

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ

НЕТИПИЧНЫЙ ИНСУЛЬТ

Тайманова Ирина Викторовна

*врач-невролог отделения помощи на дому, ФГБУ «52-й КДЦ МО РФ»
125167, РФ, г. Москва, улица Планетная, дом 3, корпус 3
E-mail: irina.taymanova@gmail.com*

ATYPICAL STROKE

Irina Taymanova

*neurologist, home care unit, consultative and diagnostic center 52
125167, Russia, Moscow, Planetnaya st., 3/3*

АННОТАЦИЯ

В исследовании был проведен анализ актуальности проблемы своевременности диагностирования и лечения ОНМК, приведена статистика по заболеваемости и смертности от данного типа болезней как во всем мире, так и отдельно в России. Описаны основные понятия временных промежутков течения инсульта, а также приведены конкретные примеры, демонстрирующие атипичные проявления инсультов.

ABSTRACT

The study analyzed the urgency of the problem of timely diagnosis and treatment of ONMC, the statistics on morbidity and mortality from this type of disease, both globally and separately in Russia. The main concepts of the time intervals of stroke are described, as well as specific examples showing atypical manifestations of strokes.

Ключевые слова: инсульт, ОНМК, терапевтическое окно, данные ВОЗ, смертность от инсульта, диагностика инсульта.

Keywords: stroke, ONMC, therapeutic window, WHO data, stroke mortality, stroke diagnosis.

Инсульт является второй по количеству причиной смерти населения во всем мире, при этом доля всех преждевременных смертей, связанных с инсультом, растет. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2015 году от данной болезни зарегистрировано 6 240 000 случаев смерти, что на 834 000 больше аналогичного показателя в 2010 году. Это составляет 11,1% всех смертей населения всех возрастов в мире [1].

В России этот процент еще выше – 20% всех смертей происходит вследствие инсульта, при этом женщины больше подвержены риску, чем мужчины: среди женского населения России смертность от инсульта составляет более четверти всех смертей, в то время как среди мужчин данный показатель находится на уровне 11%.

Также наблюдается четкая зависимость роста доли смертей от инсульта с увеличением возраста населения. Так, наибольшая смертность по данной причине в России отмечается у населения (мужчины и женщины) в возрасте от 70 лет и старше. При этом

до 50 лет инсульт является причиной смерти менее чем в 5% случаев. Описываемая зависимость наглядно представлена на рисунке 1, который построен на основании данных статистики ВОЗ [2].

Как было упомянуто выше, процент смертей от инсульта во всем мире продолжает расти, несмотря на то, что место болезни среди всех причин смерти не меняется в течение долгого промежутка времени и остается вторым. Если в 2010 году этот процент составлял 10,4%, то к 2015 году он вырос до 11,1% (+7 п.п. за 5 лет). Данная статистика отражает высокую актуальность проблемы корректного своевременного диагностирования и лечения острого нарушения мозгового кровообращения.

В нашей стране лечению цереброваскулярных болезней уделяется большое внимание, существует большое количество медицинских учреждений, в которых оказывается специализированная помощь пациентам с инсультом.

Доля смертей от инсульта в общем количестве смертей (Россия)

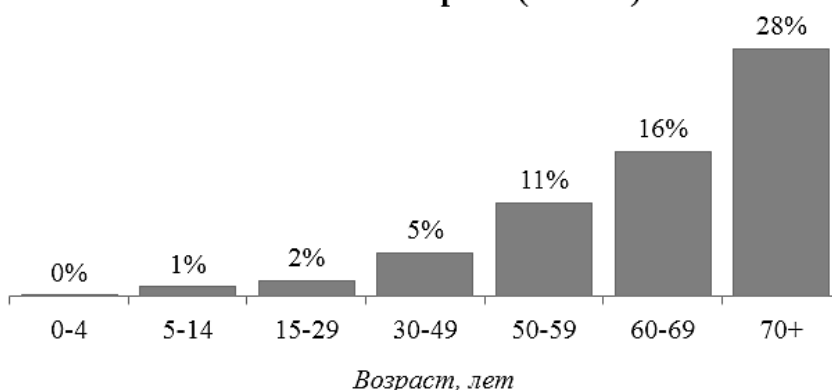


Рисунок 1. Смертность от инсульта в зависимости от возрастной группы

Однако одной из самых важных составляющих успешного лечения ОНМК является оперативность и своевременность оказания первой помощи пострадавшему, которая невозможна без правильной диагностики болезни.

Существует четко определённый промежуток времени, в течение которого лечение патологического процесса может быть наиболее эффективным, этот промежуток называется «терапевтическим окном». Терапевтическое окно – определённый интервал времени, в течение которого возможно восстановление кровотока в мозгу с полным возвращением всех функций. Мозговая ткань, оказавшаяся без притока крови, погибает в течение 5–7 минут. Но вокруг

погибшей зоны есть другая, побольше, в ней кровоток снижен, но сохранен. И возможность этой зоны сохранить свою работоспособность зависит от того, насколько быстро кровоток восстановится.

Известно, что 80 процентов мозговой ткани погибает в течение шести часов. Потенциальное время, на которое ориентируются врачи, ранее составляло три часа, сегодня это окно расширено до 4,5 часов. И если в этот промежуток времени пациент получает тромболитис, то у него есть возможность практически полного восстановления.

На рисунке 2 наглядно представлено повреждение мозга с течением времени при инсульте.



Рисунок 2.

Учитывая наличие небольшого по времени «терапевтического окна» при инсульте, высокая зависимость эффективности начала оказания медицинской помощи от попадания в период, обозначенный шестью часами, становится понятно, насколько важно вовремя диагностировать острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и начать лечение.

