**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ:**

ФИО: \*\*\*\*\*\*\*\*\*

Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_

Семейное положение: \_\_\_\_\_\_\_

Проживает \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Профессия: слесарь

Дата госпитализации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ**:

Слабость и отсутствие движений в левых конечностях.

**ANAMNES MORBI:**

Считает себя больным с лета 2009 года, когда во время отдыха в деревне днем вышел покурить, присел не корточки и потерял сознание, находился в состоянии алкогольного опьянения. Когда пришел в сознание заметил, что левая сторона тела не двигается, так пролежал три дня, а только потом обратился в больницу.

Целый год пролежал в кровати, только пол года назад начал самостоятельно передвигаться. Левая рука до сих пор обездвижена.

**ANAMNES VITAE:**

Родился третьим ребенком в семье. Физически и умственно развивался нормально, от сверстников не отставал.

Перенесенные заболевания – ОРЗ, ОРВИ.

Наследственность не отягощена.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки: курение.

**STATUS PRESENS:**

Общее состояние больной удовлетворительное. Правильного телосложения, повышенного питания. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Зев чистый. Молочные железы мягкие, из сосков выделений нет.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ:**

Дыхание через нос свободное. В легких дыхание везикулярное. Частота дыхательных движений 16 в 1 минуту. Перкуторно - ясный легочный звук. Границы легких: верхушки легких сзади находятся на уровне VII шейного позвонка, ширина полей Кренига составляет 5см; нижние границы легких:

место перкуссии правое легкое левое легкое

окологрудинная линия 5-ое межреберье -

среднеключичная линия VI ребро -

передняя подмышечная линия VII ребро VII ребро

средняя подмышечная линия VIII ребро VIII ребро

задняя подмышечная линия IX ребро IX ребро

лопаточная линия Х ребро Х ребро

околопозвоночная линия ХI гр. Позвонок XI гр. Позвонок

**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**:

Пульс 84 удара в одну минуту, напряженный, ритмичный. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/80 мм.рт.ст. Границы сердца: правая - по левому краю грудины, верхняя - на IV ребре, левая - расширена на 2см.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**:

Живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная. При перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности. Методом перкуссии свободная жидкость в брюшной полости не выявляется.

Поджелудочная железа: не пальпируется.

Печень:

Размеры по М. Г. Курлову:

Первый прямой размер – 9 см.

Второй прямой размер – 8 см.

Косой размер – 7 см.

Не пальпируется, безболезненная.

Желчный пузырь: не пальпируется, безболезненная.

Селезенка: не увеличена.

**МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА:**

Жалоб нет. При осмотре области почек патологических изменений не выявляется. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, не учащенное, безболезненное. Дизурических изменений нет.

**ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА:**

Область щитовидной железы без видимых изменений.

*Пальпация*: Щитовидная железа нормальных размеров, эластической консистенции, безболезненная.

**НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:**

Бодрствование полное. Ответы на вопросы, выполнение команд правильное. Ориентация полная. Речевых нарушений нет. Память не нарушена. Менингеальных синдромов нет. Птоза, плавающих движений нет. Нарушения сна нет. Эмоционально волевая сфера не изменена. Глотание не нарушено. Симптом Бабинского слева.

***Черепные нервы:***

**1 пара**: Обоняние не нарушено с обеих сторон.

**2 пара**: Острота зрения нормальная, поля зрения не сужены.

**3,4,6 пары**: глазные щели симметричны, равномерно сужены, объём движений глазных яблок полный, конвергенция ослаблена, диплопия и анизокория отсутствуют. Выявляются прямая и содружественная реакция на свет. Реакция зрачков на конвергенцию и аккомодацию сохранена.

**5 пара**: Точки выхода тройничного нерва безболезненны. Корнеальный и мандибулярный рефлексы живые. Жевательные мышцы симметричны, движения нижней челюсти совершаются в полном объеме.

**7 пара**: носогубные складки сглажены слева, лобные складки равномерные. При наморщивании лба, нахмуривании бровей, зажмуривании глаз асимметрия не наблюдается. Слезоотделение в норме. Слюноотделение в норме. Вкусовая чувствительность языка в норме.

