

СПЕЦИФИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
ИШЕМИЧЕСКОГО И ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Бобокулов Г.Д., Ходжиева Д. Т.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ *Резюме*

Наибольший риск развития инсульта у больных со значительной гипертензией, при ишемическом инсульте - 72%, при геморрагическом - 100%. При ишемическом инсульте развитие болезни начинается постепенно с 72%, а при остром геморрагическом - со 100%, что соответствует типичному характеру развития. В данной научной статье анализируется специфический дифференциальный диагностический алгоритм развития заболевания.

Ключевые слова: Ишемический инсульт, геморрагический инсульт, морфология, алгоритм.

ИШЕМИК ВА ГЕМОРРАГИК ИНСУЛЬТНИ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИСЛАШНИНГ
ЎЗИГА ХОС АЛГОРИТМИ

Бобокулов Г.Д., Ходжиева Д. Т.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ *Резюме*

Инсулт ривожланишининг энг юқори хавфи муҳим гипертензия билан оғриган беморларда, ишемик insult билан - 72%, геморрагик insult билан - 100%. Ишемик insult билан касалликнинг ривожланиши аста-секин 72% ва ўткир геморрагик - 100% дан бошланади, бу ривожланишининг типик хусусиятига мос келади. Ушбу илмий мақолада касаллик ривожланишининг ўзига хос дифференциал таъхислаш алгоритми таҳлил қилинади.

Калит сўзлари: Ишемик инсулт, геморрагик инсулт, морфология, алгоритм

A UNIQUE ALGORITHM FOR DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ISCHEMIC AND
HEMORRHAGIC STROKE

Bobokulov G.D., Khodjiyeva D.T.

Bukhara State Medical Institute

✓ *Resume*

The highest risk of developing stroke in patients with essential hypertension, with ischemic stroke - 72%, with hemorrhagic stroke - 100%. With ischemic stroke, the development of the disease begins gradually from 72%, and with acute hemorrhagic - 100%, which corresponds to the typical feature of development. In this scientific article, the specific differential diagnosis of the development of the disease is an analysis of algorithm.

Keywords. Ischemic stroke, hemorrhagic stroke, morphology, algorithm.

Актуальность

Болезни системы кровообращения вносят основной вклад в смертность от неинфекционных заболеваний, что приводит к значительным социально-экономическим потерям во многих странах мира, включая Россию [2]. БСК становятся значимой причиной потерь лет здоровой жизни уже начиная с 30 лет, а к возрасту 70 лет их удельный вес составляет более 50% общих потерь [1]. Большой вклад в

структуру смертности от БСК вносят сосудистые заболевания головного мозга [5]. В ближайшие 25 лет в развитых странах значимость инсульта как медико-социальной проблемы будет возрастать в связи со «старением» населения и увеличением доли лиц с факторами риска.

К 2030 г. прогнозируется рост смертности от инсульта во всем мире до 7,8 млн. человек в год,

в случае если не будет предпринято активных глобальных мер по борьбе с этой эпидемией [7]. Согласно данным статистических сборников Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан, ежегодно регистрируется около 450 тысяч случаев острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), из которых 200 тысяч случаев заканчиваются летальным исходом. Рост числа инсультов среди трудоспособного населения нашей страны является одним из самых важных вопросов отечественного здравоохранения [5]. Первичный выход на инвалидность после перенесённого острого инсульта находится на уровне 3,2 на 10 тысяч населения, занимая 1-е место среди всех причин первичной инвалидности [2].

С учетом различий в социально-демографических и экономических характеристиках регионов Узбекистана в современных условиях необходимо учитывать региональную специфику и отражать ее в разработке программ снижения смертности населения, как в целом, так и в отношении важнейших причин [4].

