

Минец Е.О., Киселёва А.В.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВНУТРИМОЗГОВОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ СУБТАЛАМУСА С ПРОЯВЛЕНИЕМ ГЕМИХОРЕИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Курман В.И.

*Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации
Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель*

Актуальность. Гемихорея и прочие гиперкинетические синдромы представляют собой редкую неврологическую манифестацию инсульта. Постинсультные гемибаллизм и гемихорея относятся к категории редких двигательных нарушений. Традиционно их возникновение связывают с глубокими геморрагическими очагами, захватывающими базальные ганглии или таламус. Одной из характерных черт гиперкинезов при фокальном поражении СЯ является их соответствие соматотопической организации ядра, что подтверждается описаниями случаев «монобаллизма» – изолированных гиперкинезов в одной конечности при повреждении строго локального участка.

Цель: ознакомление с клиническим проявлением внутримозгового кровоизлияния субталамуса с развитием гемихореи, а также проведение анализа дифференциально-диагностического подхода к данному состоянию.

Материалы и методы. Исследования проводились на базе УЗ «Гомельской клинической больницы №3». В основе работы – разбор клинического случая.

Результаты и их обсуждение. Пациент П., 53 года, житель г. Гомеля, не работает. Поступил в неврологическое отделение с диагнозом: «Судорожный симптом на фоне алкогольной абстиненции».

При поступлении больной в сознании, жалуется на непроизвольные движения в правых конечностях. Заболел остро 19.02.2026: без видимой причины появились непроизвольные движения в правых конечностях, преимущественно в проксимальных отделах. За помощью до 21.02 не обращался. 21.02 непроизвольные движения усилились, повысилось артериальное давление. Страдает артериальной гипертензией (лечение принимает нерегулярно), а также злоупотребляет алкоголем. При поступлении ориентирован, на вопросы отвечает правильно. АД 160/90, пульс 85 ударов в минуту. В неврологическом статусе: правосторонний высокоамплитудный гемигиперкинез по типу хореического, преимущественно более выраженный в проксимальных отделах. Гемигипестезия справа. В позе Ромберга неустойчив. Выполнена КТ головного мозга: в ядрах таламуса определяется зона кровоизлияния округлой формы (размер 12×11×13 мм) с зоной перифокального отёка до 7 мм. Осмотрен окулистом: глазное дно без особенностей. В период пребывания в стационаре неоднократно повторялась КТ, где выявлена положительная динамика за счёт лизиса крови в ядрах таламуса слева. Выполнена МРТ головного мозга. Заключение: внутримозговое кровоизлияние в базальных ядрах слева (субталамическое ядро), подострый период.

Дуплексное сканирование (УЗИ) брахиоцефальных артерий выявило атеросклеротический стеноз бифуркации обеих сонных артерий с двух сторон. Стеноз устьев сонных артерий слева менее 50%. УЗИ брюшной полости и почек выявило гепатомегалию, диффузные изменения печени и поджелудочной железы по типу жировой дистрофии.

Выводы. Инсульт субталамического ядра с развитием гемихореи-гемибаллизма представляет собой редкое, но важное в диагностическом и терапевтическом отношении проявление ишемического инсульта. Понимание соматотопической организации субталамического ядра позволяет объяснить клинические варианты с преимущественным вовлечением определенных конечностей. Диагностика требует проведения высококачественной нейровизуализации (МРТ), а лечение основывается на применении антипсихотических препаратов наряду со стандартной терапией инсульта.