

Кен Ючино, Дженифер Пари, Джеймс Гротта

ОСТРЫЙ ИНСУЛЬТ

Перевод с английского К.В. Шеховцовой

2-е издание



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2012

Ведение больного с инсультом в приёмном отделении

Среди всех неврологических заболеваний, требующих немедленного оказания медицинской помощи, инсульт — наиболее распространённое. Так как применение существующих эффективных методов лечения необходимо начинать буквально в первые минуты, все случаи возникновения острых неврологических нарушений необходимо расценивать как инсульт, пока обратное не будет доказано при оценке данных анамнеза, клинического обследования или методами нейровизуализации. К сожалению, пока не существует быстрых и простых в исполнении клинических исследований, позволяющих определять у больного, находящегося перед вами, наличие инсульта, поэтому опрос и осмотр считают наиболее важными методами обследования.

ИНСУЛЬТ ЛИ ЭТО?

Определение

Термином «инсульт» обычно обозначают инфаркт головного мозга (ишемический инсульт) или нетравматическое кровоизлияние в головной мозг (геморрагический инсульт). Соотношение между инфарктами и кровоизлияниями составляет около 4:1, с некоторыми отличиями в зависимости от рассматриваемой группы населения (национальность, возраст, сопутствующие заболевания).

К развитию инфаркта может привести целый ряд патологических процессов, каждый из которых заканчивается развитием окклюзии внутримозговой артерии или вены (см. главу 3). Если окклюзия артерии приводит к снижению кровотока, недостаточному для того, чтобы вызвать гибель клеток (инфаркт), этот процесс называют ишемией.

Нетравматическое кровоизлияние в головной мозг может возникать в результате различных патологических процессов, которые в конечном итоге приводят к истечению крови в паренхиму головного мозга или желудочки (подробное описание в главе 8). Чаще всего кровоизлияние в субарахноидальное пространство происходит из-за разрыва аневризмы или сосудистой мальформации (см. главу 9). Другие виды кровоизлияний, например кровоизлияния в субдуральное или эпидуральное пространство, обычно имеют травматическое происхождение, поэтому их в данной книге не рассматривают.

Клинические проявления

Наиболее яркая особенность развития инфаркта головного мозга или кровоизлияния — внезапное начало, поэтому при сборе анамнеза необходимо точно выяснить первые клинические проявления заболевания. Также абсолютно необходимо как можно более точно определить время появления первых симптомов. В большинстве случаев в течение нескольких часов после развития инсульта неврологическая симптоматика сохраняется или происходит незначительное её улучшение, однако при прогрессирующем течении заболевания состояние может ухудшаться. Ишемические инсульты, в отличие от кровоизлияний в головной мозг, могут быстро разрешаться, однако даже при полном исчезновении симптомов они могут возникать повторно по прошествии нескольких минут или часов.

Второй типичный признак инфаркта головного мозга — выявляемая очаговая неврологическая симптоматика заболевания соответствует поражению одного определённого артериального бассейна. Таким образом, у больных с инфарктом головного мозга могут возникать симптомы и признаки поражения средней, передней или задней мозговой артерии, проникающей артерии, что приводит к лакунарному синдрому, а также позвоночной или основной артерий (см. ниже).

Паренхиматозные кровоизлияния в головной мозг также имеют типичные области поражения, а развивающаяся

очаговая симптоматика подобна таковой при инфаркте, за исключением того, что нарушения сознания в ранние сроки от развития симптомов, тошнота и рвота, головная боль, резкое повышение артериального давления чаще возникают при кровоизлияниях в головной мозг.

Классический признак субарахноидального кровоизлияния — резкая головная боль («самая сильная головная боль в моей жизни») с развитием ригидности мышц шеи, снижением уровня сознания, тошнотой и рвотой. Очаговая неврологическая симптоматика часто отсутствует, её наличие может указывать на сопутствующее parenхиматозное кровоизлияние.

Признаки и симптомы, характерные для поражения различных артериальных бассейнов

- **Средняя мозговая артерия (СМА):** снижение силы в контралатеральных конечностях и снижение чувствительности на лице, в руке и, в меньшей степени, — ноге; афазия возникает при поражении доминантного полушария, игнорирование противоположной половины пространства — при поражении недоминантного.
- **Передняя мозговая артерия (ПМА):** снижение силы и чувствительности в ноге и, в меньшей степени, в руке на контралатеральной стороне.
- **Задняя мозговая артерия (ЗМА):** контралатеральное нарушение полей зрения; возможно нарушение ориентации в пространстве или афазия при поражении доминантного полушария.
- **Проникающая артерия (лакунарный синдром):** контралатеральная слабость или потеря чувствительности (обычно что-то одно) в руке, ноге или лице. Отсутствуют афазия, игнорирование противоположной половины пространства или нарушение полей зрения; возможно развитие атаксии или дизартрии.
- **Позвоночная артерия (задняя нижняя мозжечковая):** атаксия туловища, дизартрия, дисфагия, ипсилатеральная потеря чувствительности на лице и контралатеральное нарушение чувствительности ниже уровня шеи.