

Статья поступила в редакцию 25.05.2021 г.

DOI: 10.24411/2687-0053-2021-10026

Информация для цитирования:

Пеганова М.А., Полукарова Е.А., Филимонов С.Н., Зиборова С.С., Волкова А.К., Узун В.Н. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНСУЛЬТА У БОЛЬНОЙ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ПРОГНОСТИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ // Медицина в Кузбассе. 2021. №2. С. 69-73.

Пеганова М.А., Полукарова Е.А., Филимонов С.Н., Зиборова С.С., Волкова А.К., Узун В.Н.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний, Новокузнецкая городская клиническая больница № 1, г. Новокузнецк, Россия

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНСУЛЬТА У БОЛЬНОЙ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ПРОГНОСТИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ

Цель – демонстрация клинического случая ведения больной с тяжелым инсультом и выраженной коморбидной патологией.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентки 74 лет, госпитализированной в ПСО НГКБ № 1 с диагнозом Цереброваскулярная болезнь (ЦВБ), Ишемический инсульт (ИИ) в бассейне правых среднемозговой и задне-мозговой артерий. Диагноз верифицирован спиральной компьютерной томографией (СКТ) головного мозга. Оценка тяжести неврологического дефицита проводилась по шкалам: NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), модифицированной шкале Рэнкин, индексу мобильности Ривермид.

Результаты. При поступлении тяжесть состояния пациентки была обусловлена обширной зоной ишемии, захватывающей два бассейна мозгового кровообращения. Неврологический дефицит – NIHSS 19. Начато лечение по протоколу ишемического инсульта. На 5-й день от острого события, за счет нарастания отека и дислокационного синдрома, состояние пациентки ухудшилось – выросла очаговая неврологическая симптоматика – NIHSS 34, угнетение сознания до уровня комы 1. Пациентка была переведена на ИВЛ через эндотрахеальную трубку (ЭТТ). Спустя 4 дня, на фоне проводимой терапии, отмечалась положительная динамика – общемозговая симптоматика регрессировала до сопора, появились минимальные движения в дистальных отделах правых конечностей. Гемодинамика стабилизировалась. В последующем общемозговая симптоматика регрессировала – уровень сознания ясный, появилась сила в правых конечностях, попытки к самостоятельному глотанию. Через 20 дней пациентка не нуждалась в респираторной поддержке и была переведена на спонтанное дыхание. Через 31 день от острого события пациентка переведена для продолжения лечения в неврологическое отделение по месту жительства (NIHSS-15).

Заключение. В представленном клиническом случае полное комплексное персонализированное лечение позволило достичь значимого результата, несмотря на превалирование факторов, предполагающих неблагоприятный исход.

Ключевые слова: ишемический инсульт; факторы риска; неблагоприятный прогноз; фибрилляция предсердий; синдром апноэ во сне

Peganova M.A., Polukarova E.A., Filimonov S.N., Ziborova S.S., Volkova A.K., Uzun V.N.

Novokuznetsk State Institute for Training of Physicians, Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases, Novokuznetsk City Clinical Hospital N 1, Novokuznetsk, Russia

ANALYSIS OF THE CLINICAL CASE OF SEVERE STROKE IN A PATIENT WITH ADVERSE PROGNOSTIC FACTOR

Objective – demonstration of a clinical case of management patient with severe stroke and severe comorbid pathology.

Methods. There is a retrospective analysis of the medical history of a 74-year-old female patient. She was admitted to the department for patients with acute cerebrovascular accident Novokuznetsk State Hospital N 1 with a diagnosis of ischemic stroke was carried out. The diagnosis was verified by spiral computed tomography (SCT) of the brain. Assessment of the severity of neurological deficit was conducted on the scales: NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), modified Rankin Scale, Index Rivermead mobility.