Несмотря на то что решающее значение в снижении смертности и инвалидности вследствие инсульта принадлежит первичной профилактике, существенный эффект в этом отношении дает оптимизация системы помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Отечественные и зарубежные исследователи считают, что создание современной системы помощи больным с инсультом позволит снизить летальность в течение первого месяца заболевания до 20% и обеспечить независимость в повседневной жизни через 3 месяца после начала заболевания не менее 70% выживших пациентов [9].

В условиях развития сети сосудистых центров и отделений на территории Республики

Узбекистан возрастает актуальность вопросов организации медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения с учетом особенностей конкретной территории. Это весьма значимо для регионов с высоким удельным весом сельских жителей. Кроме того, чрезвычайно важным является создание эффективной системы управления качеством медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в открывшихся региональных сосудистых центрах и первичных сосудистых отделениях. Несмотря на изучение отдельных проблем цереброваскулярной патологии [10], комплексного медико-социального изучения проблем организации медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения не проводилось.

Цель исследования является разработка и совершенствование дифференциально-диагностический критерий и реабилитационно-восстановительных мероприятий больных с ишемическим и геморрагическим инсультом в сравнительном аспекте у лиц русской и узбекской национальности.

Материал и методы

Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результат и обсуждение

С учетом этиологических факторов среди обследованных больных с ИИ выделено 71,6% больных, перенесших инсульт на фоне АГ, у 32,1% больных – СД, у 16,0% – варикозная болезнь. Из данного контингента у 28,4% больных причиной инсульта была ИБС (рис. 1).

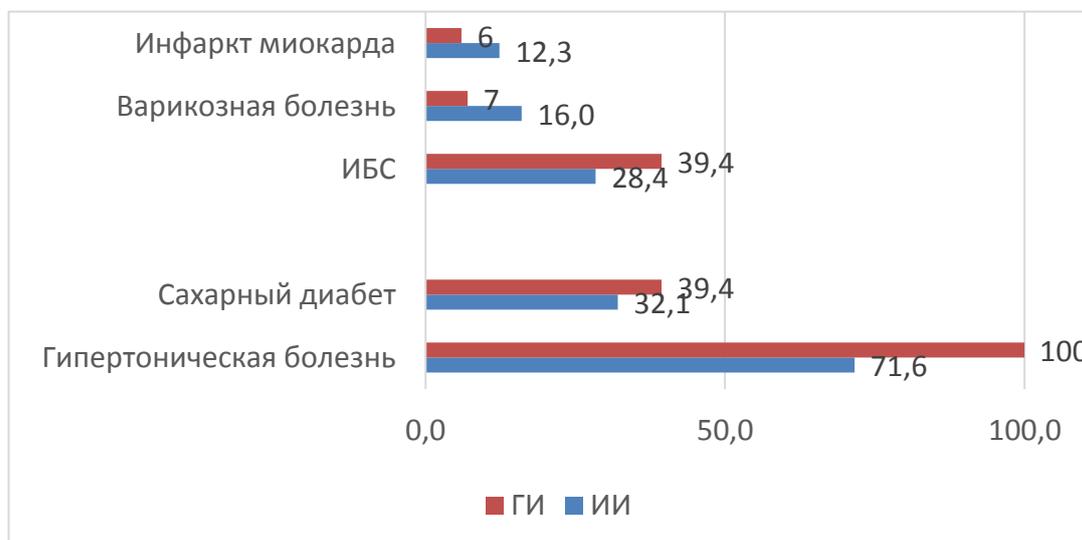


Рис. 1. Распределение пациентов по этиологическому фактору развития ГИ и ИИ

Основной причиной ГИ явилась АГ – у 100% обследованных. Сочетание АГ и ИБС наблюдалось у 39,4% больных. СД 2 типа отмечен у 39,4%.

По локализации внутримозговые гематомы распределились следующим образом: лобарные гематомы составили

31,8% (21 больной из 66); медиальные – 24,2% (16 больных из 66); латеральные и смешанные ВМГ – 28,8% (19 больных из 66); внутримозговые гематомы в мозжечке – 9,1% (6 пациентов из 66), внутримозговые гематомы в стволе головного мозга - 6,1% (4 пациента из 66) (рис. 2).

