

АКТУАЛЬНОСТЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ИНСУЛЬТА В СОВРЕМЕННОМ ВРЕМЕНИ

Даужанов Амир Сабырбай улы

Врач общей практики Многопрофильной поликлиники
при РМО Бозатауского района dauzanovamir5@gmail.com

Аннотация

Инсульт — острое нарушение мозгового кровообращения, характеризующееся внезапным (в течение нескольких минут, часов) появлением очаговой и/или общемозговой неврологической симптоматики, которая сохраняется более 24 часов. К инсультам относят инфаркт мозга, кровоизлияние в мозг и субарахноидальное кровоизлияние имеющие этиопатогенетические и клинические различия. С учётом времени регрессии неврологического дефицита, особо выделяют преходящие нарушения мозгового кровообращения (неврологический дефицит регрессирует в течение 24 часов, в отличие от собственно инсульта) и малый инсульт (неврологический дефицит регрессирует в течение трёх недель после

Ключевые слова : Ишемический инсульт, Геморрагический инсульт, Кардиоэмболия, Лакунарные инфаркты, Атеросклероз крупных сосудов, *Внутричерепное кровоизлияние, Субарахноидальные кровоизлияния, эндокардит Либмана–Сакса, болезнь Верльгофа, «терапевтического окна».*

Актуальность

По данным ВОЗ, в результате инсульта умирают 6,7 миллиона человек в год во всем мире. На сосудистые заболевания приходится более половины смертей, причем, если недавно инсульт встречался, в основном, у пациентов старше 55-60 лет, то в настоящее время около трети случаев приходится на людей в трудоспособном возрасте. С каждым последующим десятилетием вероятность развития инсульта у них возрастает почти в 2 раза. Инсульт является одной из основных причин инвалидизации взрослого населения, поскольку даже в случае своевременного оказания квалифицированной медицинской помощи у перенесшего инсульт пациента наблюдается неполное восстановление утраченных в острый период болезни функций. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения, у более чем 62%



перенесших инсульт пациентов сохраняются различной степени выраженности нарушения движений, расстройства координации, чувствительности, речи, интеллекта, памяти. Кроме того, после перенесенного ишемического инсульта сохраняется достаточно высокая вероятность его повторения, особенно в течение первого года (около 10%). С каждым последующим годом жизни риск повторного инсульта возрастает на 5-8%.

Этиология: Наиболее распространенные причины ишемического инсульта можно классифицировать как

- Криптогенный инсульт (т.е. отсутствует явная кардиоэмболическая, лакунарная или атеросклеротическая причина; наиболее распространенная классификация)

- Кардиоэмболия

Кардиогенная эмболия может возникать при мерцательной аритмии или инфаркте миокарда из-за пристеночного тромбообразования, протезированных клапанов, при инфекционном эндокардите (источник септических и фибриновых эмболов), марантическом эндокардите, эндокардите Либмана–Сакса и миксоте предсердия.

- Лакунарные инфаркты

Наиболее частая причина лакунарных инсультов (75%) – гипертоническая микроангиопатия (артериосклероз), возникающая при длительной артериальной гипертензии. *Лакунарный инсульт* связан с патологией мелких мозговых артерий (диаметром 30-100 мкм).

- Атеросклероз крупных сосудов (4-я наиболее частая причина)

Чаще всего связан с атеросклеротическим поражением внечерепных и внутричерепных артерий.

Геморрагический инсульт

- *Внутримозговое кровоизлияние*

Основными причинами внутримозгового кровоизлияния являются артериальная гипертензия, внутричерепная аневризма (в т.ч. микроаневризмы, сформировавшиеся в результате черепно-мозговой травмы или септических состояний), артериовенозная мальформация, церебральная амилоидная ангиопатия, использование антикоагулянтов или тромболитиков, заболевания, сопровождающиеся геморрагическим синдромом (лейкозы, уремия, болезнь Верльгофа и др.).



- *Субарахноидальные кровоизлияния*

Излитие крови в подболочечное пространство головного мозга

Провоцирующим фактором может выступать резкое повышение АД (при физическом напряжении, натуживании, во время полового акта и т.д), тяжелая алкогольная интоксикация, у пожилых – выраженное ухудшение венозного оттока во время ночного сна.

Клиника: Проявления инсульта зависят от формы заболевания и длительности нарушения кровотока в головном мозге. У пациента возникают признаки нарушения деятельности головного мозга, заключающиеся в расстройстве сознания и нарушении подвижности. Поражение крупных артерий приводит к более тяжелым последствиям.