**8 пара**: Слух не изменен. Нистагма не наблюдается.

**9, 10 пары**: Дисфагия, дизартрия, дисфония, назолалия не наблюдаются. Рефлексы с мягкого неба и задней стенки глотки в норме. Мягкое небо подвижно с двух сторон. Мягкое небо подвижно с двух сторон. Ощущение соленого, кислого, сладкого (задней 1/3 языка) в норме. Рефлекс мягкого неба, глоточный рефлекс сохранены.

**12 пара:** При высовывании язык дивеирует влево.

**11 пара**: Движение головы в обе стороны достаточна. Координация не нарушена. Нистагма нет. Адиадохокинеза нет. Паралитическая походка. Тремор в покое и конечностей отсутствует.

***Двигательные функции конечностей и туловища:***

Посредством осмотра, пальпации, измерения объема мышц определили Объем активных движений ограничен слева; пассивных движений сохранены в полном объеме. Проба Баре положительная слева. Мышечный тонус сгибателей и разгибателей, приводящих и отводящих мышц, пронаторов и супинаторов в норме справа, слева повышен. Симптом зубчатого колеса отрицательный. Паралитическая походка. Акинезии, скованности, брадикинезии нет.

Пальценосовая отрицательная, пяточно-коленная проба положительная. Адиадохокинеза нет.

Двигательные расстройства по гемитипу. Высокий тонус. Дистально ограничены движения левой ноги. Гиперрефлексия левой ноги и руки, Ахиллов рефлекс снижен. Мышечно-суставные нарушения в проксимальных и дистальных отделах левой кисти. Гемиплегия левой руки.

***Чувствительность:***

Нарушения глубокой и поверхностной чувствительности по гемитипу.

***Вегетативная нервная система:***

Симптом Горнера отрицательный, Кожа нормального цвета, потоотделение в норме. Дермографизм не наблюдается. Трофика кожи не нарушена. Волосяной покров развит умеренно. Симптом Ашнера отрицательный.

**ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:**

*Лабораторные исследования*:

1. Общий анализ крови и мочи.
2. Биохимический анализ крови.

*Инструментальные исследования:*

1. ЭКГ
2. ЭхоКГ
3. Коагулограмма
4. Дуплексное сканирование
5. УЗИ сонных артерий
6. МРТ головного мозга

Консультация офтальмолога.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:**

 **Общий анализ крови**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результат | Норма |
| Гемоглобин | 153 | 140-180 |
| Базофилы | 0 | 0,5-1,0 |
| Эозинофилы | 1 | 0,5-5 |
| Палочкоядерные | 1 | 1-6 |
| Сегментоядерные | 52 | 47-72 |
| Лимфоциты | 36 | 20-40 |
| Моноциты | 10 | 1-10 |
| Эритроциты | 3,39 | 3,90-6,50 |
| Плазматические клетки  | 0 |  |
| СОЭ | 4 | 1-10 |
| ЦП | 0,9 | 0,85-1,1 |

**Заключение:** Содержание эритроцитов понижено: недостаток железа.

**Общий анализ мочи.**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Результат |
| Количество | 60 мл |
| Цвет | Желтая |
| Прозрачность | Полная |
| Относительная плотность | 1013 |
| Реакция | Кислая |
| Белок | Не обнаружено |
| Сахар | Не обнаружено |
| Ацетон | Не обнаружено |
| Лейкоциты | 0-1-2 в поле зрения |
| Слизь | Не обнаружено |
| Уробилиноиды | Не обнаружено |
| Желчные кислоты | Не обнаружено |
| Бактерии | Немного |

**Биохимический анализ крови.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель  | Результат | Норма | Единица измерения |
| Общий белок | 79,9 | 57-82 | г/л |
| Альбумин | 49,1 | 32-48 | г/л |
| Креатинин | 0,95 | 0,5-1,2 | мг/дл |
| Азот мочевины | 5,8 | 3,2-8,2 | Ммоль/л |
| Билирубин общий | 21,7 | 5,0-21,0 | Мкмоль/л |
|  |  |  |  |
| Кальций | 2,33 | 2,08-2,65 | Ммоль/л |
| Калий | 3.9 | 3,5-5,5 | Мэкв/л |
| Натрий | 144 | 132-149 | Мэкв/л |
|  АЛТ | 37 | 0-40 | Eu/I |
| АСТ | 23 | 0-40 | Eu/I |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Креатинфосфокиназа | 120,5 | 38-174 | Eu/I |
|  |  |  |  |
| Глюкоза | 4,4 | 4,1-5,9 | Ммоль/л |

**Заключение**: Общий билирубин немного повышен.

 Альбумин повышен: потеря жидкости организмом.

