

## **К ВОПРОСУ О ТЕЧЕНИИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ ГИПЕРТЕНЗИВНОГО ТИПА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

**Таймазова Ангелина Сергеевна**

студент, Северо-Осетинская государственная медицинская академия, РФ, г. Владикавказ

**Икаев Заур Эдуардович**

студент, Северо-Осетинская государственная медицинская академия, РФ, г. Владикавказ

**Торчинов Игорь Ахсарбекович**

научный руководитель, д-р мед. наук, профессор, кафедра психиатрии с неврологией, нейрохирургией и медицинской реабилитацией Северо-Осетинская государственная медицинская академия, РФ, г. Владикавказ

**Аннотация.** Клинический случай описанный в данной статье, демонстрирует тяжесть течения, необходимость своевременно начатой терапии и правильной реабилитации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

Геморрагический инсульт охватывает большую группу заболеваний, сопровождающихся кровоизлиянием в мозг, вследствие атеросклероза и гипертонической болезни. Выделяют первичные и вторичные внутримозговые кровоизлияние. Гематома, возникающая в результате артериальной гипертензии, является первичным кровоизлиянием и наблюдается в 70-80%. При вторичном кровоизлиянии гематома возникает вследствие коагулопатии, васкулопатии. [ 1 ]

Случай описанный в данной статье, является первичным кровоизлиянием.

**Цель исследования.** Выявление факторов риска развития геморрагического инсульта, выбор тактики лечения и реабилитации пациентов данной группы патологии.

**Материалы и методы.** Анализ клинического наблюдения пациента и медицинской документации.

Гипертензивная гематома возникает в результате проникновения крови из патологически измененной артерии вещества головного мозга. Небольшие по диаметру артерии из которых происходит кровоизлияние, располагаются в области базальных ядер, таламуса, варолиева моста, а также у поверхности мозга, не имеют развитых анастомозов, являясь часто конечными ветвями. Возможность перераспределения и адаптации к изменениям гемодинамики у этих артерий минимальны. В связи с этим, хроническая артериальная гипертензия и атеросклероз приводят к выраженным изменениям их стенок. В результате развивающегося липогиалиноза, фибриноидного некроза и истончения мышечного слоя, упругость стенок снижается, а проницаемость повышается. Нередко формируются аневризмы. [ 1 ]

Геморрагический инсульт составляет 10-15% от всех видов нарушения мозговых кровоизлияний. Только в РФ каждый год диагностируют у 43000 человек. Средний возраст больных с ГИ составляет 60-65 лет, соотношение мужчин и женщин равно 1,6:1. Летальность

достигает 40 -50%, а инвалидность развивается у 70-75% выживших.

Факторы риска – артериальная гипертензия, злоупотребление алкоголем, наличие в анамнезе предыдущих нарушений мозгового кровообращения, а так же нарушение функции печени, сопровождающихся тромбоцитопенией, гиперфибринолизом и изменением факторов свертывания крови. [ 2 ]

**Клинический случай.** Больной П. 68 лет, доставлен бригадой СМП в реанимационного отделения неврологии 05.09.2019 г. в 13:00. Повод к вызову: потеря сознания. Со слов родственников, потере сознания предшествовало повышение АД (200/130), не купируемое антигипертензивными препаратами, интенсивная головная боль, однократная рвота, возникшие после физической нагрузки.

Из анамнеза известно, что больной длительное время страдает АГ, желчнокаменной болезнью, ожирением. На диспансерном учете по месту жительства не состоит, самостоятельно принимал нефедепин для подъема артериального давления.

При объективном исследовании: Лицо гиперемировано, багровое. Дыхание шумное, хриплое. Пульс напряженный, брадикардия.

При оценке неврологического статуса: Менингеальные симптомы положительные. Глоточный рефлекс снижен, поперхивается. Мышечный тонус в левых конечностях повышен, в позе Барре конечности не удерживает, быстрее падают левые. Левосторонний выраженный гемипарез.

Лабораторные данные:

ОАК- Эритроциты ( $5,2 \times 10^{12}/л$ ), Средний объем эритроцитов (98фл), Гемоглобин (100г/л), Средний уровень НГВ в эритроците (30пг), Цветной показатель (1,2), Гематокрит (45 %), Тромбоциты ( $80 \times 10^9/л$ ), Ретикулоциты (1,3%), Средний объем тромбоцитов (7 мкм<sup>3</sup>), СОЭ (20 мм/ч), Лейкоциты ( $10 \times 10^9/л$ )

Коагулограмма – Фибриноген (1,2 г/л), Протромбиновый индекс (ПТИ) – 0,6, АЧТВ (70 сек), Д-димеры 0,6 мкг/мл.