Results. The severity of the patient's condition was due to the extensive ischemic zone, which captures two basins of cerebral circulation. Neurological deficit – NIHSS 19. Treatment according to the ischemic stroke protocol was started. On the 5th day after the acute event, due to the increase in edema and dislocation syndrome, the patient's condition worsened – focal neurological symptoms increased – NIHSS 34, consciousness was depressed to the level of coma 1. The patient was transferred to the ventilator through the ETT. After 4 days, against the background of the therapy, there was a positive trend - cerebral symptoms regressed to sopor, minimal movements appeared in the distal parts of the right extremities. Hemodynamics has stabilized. Subsequently, the cerebral symptoms regressed - the level of consciousness was normal, the strength in the right extremities increased, and attempts to swallow independently appeared. After 20 days, the patient did not need respiratory support and was transferred to spontaneous breathing. After 31 days from the acute event, the patient was transferred to continue treatment at the local neurological department (NIHSS-15).

Conclusions. In the presented clinical case, a complete complex personalized treatment made it possible to achieve a significant result, despite the prevalence of factors suggesting an unfavorable outcome.

Key words: ischemic stroke; unfavorable prognosis; risk factors; atrial fibrillation; sleep apnea syndrome

Цереброваскулярная патология занимает лидирующее место среди причин смертности и инвалидизации населения. К концу острого периода инсульта двигательные нарушения наблюдаются у 81,2 % больных. К концу первого года после инсульта полностью зависимыми в повседневной жизни остаются 5,4 % [1].

Неблагоприятным фактором развития инсульта считается гипертоническая болезнь. Риск развития инсульта на 40 % выше при артериальной гипертензии, чем без нее. Также увеличивает риск наличие фибрилляции предсердий. Непосредственного влияния фибрилляции предсердий на прогноз восстановления в остром периоде ИИ не выявлено [2]. Но наличие аритмии повышает вероятность летального исхода [1, 3], а также имеет опосредованное негативное влияние на длительность реабилитации [4]. Массивный ишемический инсульт, более 50 % территории кровоснабжения средней мозговой артерии, чреват развитием дислокационного синдрома, что повышает смертность в остром периоде до 80 % [5]. Синдром апноэ сна [6] увеличивает время восстановления после инсульта и снижает степень регресса неврологического дефекта [7]. Правополушарное расположение ишемического инсульта является фактором, неблагоприятно влияющим на прогноз восстановления в связи с возникновением аспонтанности и апатии у пациентов [2]. Синдром неглекта отмечается у 33-85 % больных с правополушарным инсультом, являясь одним из признаков неблагоприятного прогноза и снижая эффективность реабилитации [8]. Снижение ШКГ (шкала ком Глазго) до 10 баллов и ниже позволяет предсказать неблагоприятный исход с чувствительностью 82 % и специфичностью 72 % [9].

Однако учет прогностически неблагоприятных факторов восстановления после инсульта позволяет разработать индивидуальные подходы к реабилитации пациентов [2] и повышает эффективность проводимого лечения.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Пациентка 74 лет 17.08.2020 г. доставлена в ПСО ГКБ № 1 города Новокузнецка. Из анамнеза известно, что накануне вечером женщина чувствовала себя хорошо, легла спать около 21 часа вечера. В 24 часа была обнаружена с нарушением речи и слабостью в левых конечностях. При поступлении ЧДД 20 в мин.; Сатурация кислорода 96 %; ЧСС 42 в мин.; АД 170/110 мм рт. ст.; Температура 36,2°C. Общее состояние тяжелое, обусловлено острой цереброваскулярной недостаточностью и сопутствующей соматической патологией. Положение вынужденное — лежит на каталке. Состояние сознания — оглушение, оценка по ШКГ — 13 баллов.

При проведении СКТ и магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга выявлены признаки обширного острого ишемического инсульта в бассейне правой средне-мозговой (СМА) (более

1/3 бассейна) и правой задне-мозговой (ЗМА) артерий. По данным лабораторных исследований (общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма) изменений не выявлено. По ЭКГ при поступлении синусовая брадикардия 47/мин. Факторы риска: артериальная гипертензия более 20 лет, в последнее время гипотензивные препараты не принимала. С 1990 года страдает ИБС, пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, СНА₂DS₂-VASc — 6 баллов, HAS-BLED — 4 балла, ХСН-IIA ФК-2. Терапию пероральными антикоагулянтами не получала. Постоянно принимала Кардиомагнил 75 мг в обед и Конкор 2,5 мг утром. ОНМК в анамнезе в 1974, 1990, 1994 годах (медицинской документации не предоставлено).