**Коагулограмма:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результат | Норма |
| АЧТВ (нормализованное отношение) | 0,99 | 0.75-1,25 |
| Протромбиновый индекс | 96 | 85-110% |
| Фибриноген | 3,06 | 1,8-4,0 г/л |

**Заключение:** В пределах нормы.

**КТ головного мозга:**

**Заключение:** Постинсультные изменения в височно-лобных отделах справа. Неравномерное расширение ликворных пространств вследствие атрофических изменений.

**Дуплексное исследование**:

**Полное заключение**: Проходимость экстракраниальных отделов сонных и позвоночных артерий не нарушена. ЛСК в пределах нормы, без асимметрии сторон. Кровоток по надблоковым артериям антеградный.

**Нейроофтальмологическое обследование:**

Глазное дно: диск зрительного нерва – розовый, границы четкие, очаговых изменений сетчатки не отмечается.

Ангиопатия сетчатки гипертонического характера, умеренная.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:**

Геморрагический инсульт в бассейне ПСМ, медиальное кровоизлияние в правое полушарие. Левосторонний гемипарез.

*Фон:* Атеросклероз сосудов головного мозга, алкогольная интоксикация.

**ТОПИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ:**

Геморрагический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии.

*Диагноз поставлен на основании:*

**1.Жалоб:** потеря сознания, слабость и снижение чувствительности в левой руке и ноге.

**2.Анамнеза заболевания**: атеросклероз сосудов головного мозга.

**3.Осмотра:** левосторонний гемипарез, повышение мышечного тонуса по гемитипу слева, гиперрефлексия слева, положительный симптом Бабинского слева, гипестезия слева по гемитипу. Все это говорит об инсульте в бассейне правой средней мозговой артерии.

**4.Лабораторной диагностики:** изменение глазного дна в виде ангиопатии. На основании КТ головного мозга.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Признаки** | **Геморрагический инсульт** | **Ишемический инсульт** | **Опухоль ГМ** |
| **Начало заболевания** | Внезапное | Постепенное | Постепенное |
| **Возраст** | 45-60 лет | Не зависит | Не зависит |
| **Состояние сознания** | Чаще кома, сохраняющаяся в течение нескольких суток | Кратковременная потеря сознания | Оглушение различной степени |
| **Головная боль** | Характерна | Не наблюдается | Постоянная |
| **Рвота** | Часто | В 30-40% | Часто |
| **Лицо** | Гиперемия | Бледность | Бледность |
| **Зрачки** | Расширены | Чаще сужены | Умеренно расширены |
| **Эпилептические припадки** | Наблюдаются при субарахноидально м кровоизлиянии | Не характерны | Возможны |
| **Менингиальные симптомы** | Наиболее резко выражены при субарахноидально м кровоизлиянии | Обычно отсутствуют | Характерны |
| **Патологические рефлексы** | Двусторонние | На стороне, противоположи ой очагу поражения | Двусторонние |
| **Развитие очаговых симптомов** | Быстрое развитие гемиплегии, понижение рефлексов, мыш.тонуса | Быстрое развитие гемиплегии | Различны проявления |
| **Дыхание** | Клокочущее | Ослабленное, замедленное | Может быть периодическое апноэ |
| **Артериальное давление** | Повышенное | Нормальное, иногда повышенное | Колебания АД |

**ЛЕЧЕНИЕ:**

1. Восстановления нарушений чувствительности: массаж, грязевые и радоновые ванны, иглорефлексотерапия.
2. Восстановление двигательной активности: утренняя гимнастика, лечебная физкультура, прогулки, самостоятельные физические занятия.
3. Для снижения артериального давления: Эналаприл по 1 таблетки 2 раза в день.