На практике родственники и даже вовремя вызванные врачи – бригады неотложной помощи – не всегда верно расценивают симптомы болезни, когда они не являются классическими (например, в случае

проявления только отдельных элементов полной картины болезни) или проявляются резким усилением имеющихся ранее симптомов. Хочу привести два интересных случая из моей практики:

1. Больной Ч., 82 года (в анамнезе ГБ III степени, риск 4. НК I ст., ИБС, стенокардия напряжения, ФК I, нарушения сердечного ритма по типу желудочковой экстрасистолии, дисциркуляторная энцефалопатия 2-ой степени) утром встал с постели и приступил к традиционным гигиеническим процедурам. Затем сел завтракать, все было, как всегда, с единственной странностью: мужчина не разговаривал, за все

утро не сказал ни слова. Супруга не нашла в этом поведении признаков болезни. Её не было дома весь день, а вернувшись домой вечером, она обнаружила то же, что и утром, - отсутствие речи у мужа.

Заподозрив серьезное нарушение здоровья, она вызвала бригаду неотложной помощи. Прибывший врач диагностировал у больного ОНМК и предложил срочную госпитализацию в больницу, но больной категорически отказался, вероятно, недооценивая ее необходимость. Проявления болезни не совпадали с представлением пациента о классических симптомах инсульта: нарушение движения, боли, дискомфорт, изменения внешнего вида. Возможно, наблюдалось явление снижения критики, что также повлияло на отрицательное решение лечиться в больницу. На следующий день жена больного вызвала невролога на дом. При осмотре специалиста были сделаны следующие наблюдения:

- общее состояние удовлетворительное
- артериальное давление 130/76 мм рт. столба
- в неврологическом статусе отмечалась:
 - a. моторная афазия с элементами сенсорной (не все задания выполнял корректно)
 - b. легко выраженный правосторонний гемипарез (выявленный при проведении тонких пирамидных проб Барре)

По итогам осмотра удалось убедить пациента в необходимости госпитализации и срочности начала лечения. В больнице при проведении МРТ головного мозга пациента обнаружено ОНМК левой лобно-теменной области (участок пониженной плотности с нечеткими контурами 36,3*26*31,8 мм, средний показатель плотности до 20 единиц Н), признаки хронической ишемии головного мозга. Диагностирован инфаркт головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии неустановленного подтипа с легким правосторонним гемипарезом, сенсорно-моторной афазией.

2) Больной М., 74 года, в анамнезе ДЭ II-III степени, ОНМК 4 года назад в ВББ по ишемическому типу с сохраняющейся вестибулопатией, когнитивными нарушениями, ГБ II степени, сахарный диабет II типа, инсулинозависимый, субкомпенсация. За месяц до описываемого события больной находился в неврологическом отделении госпиталя, куда был направлен в плановом порядке на курс реабилитации. При осмотре жалобы – выраженное головокружение, возникшее утром после сна описываемого дня, из-за которого больной не смог сесть и встать с постели на фоне повышения давления до 190*100 мм ртутного столба (при рабочем 140*80). После приема Коринфара 10 мг сублингвально АД снизилось до 160*90

мм, но вышеописанные жалобы сохранялись. Супруга вызвала бригаду неотложной помощи. Приехавший врач расценил состояние больного как декомпенсацию ДЭ на фоне гипертонического криза, не требующее госпитализации. Жалобы больного не прекращались, а, наоборот, усугублялись, в связи с чем через несколько часов супруга вызвала невролога на дом. При осмотре больного обращала на себя внимание анамнестическая составляющая, указывающая на остроту и выраженность усугубления имеющихся ранее симптомов, а также их стойкость. Общее состояние больного было оценено как удовлетворительное. Артериальное давление 160*90 мм ртутного столба. Сесть и встать больной самостоятельно не может, в позе Ромберга стоять не может, координаторные пробы – с мимопопаданием с обеих сторон, установочный горизонтальный нистагм в обе стороны, сухожильно-периостальные рефлекс симметричные. Диагностировано повторное ОНМК в ВББ. Была повторно вызвана бригада скорой помощи, и больной был госпитализирован. При обследовании на МРТ головного мозга выявлен обширный очаг ишемического инсульта и постишемическая киста. Таким образом, диагноз был подтвержден объективными методами исследования.

Сложность диагностики в первом случае состояла в том, что моносимптом в клинике ОНМК оказался нетипичным и не нарушающим общее самочувствие и внешний вид больного, поэтому нарушение не вызвало тревоги со стороны пациента и его родственников. Во втором примере была недооценена острота и выраженность симптомов. Поскольку сама клиническая картина соответствовала картине прошлого инсульта, сложилось впечатление, что у больного не повторное нарушение, а декомпенсация проявлений прежнего. Данный пример доказал, что даже при имеющихся в течение длительного периода жалобах и симптомах, в случае их значительного острого усиления и стойкости, необходимо предполагать худший вариант развития событий, т.е. повторное ОНМК. Оно возможно в данном случае, и диагностика его может быть осуществлена только при проведении дополнительных методов обследования. Это и есть тот случай в медицине, когда лучше перестраховаться, чем недооценить.

Учитывая маленькую длительность «терапевтического окна», во время которого есть возможность предотвратить смерть или инвалидизацию больного вследствие необратимых изменений в головном мозге, необходимо уделять больше внимания медицинскому просвещению людей. Важно, чтобы люди знали все возможные признаки инсульта и могли оперативно реагировать.

Список литературы:

1. Статистика здравоохранения и информационные системы. Причины смертности. Global summary estimates – данные ВОЗ/ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html (дата обращения 17.08.2017)
2. Статистика здравоохранения и информационные системы. Причины смертности. WHO regions – данные ВОЗ/ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html (дата обращения 17.08.2017).