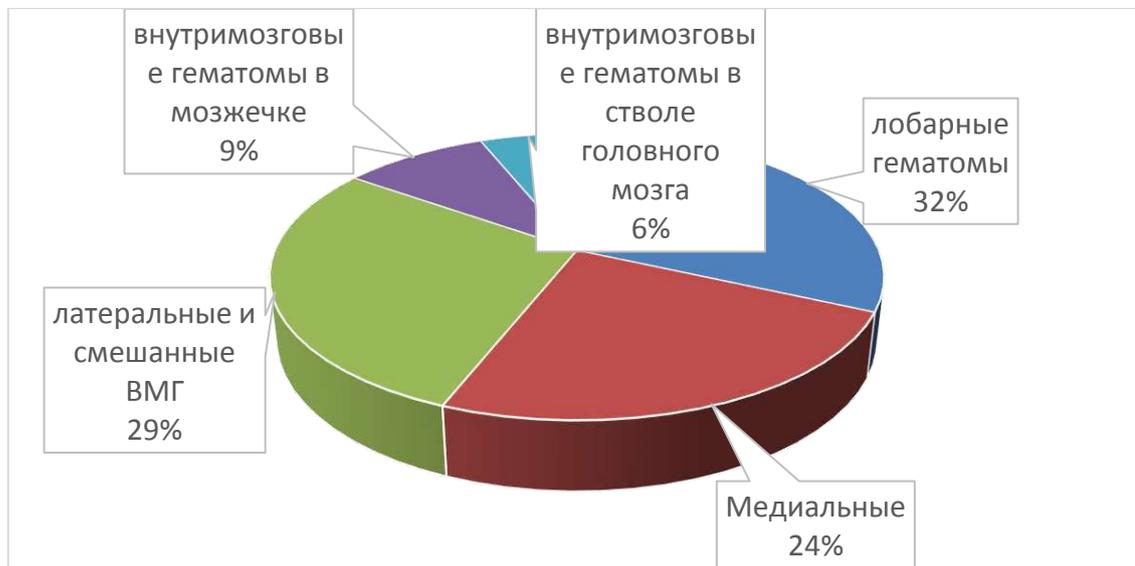


Рис. 2. Распределение пациентов с ГИ по локализации внутримозговых гематом

У 13,6% (9 больных из 66) исследуемых больных были выявлены большие кровоизлияния объемом более 50 мл, у 31,8% пациентов (21 больной из 66) - средние

гематомы (20-50 мл) и в 54,5% случаев (36 больных из 66) - гематомы малых размеров (до 20 мл) (рис. 3).