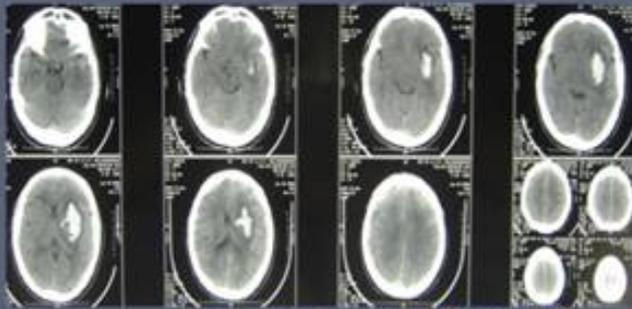
Инструментальная диагностика:

КТ – Признаки гематомы правого полушария мозга субкортикальной зоны более 27 см<sup>3</sup>.

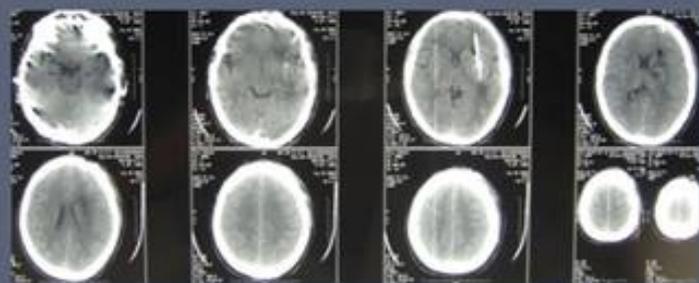
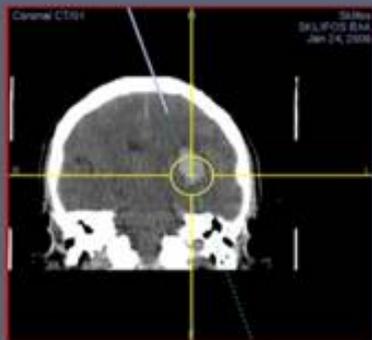
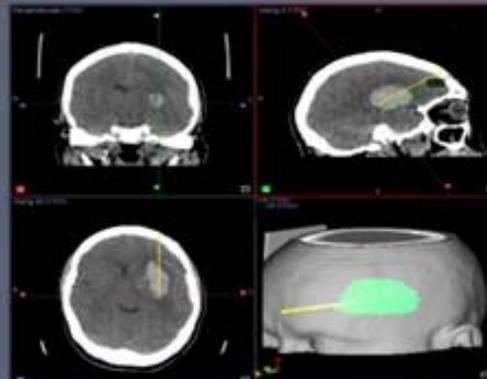
Выставлен диагноз: Геморрагический инсульт. Субкортикальное кровоизлияние более 27см<sup>3</sup>.

**5.09.2019г. Консилиум вынес решение об оперативном удалении гематомы с использованием пункционной биопсии с локальным фибринолизом.**

# Хирургическое лечение методом пункционной аспирации и локального фибринолиза



До операции, 27 см.куб.



Через 48 часов фибринолиза, 0,4 см.куб.

Рисунок 1. Результаты КТ

На данных снимках представлены результаты КТ при поступлении в стационар до операции и по истечении 48 часов после фибринолиза.

Дальнейшая тактика ведения пациента:

1. Валсартан начальная доза – 40 мг 2 раза в сутки
2. Амлодипин начальная доза 5 мг 1 раз/сут с постепенным увеличением в течение 7-14 дней до 10 мг/сут, однократно
3. Этамзилат 2 мл в/м 12,5% 1р/сут 10 дней
4. Кортексин- 10 мг 2 раза в сутки (утром и днем) в течение 10 дней, с повторным курсом через 10 дней.
5. Санаторно курортное лечение.
6. Диспансерное наблюдение каждые пол года.

**Выводы:** Геморрагический инсульт является тяжёлым заболеванием, ведущее к повреждениям головного мозга и снижению качества жизни больного. При своевременной, правильно выбранной тактики лечения пациента и реабилитации, удастся свести к минимуму тяжелые последствия данного заболевания.

Определяющую роль в развитии данной патологии имеет своевременная тактика ведения пациентов группы риска на догоспитальном этапе. При успешном ведении пациентов на начальном этапе – назначение адекватной антигипертензивной терапии, предотвращение ожирения и курения, нормализация холестерина обмена, возможно предотвращение

геморрагического инсульта.

**Список литературы:**

1. Геморрагический инсульт у взрослых МКБ 10: 161/160,8/160.9. Год утверждения 2016. Ассоциация нейрохирургов России. С.35
2. Крылов В.В., Дашьян В.Г., Буров А.С., Петринов С.С. Хирургия геморрагического инсульта- М:Медицина, 2019 - С. 336
3. А.С.Никифоров. Нервные болезни / Медицинское информационное агенство Москва /2010 г. С.-829