**ЛИТЕРАТУРНАЯ СПРАВКА:**

**Геморрагический инсульт.**

Этиология геморрагического инсульта

Основными этиологическими факторами геморрагического инсульта являются гипертоническая болезнь, артериальная гипертензия, врожденные и приобретенные артериальные и артерио-венозные аневризмы. Субдуральные и эпидуральные гематомы обычно имеют травматический генез. Реже причиной геморрагического инсульта могут быть геморрагические диатезы, применение антикоагулянтов, амилоидные ангиопатии, микозы, опухоль, энцефалиты.

Преимущественная локализация гематом — большие полушария головного мозга (около 90% паренхиматозных кровоизлияний), в 10% случаев выявляется поражение ствола головного мозга или мозжечка. В большинстве случаев отмечается разрыв сосуда, значительно реже — диапедезные кровоизлияния.

Клиника паренхиматозных кровоизлияний имеет общемозговую и очаговую симптоматику. Клиника субарахноидальных кровоизлияний включает две основные группы симптомов: общемозговые и оболочечные. При наличии этих и очаговых симптомов речь идет о субарахноидально-паренхиматозном кровоизлиянии. Особенности клинической картины паренхиматозных кровоизлияний зависят от локализации гематомы.

Клиника геморрагического инсульта

Паренхиматозные кровоизлияния. Кровоизлияние в скорлупу протекает с грубым нарушением сознания и неврологическим дефектом в виде контралатеральной гемиплегии, гемианестезии, афазии (при поражении доминантного полушария) или пространственной гемиагнозии и анозогнозии (при поражении недоминантного полушария). Клиническая картина сходна с таковой при окклюзии средней мозговой артерии.

При кровоизлияниях в таламус так же, как и при кровоизлияниях в скорлупу, возможны вклинение и кома. Важными признаками таламического поражения являются большая выраженность чувствительных нарушений, чем двигательных, и необычные глазодвигательные расстройства, чаще в виде ограничения взора, косоглазия.

Шкала HUNT (Henry J. M. Barnett, Stroke, 1986)

0 Неразорвавшаяся аневризма

I Бессимптомное течение или минимальная головная боль и легкая ригидность затылочных мышц

IA Отсутствие менингеальной или общемозговой симптоматики, но наличие стойкого неврологического дефицита

II Умеренная или сильная головная боль, ригидность затылочных мышц; отсутствие неврологического дефицита, кроме пареза черепно-мозговых нервов

III Сонливость, спутанность сознания (дезориентация во времени и пространстве) или легкий локальный дефицит

IV Ступор, умеренный или глубокий гемипарез, возможная ранняя децеребрационная ригидность и вегетативные нарушения

V Глубокая кома, децеребрационная ригидность и признаки агонии

Кровоизлияние в мост характеризуется обычно ранним развитием комы, точечными, не реагирующими на свет зрачками и двусторонней децеребрационной ригидностью.

Для кровоизлияния в мозжечок характерны внезапное головокружение, рвота в сочетании с выраженной атаксией, абазией, астезией и парезом взора. Сознание не нарушено, но сдавление ствола может привести к смерти.

Субарахноидальное кровоизлияние. Разрыв аневризмы. Субарахноидальное кровоизлияние (САК) чаще всего обусловлено разрывом мешотчатой аневризмы — дефекта внутренней эластической мембраны артериальной стенки, обычно возникающего в месте бифуркации или ветвления артерии. В большинстве случаев разрыв происходит в возрасте 35-65 лет. Возможны сопутствующие аномалии, такие как поликистоз почек или коарктация аорты. Внезапная необъяснимая головная боль любой локализации должна вызвать подозрение на САК, при этом необходимо проведение компьютерной томографии (КT). При аневризмах более 7 мм оправданно проведение микрохирургической облитерации.

Аневризмы другого типа располагаются по ходу внутренней сонной, позвоночной или базилярной артерии; в зависимости от строения они делятся на веретенообразные, шаровидные и диффузные. Такие аневризмы проявляются клинически, если оказывают давление на соседние структуры или при тромбозе, однако разрываются редко.