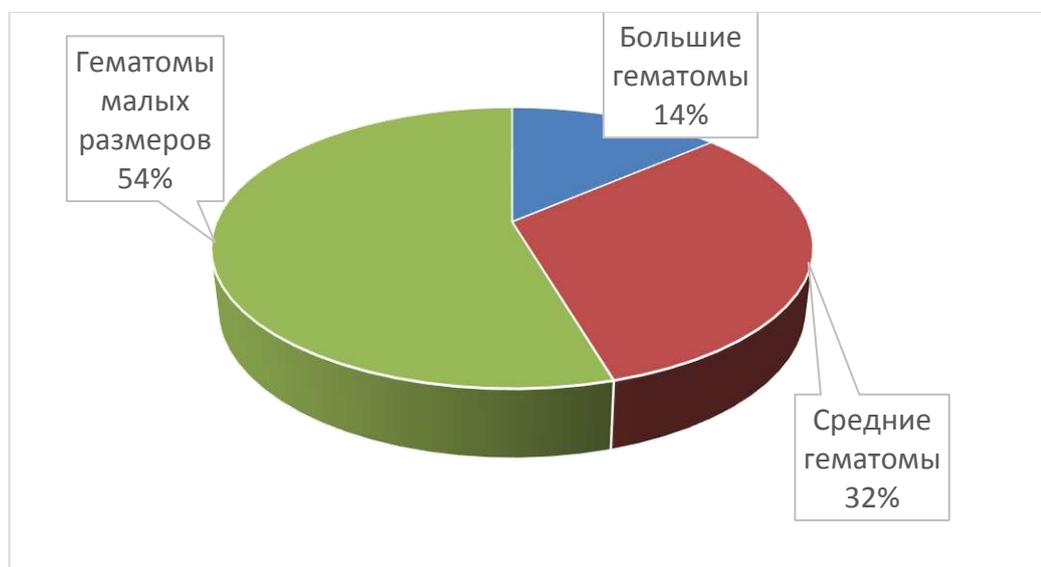


Рис. 3. Распределение пациентов с ГИ по объему внутримозговых гематом

Согласно распределению по подтипам ИИ, атеротромботический подтип с верифицированными признаками гемодинамически значимого стеноза БЦА имел место у 27,2% пациентов (22 пациента из 81), кардиоэмболический подтип - у 30,9% (25 больных из 81), причиной которого в

большинстве случаев явилась фибрилляция предсердий (ФП). Неуточненный подтип, сочетающий преимущественно симптомный стеноз и ФП, установлен у 23,5% (19 больных из 81), и у 23,5% пациентов (19 пациентов из 81) - ишемический инсульт иной этиологии, среди которых у 9,9% пациентов

диагностирован лакунарный подтип (8 больных из 81), у 1,2% - гемодинамический (1 больной из 81) и у 7,4% (6 больных из 81

пациента) причина инсульта не установлена (рис. 4).



Рис. 4. Распределение пациентов по подтипам ишемического инсульта

Наиболее уязвимым бассейном церебральной гемодинамики явилась система сонных артерий (рис. 5). У 37 больного (45,7%) ИИ развился в левом каротидном бассейне, у 36 больных (44,4%) - в правом каротидном, а у 8 больных (9,9%) - в вертебробазиллярном бассейне. Причем, тенденция к развитию ИИ в левом каротидном бассейне отмечалась как у мужчин, так и у женщин.

В определении размеров ишемического очага поражения в мозге, мы пользовались классификацией НИИ неврологии РАМН

(1986г.), следуя которой выделяли следующие градации инфарктов: обширные или массивные инфаркты (поражение интракраниального отдела ВСА) - 71-100 мм в максимальном диаметре; большие (поражение) основных стволов передней, средней или задней мозговых артерий) - 31-70 мм; средние (поражение корковых или глубоких ветвей одной из мозговых артерий каротидной системы); - 16-30 мм; малые (поражение бассейна внутримозговых артерий, отходящих от передней, средней или задней мозговых артерий) - 5-15 мм.

