва). В первую очередь проводят МРТ и КТ головного мозга с контрастированием (МР-ангио-, венография), а также обязательно больной должен быть осмотрен нейрохирургом с целью уточнения диагноза и определения тактики хирургического лечения. Важно исследовать спинномозговую

жидкость, где нередко обнаруживают повышение ликворного давления и белково-клеточную диссоциацию. Терапевтическая тактика направлена на улучшение реологических свойств крови с применением антикоагулянтов (гепарин). В случае возникновения тромбоза верхнего сагиттального синуса возможно проведение тромболизиса или тромбэктомий, также применяется симптоматическая терапия. Симптомы неврологического дефицита в виде двигательных, сенсорных, речевых и когнитивных расстройств требуют проведения комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на скорейшее восстановление пораженных функций. В данной статье приведен клинический случай венозного инфаркта затылочной доли мозга у пациента молодого возраста, а также рассмотрены этиология, патогенез, диагностика и лечение венозного инсульта.

Ключевые слова: венозный инфаркт (инсульт) головного мозга; гомонимная гемианопсия; венозная ангиома

O.L. Sidelkovskiy, O.A. Ovsiannikov, M.R. Ihnatishchev
Clinic of Modern Neurology "Aksimed", Kyiv, Ukraine
Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Venous occipital infarction in a young patient

Abstract. It is known that venous stroke usually develops against the background of thrombosis of the veins or sinuses of the brain. The disease is an extremely rare form of cerebral circulation disorders. The main etiological factors are skull injuries, intracranial infection (abscess, subdural empyema, meningitis), ENT diseases (otitis, sinusitis), consequences of lumbar puncture, sepsis, tumors, vasculitis, pregnancy and childbirth, as well as oral contraceptives. The most frequent clinical manifestations of the disease are signs of increased intracranial pressure (hypertension syndrome) and symptoms of focal brain damage. Venous stroke can have an acute, subacute, or chronic course. Focal symptoms manifested itself in motor and sensory disorders, damage to the cranial nerves, visual, vestibular or cerebellar disorders. Diagnostic Protocol of the patient who suffered a vascular catastrophe, provides a thorough general clinical examination, conducting duplex scanning of vessels of head and neck, obligatory examination by an ophthalmologist with the ocular fundus testing (characterized by blood-filled veins and swelling of the optic disc). First of all, MRI

and CT of the brain with contrast (MR angio-, venography) are performed, and the patient must be examined by a neurosurgeon to clarify the diagnosis and determine the tactics of surgical treatment. It is important to examine the cerebrospinal fluid, where often there is an increase in liquor pressure and protein-cell dissociation. Therapeutic tactics are aimed at improving the rheological properties of blood with the use of anticoagulants (heparin). In case of thrombosis of the upper sagittal sinus, thrombolysis or thromboectomies may be performed, and symptomatic therapy is also performed. Symptoms of neurological deficits in the form of motor, sensory, speech and cognitive disorders require a set of rehabilitation measures aimed at early recovery of the affected functions. This article presents a clinical case of venous infarction of the occipital lobe of the brain in a young patient, as well as discusses the etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment of venous stroke.

Keywords: venous infarction (stroke) of the brain; homonymous hemianopsia; venous angioma