Классы социально-бытовой активности

I Возвращение к труду и полная независимость от окружающих

II Возвращение к работе с ограничениями, независимость в повседневной жизни, ходьба без посторонней помощи

III Ограничение выполнения прежних домашних обязанностей, частичная зависимость от окружающих в повседневной жизни, ходьба по квартире без посторонней помощи, ходьба по улице с посторонней помощью

IV Невозможность возвращения ранее работавших и перенесших инсульт больных к работе, у занимавшихся домашним хозяйством — значительное ограничение круга домашних обязанностей или полная неспособность к их выполнению, значительная зависимость от окружающих в повседневной жизни. Ходьба по квартире с посторонней помощью. По улице больные не ходят

V Полная утрата любой производительной деятельности. Полная зависимость от окружающих в повседневной жизни

Для разрыва аневризмы характерна внезапная интенсивная головная боль. Больной обычно говорит, что столь сильной головной боли никогда раньше не испытывал. Возможна потеря сознания; иногда она переходит в кому, но чаще сознание восстанавливается, хотя и сохраняется оглушенность. В некоторых случаях потеря сознания происходит внезапно, до появления головной боли. САК часто возникает при физической нагрузке. При разрыве аневризмы диагноз обычно несложен, но иногда на ранней стадии никаких объективных симптомов нет, поэтому при внезапной головной боли врач обязан подумать о субарахноидальном кровоизлиянии.

Часто выявляются менингеальные симптомы и субфебрильная лихорадка. При офтальмоскопии нередко обнаруживаются субгиалоидные кровоизлияния.

Кровоизлияние может ограничиваться субарахноидальным пространством или распространяться на вещество мозга, вызывая очаговую симптоматику. Иногда вскоре после кровоизлияния развивается ишемический инсульт из-за нарушений кровотока или тромбоза в артериях, пораженных аневризмой.

Клинически определить локализацию аневризмы нелегко, хотя иногда возможно. Так, боль в глубине глазницы и поражение II-VI черепных нервов указывают на аневризму пещеристой части сонной артерии; гемиплегия, афазия и ряд других симптомов — на аневризму средней мозговой артерии; поражение III черепного нерва — на аневризму в месте соединения задней соединительной и внутренней сонной артерий; абулия и слабость в ноге — на аневризму передней соединительной артерии; поражение нижних черепных нервов — на аневризму базилярной или позвоночной артерии.

Преходящий или стойкий очаговый неврологический дефект, развивающийся спустя несколько суток после инсульта, обычно обусловлен спазмом мозговых сосудов, возникающим в ответ на попадание крови в субарахноидальное пространство. Как ранним, так и поздним осложнением САК может быть гидроцефалия, при которой иногда требуется желудочковое шунтирование.

Артериовенозные мальформации. Артериовенозные мальформации обычно проявляются эпилептическими припадками или кровоизлиянием, однако при крупных поражениях из-за большого сброса крови может возникнуть ишемия прилегающих участков мозга. Чаще всего это сочетанное паренхиматозно-субарахноидальное кровоизлияние. Страдают артериовенозными мальформациями обычно в детском и юношеском возрасте. Вот почему при упорных головных болях в этом возрасте необходимо прослушивание в области глазницы, сонной артерии, сосцевидного отростка.

Наличие сосудистых шумов в указанных областях патогномонично. В сомнительных случаях, а также с целью дифференциальной диагностики телеангиэктазий и других ангиом можно сделать КТ.

Диагностика геморрагического инсульта

КТ — метод выбора. Она позволяет не только подтвердить диагноз, но и определить распространненость поражения при внутримозговых паренхиматозных кровоизлияниях. КТ — лучший метод диагностики САК, в большинстве случаев выявляющий кровь в субарахноидальном пространстве. Этот метод позволяет также диагностировать отек мозга, паренхиматозное и внутрижелудочковое кровоизлияние, гидроцефалию. Можно выявить локализацию источника при подоболочечном кровоизлиянии.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) по сравнению с КТ более надежна при диагностике мелких гематом, локализующихся в области моста и продолговатого мозга, а также гематом, рентгенологическая плотность сгустков крови внутри которых выравнивалась с плотностью мозговой ткани. МРТ позволяет установить также доступные хирургическому вмешательству артериовенозные мальформации, которые очень трудно диагностируются при КТ, особенно без контрастного усиления.