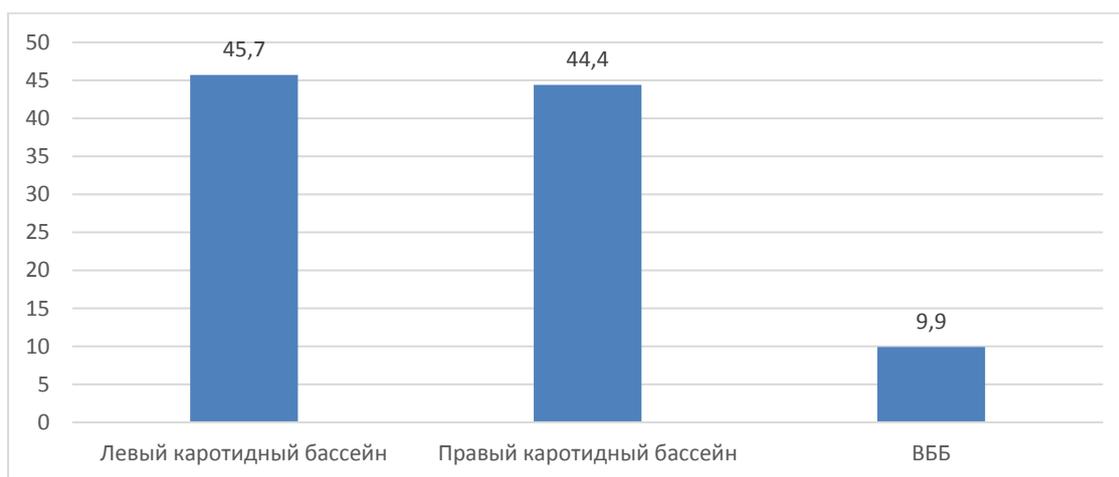


Рис. 5. Процентное соотношение больных в зависимости от участков ишемических изменений соответственно артериальным бассейнам

По размерам (рис. 6) преобладали ишемические очаги средних (28,4%; 23 из 81 больного) и больших размеров (27,2%, 22 из 81 больного). Малые инсульты регистрировались у 25,9% (21 из 81 больного)

больных. Обширные ишемические поражения встречались в 18,5% случаях (15 больных из 81). Средние размеры очага ишемического поражения составлял $385 \pm 1,5$ мм.

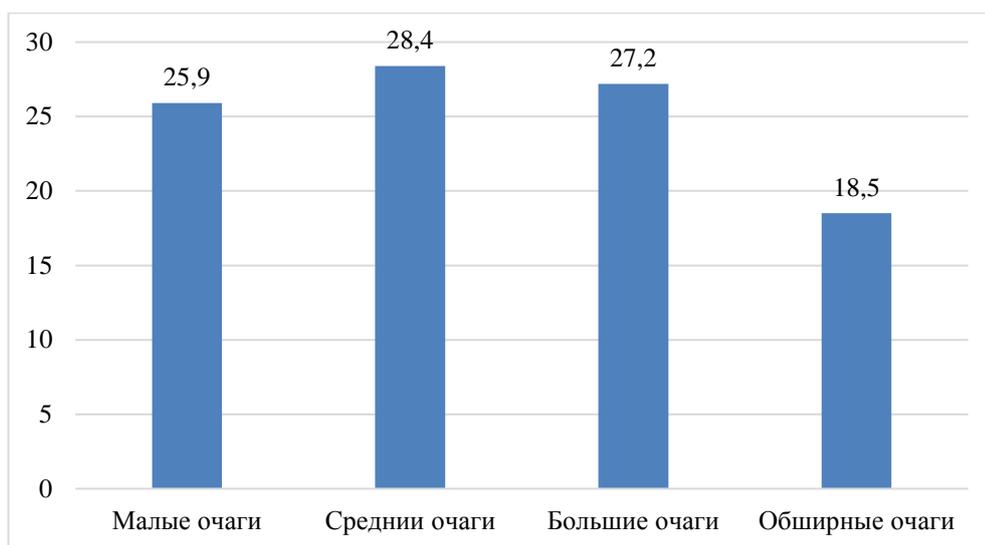


Рис. 6. Распределение больных в зависимости от размера ишемического очага

У всех больных с ГИ (100%) инсульт развивался остро в дневное время (рис. 7), тогда как при ИИ в 84% случаев (68 больных из 81) инсульт развивался постепенно в ночное время или утром (100%).