Симптомы и признаки:

- Проблемы с речью. Пациент не может проговаривать слова. Также нарушается понимание речи;
- Онемение лица и нарушение мимики. Чаще всего у пациента возникает одностороннее онемение лицевых мышц, проявляющееся искривленной улыбкой и смыканием века одного глаза;
- Нарушение подвижности верхних и нижних конечностей. При асимметричном параличе пациент не может поднять обе руки на одном уровне. Пораженная конечность вялая или неподвижная;
- Нарушение походки и ориентации в пространстве;
- Ощущение «тумана в голове» или потеря сознания с развитием комы;
- Внезапная сильная головная боль, сопровождающаяся головокружением и слабостью;
- Нарушение слуха и зрения.

Классификация. Различают 2 вида инсульта: ишемический и геморрагический. Механизм их развития и особенности лечения не имеют ничего общего друг с другом. Также существует особая разновидность геморрагического поражения сосудов – это субарахноидальное кровоизлияние.

Ишемический инсульт или инфаркт мозга. Чаще всего возникает у больных старше 60 лет, имеющих в анамнезе инфаркт миокарда, ревматические пороки сердца, нарушение сердечного ритма и проводимости, сахарный диабет. Большую роль в развитии ишемического инсульта играют нарушения реологических свойств крови, патология магистральных

артерий. Характерно развитие заболевания в ночное время без потери сознания.

Геморрагический инсульт. В научной литературе термины «геморрагический инсульт» и «нетравматическое внутримозговое кровоизлияние» либо употребляются как синонимы, либо к геморрагическим инсультам, наряду с внутримозговым, также относят нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние. Под субарахноидальным кровоизлиянием понимают состояние, которое развивается в результате прорыва сосудов в подпаутинное пространство головного мозга. Эта патология является разновидностью геморрагического инсульта.

Диагностика: Диагноз основывается на тщательном изучении анамнеза, выявлении факторов риска и анализе клинических данных, а именно неврологической симптоматики. Клиническая картина инсультов разнообразна и во многом определяется тем, в каком сосудистом бассейне произошла мозговая катастрофа и ее характером (ишемия или геморрагия). Повышенному риску развития ишемического инсульта способствуют ниже перечисленные, поддающиеся устранению факторы риска:

- Артериальная гипертензия
- Курение
- Дислипидемия
- Сахарный диабет
- Инсулинорезистентность (1)
- Абдоминальное ожирение
- Злоупотребление алкоголем
- Отсутствие физической активности
- Диета с высоким риском (например, высоким содержанием насыщенных жиров, транс-жиров и калорий)
- Психосоциальный стресс (например, депрессия)
- Нарушения сердечной деятельности (в частности, нарушения, которые предрасполагают к развитию эмболий, такие как, острый инфаркт миокарда, инфекционный эндокардит и фибрилляция предсердий)
- Употребление некоторых наркотиков (например, кокаина, амфетамина)
- Гиперкоагуляции



- Васкулит
- Использование экзогенного эстрогена

К неустранимым факторам риска относятся следующие:

- Инсульт в анамнезе
- Пол
- Расовая/этническая принадлежность
- Пожилой возраст
- Семейный анамнез инсульта

Наиболее распространенные причины ишемического инсульта можно классифицировать как

- Криптогенный инсульт (т.е. отсутствует явная кардиоэмболическая, лакунарная или атеросклеротическая причина; наиболее распространенная классификация)
- Кардиоэмболия
- Лакунарные инфаркты
- Атеросклероз крупных сосудов (4-я наиболее частая причина)

Инсульт следует подозревать при наличии любого из перечисленных ниже признаков:

- Внезапное развитие неврологического дефицита, соответствующего поражению определенной зоны артериального кровоснабжения мозга
- Внезапное возникновение сильной головной боли
- Внезапное развитие необъяснимой комы
- Внезапное нарушение сознания

Содержание уровня глюкозы в крови измеряют у постели больного для исключения гипогликемии.

Если инсульт все же подозревают необходимо неотложное проведение нейровизуализации для дифференцирования геморрагического и ишемического инсульта и выявления признаков внутричерепной гипертензии. КТ обладает высокой чувствительностью для обнаружения внутричерепного кровоизлияния, однако в первые часы после ишемического инсульта в переднем сосудистом бассейне патологические изменения на КТ могут отсутствовать или быть минимальными. Также при КТ редко выявляют инфаркты малых размеров в зоне вертебробазилярного бассейна. МРТ обладает высокой чувствительностью к обнаружению внутричерепного кровоизлияния и может выявлять признаки ишемического инсульта, которые были



пропущены при проведении КТ, но КТ обычно может быть сделана более быстро. Если при клиническом подозрении на инсульт КТ не дает подтверждения, то диффузионно-взвешенная МРТ может обнаружить ишемический инсульт.