Исследование спинномозговой жидкости показано лишь в случаях, когда компьютерная томография недоступна. Кровь в ликворе выявляется во всех случаях САК, а также при кровоизлияниях в мозжечок и мост; при небольших кровоизлияниях в скорлупу и таламус эритроциты в ликворе могут появится лишь через 2-3 суток.

Рентгенография черепа выявляет кальцинированные мальформации и аневризмы. Ее, как правило, не проводят.

Церебральную ангиографию обычно проводят непосредственно перед операцией для уточнения локализации и анатомического характера аневризмы, а также для подтверждения наличия или отсутствия очагового церебрального вагоспазма. В тяжелых случаях ангиографию лучше проводить только при неясном диагнозе и особенно при показаниях к хирургической декомпрессии.

Дифференциальный диагноз инсультов

Кровоизлиянию в мозг предшествуют церебральные кризы; заболевание начинается бурно, внезапно, чаще днем в связи с физическим напряжением или волнением. Характерны предвестники (приливы к лицу, головная боль, видение предметов в красном цвете); развиваются продолжительные коматозные состояния (иногда несколько дней); лицо бывает гиперемировано; повышается температура; дыхание клокочущее, хриплое; пульс напряженный, редкий; акцент второго тона на верхушке; артериальное давление повышено; миоз или мидриаз на стороне очага; выявляются очаговые симптомы в виде быстрого развития гемиплегии с понижением тонуса мышц, рефлексов, кожной температуры; иногда возникают эпилептиформные припадки или ранние контрактуры (тонические спазмы, защитная гиперрефлексия); выражены менингеальные явления, стволовые расстройства (нарушение дыхания, рвота, плавающие движения глазных яблок); псевдобульбарные рефлексы определяются редко, наблюдается задержка или недержание мочи; на глазном дне видны кровоизлияния в сетчатку; спинномозговая жидкость геморрагическая, ксантохромная, давление повышено; в крови лейкоцитоз, протромбин не повышен; в моче эритроциты, иногда сахар и белок.

Ишемическому тромботическому инсульту предшествуют преходящие нарушения мозгового кровообращения. Заболевание развивается постепенно, чаще ночью, под утро или во время сна; бывают предвестники (головокружения, кратковременные расстройства сознания); характерна неполная или непродолжительная утрата сознания; лицо больного бледное, температура обычно не повышается; дыхание замедленное, пульс слабый; тоны сердца глухие; артериальное давление не повышено; величина зрачков чаще всего не меняется; очаговые симптомы появляются в виде гемиплегии или моноплегии с низким мышечным тонусом, односторонним рефлексом Бабинского; гемиплегия развивается постепенно и бывает нестойкой; эпилептиформные припадки не характерны; менингеальные явления отсутствуют; стволовые явления наблюдаются редко (при обширных очагах); при повторных инсультах возникают псевдобульбарные рефлексы; иногда бывает недержание мочи; на глазном дне видно сужение и неравномерность сосудов; спинномозговая жидкость прозрачная, давление нормальное; в крови выявляется гиперкоагуляция; удельный вес мочи низкий.

Нетромботическому ишемическому инсульту предшествуют кризы, стенокардии, инфаркт миокарда и т. п.; заболевание развивается внезапно днем, чаще после физической нагрузки; зачастую без предвестников; характерна кратковременная потеря сознания, сопор; лицо бывает бледное; температура повышена; дыхание ослабленное замедленное; пульс аритмичный, ослабленный; тоны сердца глухие, иногда мерцательная аритмия; артериальное давление понижено, зрачки сужены; развивается преходящая гемиплегия с нерезко повышенным тонусом мышц, односторонним рефлексом Бабинского; эпилептиформные припадки наблюдаются редко; менингеальные и стволовые явления выражены редко; часто определяются псевдобульбарные рефлексы; бывает недержание мочи; на глазном дне виден склероз и сужение сосудов сетчатки; спинномозговая жидкость прозрачная, давление ее иногда повышено; в крови бывает повышен протромбин, в моче определяются следы белка.