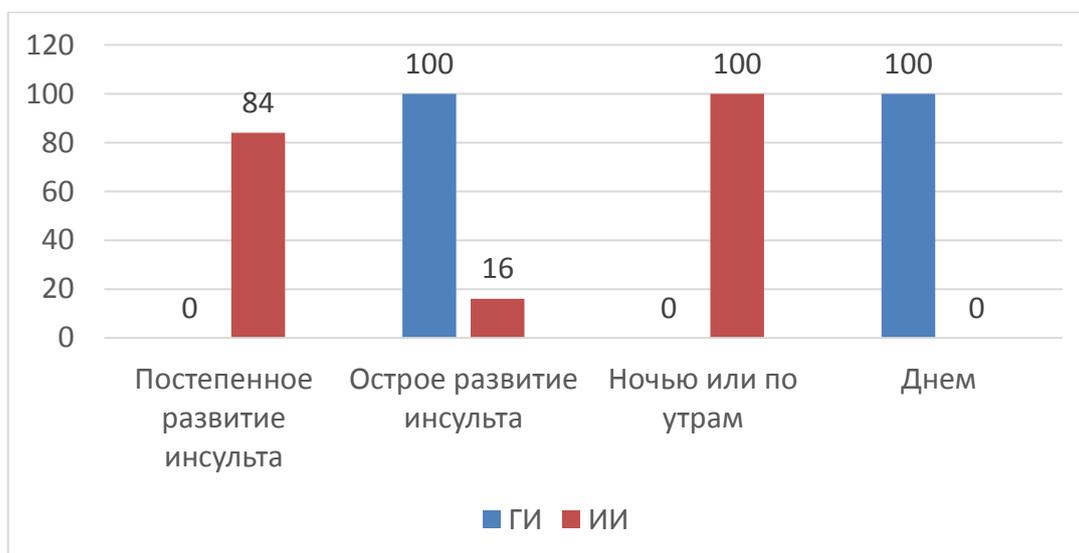


Рис. 7 Развитие инсульта у обследованных больных

По результатам проведенных исследований у 27 больных (56,3%) мужчин ГИ развился в системе правого каротидного бассейна, у 16 (33,3%) - очаг ГИ визуализировался в бассейне левой сонной артерии и у 5 (10,4%) – в бассейне основной артерии (табл. 1).

Таблица 3.1

Развитие ГИ в зависимости от артериального бассейна

Пол	Мужчины		Женщины		Всего	
	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент
В левом полушарии	16	33,3	10	55,6	26	39,4
В правом полушарии	27	56,3	6	33,3	33	50,0
ЗЧЯ	5	10,4	2	11,1	7	10,6
Всего	48	72,7	18	27,3	66	100,0

Объём кровоизлияния колебался от 4 см³ до 98 см³ в зависимости от локализации - наибольший объём отмечался при лобарных кровоизлияниях от 45 см³ до 72 см³, при латеральных от 12 см³ до 46 см³, при смешанных от 8 см³ до 28 см³, при медиальных от 4 см³ до 8 см³.

У преобладающей группы больных женщин (55,6%) ГИ развился в системе левого каротидного

бассейна, у 33,3% - правого каротидного бассейна и у 2 (11,1%) - в системе основной артерии.

У 20 больных (30,3%) кровоизлияния сопровождались прорывом в ликвор проводящую систему и преобладали у 26 мужчин (54,2%).

Очаговые неврологические симптомы выявлены при ишемическом инсульте: гемипарез-

56%, диплопия и парез в руке - 20%, афазия- 36%, патологический рефлекс- 68%. А при геморрагическом: гемипаралич - 20%, афазия - 39%, патологический рефлекс- 100% (рис. 8).