Лечение: Современные подходы к лечению инсульта основаны на максимально быстрой госпитализации больного, врачи-неврологи не устают повторять: время = жизнь. Существует понятие так называемого «терапевтического окна» – 4,5 часов от начала ишемического инсульта, на протяжении которых терапевтическое вмешательство помогает регенерации поврежденных клеток и созданию нейронами новых синаптических связей взамен утраченных. Высокоэффективна процедура тромболизиса или системной тромболитической терапии (СТЛТ) – введение препаратов, разрушающих тромб и способствующих восстановлению нормального тока крови.

Комплексное лечение инсульта должно включать 5 направлений

1. Неспецифическое лечение (коррекция респираторных и сердечно-сосудистых нарушений, артериального давления, уровня глюкозы крови, водно-электролитного баланса)
2. Специфическое (реканализация, нейропротекция)
3. Профилактика и лечение осложнений (неврологических, терапевтических)
4. Ранняя вторичная профилактика инсульта
5. Ранняя реабилитация

Методы реканализации:

Системный тромболизис — внутривенное введение препарата rt-PA. Проводится в 0-4,5-часовом «терапевтическом окне» — при отсутствии противопоказаний.

Интраартериальный тромболизис — препарат вводится непосредственно перед тромбом. Проводится пациентам, находящимся в 6-часовом «терапевтическом окне» — при отсутствии противопоказаний.

Механическая тромбо-, эмболекстракция — выполняется в 8-часовом терапевтическом окне. Механическая тромбэктомия может



использоваться у больных ишемическим инсультом в виде монотерапии или в комбинации с тромболитическими препаратами.

Механическая тромбэктомия может быть использована у пациентов с ишемическим инсультом, если им противопоказан системный тромболизис, или окклюзирована магистральная церебральная артерия, и системный тромболизис оказался неэффективным.

Список использованной литературы:

1. Инсульт : пошаговая инструкция. Руководство для врачей Пирадов М.А., Максимова М.Ю., Танащян М.М. 2019
2. “Инсульт”. Современные подходы диагностики, лечения и профилактики. Методические рекомендации. Автор: Агафонова, Алексеев, Баранова. 2019
3. “Инсульт” Автор: Фадеев П.А. 2008
4. Vereshchagin I.V., Piradov M.A. Suslina Z.A. Insult. Prinsipy diagnostiki lecheniya i profilaktika. - M., 2002 yil.
5. Gusev E.I., Skvortsova V.I., Staxovskaya L.V., Ayriyan N.Yu. // Gemorragicheskiy insult, Master-klass. M., 2004. S. 4-8.
6. SKVORTSOVA V.I. // Kachestvo jizni. M., 2004. № 4. - S. 10-12.
7. Skvortsova V.I., Evzelman M.A. Ishemicheskiy insult. Orel, 2006. 400 s.
8. Kaplan L.R. // Strok.-2003.-V. 34, №11.-P. 2763.
9. Donnan Q., Devis S. // Strok 2003. V. 34, № 1. - P. 2765.
- Инсульт. Нормативные документы / Под ред. П.А.Воробьева. –М.: Ньюдиамед, 2010. 480 с.
10. Adams Y.P., Bendixen B.N., Kappelle J. et al. Classification of subtype of acute ischemic stroke // Stroke. 1993. Vol. 24. P. 35–41.
11. Bassi P., Lattuada P., Gomitoni A. Cervical cerebral artery dissection: a multicenter prospective study // Neurol. Sci. 2003. Vol. 24. P. 4–7.
12. Очерки кардионеврологии / Под ред. З.А. Суслиной. – М.: Издательств «Атмосфера», 2005. 368 с.
13. Appelros P., Stegmayr B., Terent A. Sex differences in stroke epidemiology // Stroke. 2009. Vol. 40. P. 1082–1090.
14. Coskun U., Yildiz A., Esen O.B. et al. Relationship between carotid intima-media thickness and coronary angiographic findings: a prospective study // Carvas. Ultras. 2009. Vol. 31. P. 59.



E- Global Congress

Hosted online from Plano, Texas, USA.

Date: 20th January, 2023

Website: <https://eglobalcongress.com/index.php/egc>

15. Пизова Н.В. Подтипы ишемических нарушений мозгового кровообращения в молодом возрасте: диагностика и лечение // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012. С. 34–38.
16. Симоненко В.Б., Широков Е.А. Основы кардионеврологии. –М.: Медицина, 2001. 240 с.
17. Antovic A. The overall hemostasis potential: a laboratory tool for the investigation of global hemostasis // Semin. Thromb. Hemost. 2010. Vol. 36(7). P. 772–779.
18. Диагностика и лечение фибрилляций предсердий. Рекомендации РКО, ВНОА и АССХ, 2012.