Лечение геморрагического инсульта

Общие принципы. Наряду с дифференцированной терапией геморрагического инсульта важную роль играет базисная терапия, направленная на поддержание жизненноважных функций организма. Чем тяжелее течение инсульта, тем более необходима многосторонняя и комплексная базисная терапия, которая проводится индивидуально, под контролем лабораторных показателей и функций всех органов и систем.

В связи с современными патогенетическими представлениями особую важность приобретает ранняя диагностика мозгового инсульта, уточнение его характера и организация срочной медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах. Эффективность лечебных мероприятий зависит от своевременности их начала и от преемственности терапии во всех периодах заболевания.

Преемственность лечебных мероприятий определяется общей тактикой ведения больного и сопряжена с решением организационных проблем: быстрой транспортировкой больного, четкой организацией работы приемного отделения; ранним уточнением диагноза и решением вопроса о направлении в соответствующее отделение; отлаженной работой всех звеньев оказания помощи.

Нейрохирургическое вмешательство. Проблема геморрагического инсульта, по мнению большинства исследователей, в большей степени является нейрохирургической. Если ишемический инсульт — это процесс развития гемодинамических и метаболических изменений, заканчивающийся в основном через несколько дней после острого нарушения мозгового кровообращения, то геморрагический инсульт — это свершившийся факт кровоизлияния, и его патогенез подразумевает вторичные явления уже излившейся крови.

Удаление гематомы после внутримозгового кровоизлияния, если она локализована в доступном участке мозга (например, в мозжечке, скорлупе, таламусе или височной доле), может спасти жизнь больного. Операция показана как можно раньше (24-48 часов) при разрывах аневризмы, если состояние больного не улучшается и появляются признаки вклинения. Основная операция — клипирование шейки аневризмы, проводится и укутывание аневризмы мышцей или, реже, экстракраниальная окклюзия внутренней сонной артерии.

Дифференцированная консервативная терапия. Консервативные терапевтические воздействия при геморрагическом инсульте дожны быть направлены на быструю коррекцию артериального давления на оптимальных для конкретного больного значениях; на борьбу с развивающимся отеком мозга и на проведение кровоостанавливающей и укрепляющей сосудистую стенку терапии.

Коррекция и контроль артериального давления. Следует по возможности не допускать повышения артериального давления (АД). Стараются удержать гипотензивными препаратами (бета-блокаторы, антагонисты кальция, спазмолитики, ингибиторы АПФ) давление в пределах нормы. Для предотвращения эмоциональных реакций назначают седативную терапию (диазепам, элениум). Иногда с профилактической целью назначают фенобарбитал (по 30 мг внутрь три раза в сутки), так как он оказывает еще и противосудорожное действие.

Для исключения натуживания назначают слабительные препараты (регулакс, глаксена, сенаде и др.). Необходимо создать условия для “охранительного торможения”; оградить от света и шума.

Кровоостанавливающая терапия и терапия, направленная на укрепление сосудистой стенки. Назначают дицинон (этамзилат натрия) внутривенно или внутримышечно (250 мг четыре раза в сутки); антипротеазные препараты на 5-10 дней: гордокс (100 тыс. ЕД. четыре раза в день внутривенно капельно) или контрикал (30 тыс. ЕД. сразу, а потом по 10 тыс. ЕД. два раза в день в/в).

Хорошо укрепляют сосудистую стенку препараты кальция (кальций пантотенат, беррокка, глюконат кальция — в/м, хлорид кальция — в/в), рутин, викасол, аскорбиновая кислота.

Большое значение имеет антифибринолитическая терапия в виде гамма-аминокапроновой кислоты до 30 г в сутки (100-150 мл 5% раствора в/в капельно, затем внутрь). Можно вводить с малыми дозами реополиглюкина, улучшающего микроциркуляцию.

Борьба с отеком мозга. При появлении заторможенности или признаков вклинения лучше назначить осмотические диуретики маннитол (0,5 - 1,5 г/кг массы тела больного, в/в) или глицерин (1 г/кг внутрь). Реже назначаются кортикостероиды — дексазон по схеме (8+4+4+4 мг в/в). Более эффективны лазикс (20 мг в/в два раза в день) и/или реоглюман (200 мл в/в капельно два раза в день).