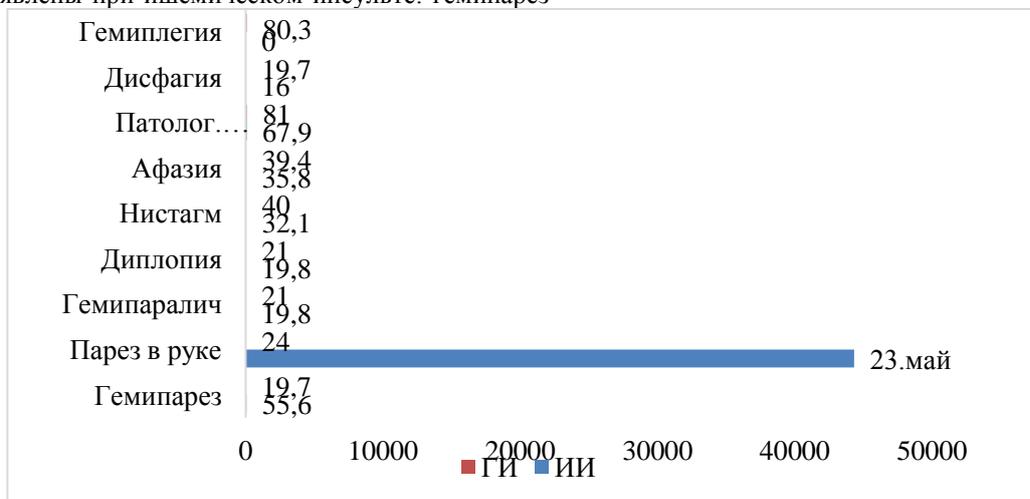


Рис. 8. Частота выявляемых очаговых неврологических симптомов среди обследованных больных с ГИ и ИИ

С учетом значения шкалы NIHSS, по данным неврологического дефицита, среди поступивших пациентов с ИИ у 29,6% был легкий инсульт, тогда как при ГИ – у 21,2%, у 30,9% пациентов с ИИ и у 19,7% с ГИ - инсульт средней тяжести и у 39,5%

при ИИ и у 59,1% при ГИ - тяжелый инсульт. Как установлено при ГИ в большей половине случаев отмечался тяжелый неврологический дефицит (рис. 9).

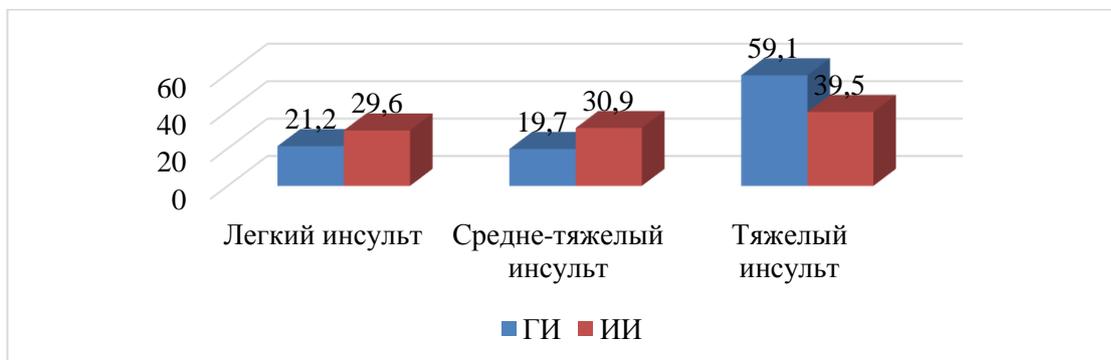


Рис. 9. Распределение пациентов с ГИ и ИИ по степени тяжести неврологического дефицита по шкале NIHSS

Тяжесть нарушения сознания при геморрагическом инсульте выше (60,6%; 40 из 66), а при ишемическом - составляет 44,4% (36 из 81). При поступлении 60,6% больных с ГИ были в коме, тогда как при ИИ этот процент был снижен в 4,9 раза и составил – 12,3% (10 из 81), что имело достоверный характер, кратковременная потеря сознания отмечалась у 32,1% (26 из 81) больных с ИИ, оглушение отмечалось у 39,4% (26 из 66) больных с ГИ. Без нарушения сознания были 55,6% больных (45 из 81) с ИИ (рис. 10).

Кожные покровы при ишемическом инсульте - бледные или обычного цвета, тогда как при

геморрагическом инсульте - гиперемированные. Плавающие движения глазных яблок при ГИ наблюдались у 21,2% пациентов (14 из 66), эпилептиформные у 6,1% (4 из 66), менингеальные знаки зафиксированы у 6,1% пациентов (4 из 66).

Таким образом, 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).