Лечение спазма мозговых сосудов. Признаки спазма мозговых сосудов (сонливость, очаговая симптоматика) появляются после двух-трех суток и чаще всего на седьмые сутки после имевшего места геморрагического инсульта. Полагают, что он обусловлен высвобождением серотонина, катехоламинов, пептидов и других вазоактивных веществ. Назначают при спазме, а еще лучше с профилактической целью заранее. Антагонисты кальция — нимотон (10 мг в/в капельно) — 10-14 дней или нимодипин (по 30-60 мг каждые четыре часа внутрь). В этом случае необходима коррекция гипотензивной терапии, так как антогонисты кальция влияют на артериальное давление.

Восстановительное лечение. Восстановительная терапия проводится длительно и на всех этапах лечения, но особенно большое значение она имеет после острого периода инсульта. Лечебная физкультура сочетается при этом с физиотерапией, точечным и классическим массажем, иглорефлексотерапией, электростимуляцией, магнитотерапией.

Необходима трудотерапия — обучение навыкам самообслуживания, работа на учебно-тренировочных стендах и трудовых тренажерах. Эффективна психотерапия: индивидуальная, групповая, семейная; рекомендуются аутогенные, адаптативные тренировки и др. У лиц с нарушениями речевых функций обязательны логопедические занятия.

Больной нуждается в лечении в общей сложности не менее трех-четырех месяцев. Этот срок при тяжелых инсультах в зависимости от состояния больного может быть увеличен до полугода и более. Больные состоят на диспансерном учете. При затянувшемся периоде восстановления функций больных переводят на инвалидность.

Экспертиза трудоспособности

Группа инвалидности определяется соответственно выраженности нарушений функции и профессии. Больные с параличом конечностей, афазией нуждаются в уходе посторонних лиц и признаются инвалидами I группы. При глубоком парезе, когда сохраняется возможность к самообслуживанию, но утрачена трудоспособность, назначается II группа инвалидности. Больные II группы приспосабливаются к работе на дому: печатают, собирают детали, занимаются диспетчерской деятельностью на телефоне и т. п.

**Дополнительно:**

1. Рефле́кс Баби́нского (патологический стопный разгибательный рефлекс) — патологический рефлекс проявляющийся в разгибании I пальца стопы при штриховом раздражении кожи наружного края подошвы.
2. Диплопия - нарушение зрения, состоящее в двоении видимых предметов.
3. Анизокория – неравные размеры зрачков.
4. Корнеальный рефлекс – получается в результате осторожного прикосновения ваткой или мягкой бумажкой к роговице над радужной оболочкой
5. Мандибулярный рефлекс – вызывается постукиванием молоточком по подбородку или по Шпаделю, положенному на нижние зубы, при слегка открытом рте.
6. Дисфагия – расстройство акта глотания.
7. Дизартрия – расстройство членораздельной речи, выражающееся затруднённым или искажённым произношением отдельных слов, слогов и звуков.
8. Дисфония – нарушение голосообразования.
9. Назолалия – голос с носовым оттенком.
10. Адиадохокинез – тип нарушения координации движения при поражениях мозжечка, который обнаруживается при попытке быстро совершать попеременно противоположные движения.
11. Проба Барре – Метод определения стороны поражения пирамидных путей, основанный на том, что вытянутая вперед рука на стороне пареза медленно опускается.
12. Симптом зубчатого колеса – возникновение при исследовании тонуса мышц конечностей ощущения прерывистости, ступенчатости движения в виде равномерных толчков
13. Гемиплегия – полная потеря возможности произвольных движений (паралич) в ноге и руке с одной стороны тела
14. Ахиллов рефлекс – получается поколачиванием по ахиллову сухожилию; двигательный эффект — подошвенное сгибание стопы (сокращение трехглавой мышцы голени).
15. Симптом Горнера – миоз (сужение зрачка), сужение глазной щели и энофтальм (западание глазного яблока).
16. Симптом Ашнера – Усиление брадикардии при давлении на глазные яблоки.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

Болезни нервной системы: Руководство для врачей: В

Б 79 2-х т. — Т. 2 / Под ред. Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана. -

2-е изд., перераб и доп. — М.: Медицина, 2001. — с. 480.