Рис. 10. Распределение больных в зависимости от уровня сознания при поступлении

Диагностировался церебральный инсульт при внезапном появлении очаговой и/или общемозговой и менингеальной неврологической симптоматики у больных с общим сосудистым заболеванием и при отсутствии других причин, а именно: черепно-мозговая или спинальная травма; интоксикация (алкоголем, наркотиками, медикаментами); гипогликемия; инфекция; почечная недостаточность; печеночная недостаточность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- Vishnyakova A.Yu., Malyarova E.Yu., Lelyuk S.E. et al. Cerebrovascular reactivity of the arteries of the vertebral-basilar basin with different types of load stimulation // *Ultrasonic and functional diagnostics*. - 2012. - No. 6. - S. 56-69.
- Khaidarov N.K., Gafurov B.G. Nazarova Zh.A. The effectiveness of intranasal use of neuroprotective cortexin in cognitive impairment in patients with stenosis of the main arteries of the head during surgical treatment // *Scientific and practical journal "Neurology"*. - 2017. - No. 2. - P. 2-5
- Khodzhiyeva D.T., Madzhidova O.N., Khidoyatova D.N., Zhabbarova S.B., Kim O.V. Narusheniye mozgovogo krovoobrashcheniya pri okklyuziruyushchikh porazheniyakh sonnykh arteriy // *Nevrologiya* – 2019. – №2(78). - S.82-85.
- Khodzhiyeva D.T., Khaydarov N.K. Khaydarova D.K. Korrektsiya astenonevroticheskogo sindroma energokorrektoromtsitoflavinom // *Nevrologiya*. – Tashkent, 2013. - №3. S.16-19.,
- Khodzhiyeva D.T., Khaydarova D.K., Khaydarov N.K., Samadov A.U. Differentsirovannaya terapiya v ostrom periode ishemicheskogo insul'ta // *Nevrologiya* – 2011. - № 4. - S. 34.
- Shishkova V.N. Printsipy vedeniya patsiyentov posle perenesennykh insul'tov ili tranzitornykh ishemicheskikh atak v ambulatornoy praktike // *Lechashchiy vrach*. - 2016. - №10. - C. 48-54.
- Cordonnier C., Sprigg N., Sandset E.C. et al. Women Initiative for Stroke in Europe (WISE) group, *Nature Reviews // Neurology*. 2017. Vol. 13 (9). P. 521-532.;
- Coutts S.B. Diagnosis and Management of Transient Ischemic Attack// *Continuum (Minneapolis)*. –2017. –Vol. 23 (1, Cerebrovascular Disease). – P.82-92.
- Donnan G.A. New Road Map for Neuroprotection. The 2007 Feinberg Lecture // *Stroke*. - 2008. - Vol.39. - P.242-248
- Douiri A, McKeivitt C, Emmett ES, Rudd AG, Wolfe CD. Long-term effects of secondary prevention on cognitive function in stroke patients. // *Circulation*, - 2013, - №128(12). – p.1341-1348.
- George M.G., Tong X., Bowman B.A. Prevalence of Cardiovascular Risk Factors and Strokes in Younger Adults // *JAMA Neurology*. 2017. Vol. 74 (6). P. 695-703
- Hsu P.S., Lin H.H., Li C.R., Chung W.S. Increased risk of stroke in patients with osteoarthritis: a population-based cohort study // *Osteoarthritis and Cartilage*. 2017. Vol. 25 (7). P. 1026-1031.
- Inoa V., Aron A.W., Staff I. et al. Lower NIH stroke scale scores are required to accurately predict a good prognosis in posterior circulation stroke // *Cerebrovascular Diseases*. – 2014. – Vol. 37. – P. 251-255.
- Jood K., Karlsson N., Medin J. et al. The psychosocial work environment is associated with risk of stroke at working age // *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2017. Vol. 43 (4). P. 367-374.
- Kilburg C., Scott J. M. Nally, A. de Havenon et al. Advanced imaging in acute ischemic stroke // *Neurosurg Focus (Published online)*. – 2017. – Vol. 42 (4)

Поступила 09.10.2021