Выставлен диагноз: ЦВБ. Обширный ишемический инсульт, кардиоэмболический подтип, в бассейнах СМА, ЗМА справа, острый период от 16.08.2020 г. Грубый центральный парез VII пары ЧМН слева. Парез зрения влево. Гомонимная гемианопсия слева. Псевдобульбарный синдром. Глубокий левосторонний гемипарез. Гемигипестезия слева. Левосторонний геминеглект. Нарушение функций тазовых органов по типу недержания мочи, общемозговая симптоматика — оглушение. ШКГ — 13 баллов. По шкале NIHSS — 19 баллов, Рэнкин — 5, Ривермид — 0.

Фон: ИБС. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (риск кровотечения по шкале СНА₂DS₂-VASc — 6 баллов, риск тромбоза по HAS-BLED — 4 балла). ХСН-IIA, ФК-2. Гипертоническая болезнь III стадии, неконтролируемая, риск 4 (очень высокий).

В настоящее время в ПСО ГКБ № 1 города Новокузнецка активно проводятся высокотехнологичные методы лечения [10, 11]. Однако в данном случае, в связи с обширной зоной поражения тромболитическая терапия не проводилась. С учетом грубого псевдобульбарного синдрома, для обеспечения достаточного объема питания был установлен назогастральный зонд (НГЗ). Проводилась медикаментозная терапия согласно протоколу лечения ишемического инсульта — противоотечная, гипотензивная, антиагреганты, с последующим присоединением антикоагулянтов по правилу Динера и нейропротективной терапии.

Через несколько часов после госпитализации произошел срыв ритма сердца, по ЭКГ выявлена фибрилляция предсердий с ЧСС до 91/мин с восстановлением после медикаментозной кардиоверсии. 18.08.2020 г. повторный срыв ритма (фибрилляция предсердий), без эффекта от проведения кардиоверсии.

22.08.2020 г. — отрицательная динамика в виде нарастания общемозговой симптоматики. Угнетение сознания до комы (ШКГ — 7 баллов), нарастание неврологической симптоматики, появление грубого тетрапареза. Оценка по шкале NIHSS — 34 балла.

По результатам СКТ головного мозга, произошло расширение зоны ишемии до бассейна правой внутренней сонной артерии (ВСА), латеральная дисло-

кация срединных структур на 11-12 мм, височно-тензориальное вклинение. Пациентка переведена на ИВЛ через ЭТТ во вспомогательном режиме (РЕЕР-7см, PS-7см, F-16/мин). В течение суток нарастала общемозговая симптоматика — угнетение сознания до комы II (ШКГ — 5 баллов). Гемодинамика оставалась стабильной, респираторная поддержка продолжалась в прежнем объеме. С 25.08.2020 г. проводилась поддержка вазопрессорами. 26.08.2020 г. появилась минимальная положительная динамика — пациентка вышла на уровень сопора, появились реакция на громкие звуки, попытки выполнить элементарные действия (сжать или разжать кулак, показать отдельный палец). С 28.08.2020 г. гемодинамика стабильная, без вазопрессорной поддержки.

На фоне проводимой терапии 31.08.2020 г. (на 9-е сутки от ухудшения) пациентка вышла на уровень глубокого оглушения, открывала глаза на осмотр, делала попытки к произвольным движениям в дистальных отделах конечностей. Отмечено снижение степени дисфагии, появились попытки к самостоятельному глотанию. Необходимость в НГЗ сохранялась, но также проводилось пероральное питание небольшими порциями загущенной пищи. На протяжении последующих 2 недель, на фоне проводимой терапии, наметилась положительная динамика — уменьшение степени утраты сознания до оглушения, появились минимальные произвольные движения в левых конечностях (1,0 б в руке, 1,5 б в ноге). Врачебной комиссией принято решение о реабилитации на 2-м этапе в условиях стационара.

За время реабилитации снизилась степень респираторной поддержки, спустя 27 дней от острого события пациентка переведена на спонтанное дыхание. Регрессировала общемозговая симптоматика. В течение суток сохранялось ясное сознание и продуктивное бодрствование, уменьшился псевдобульбарный синдром, начала самостоятельно глотать перетертую пищу, воду. Продолжался докорм через зонд. Больная начала произносить слова шепотом. Наросла сила в правых конечностях до 3 баллов в руке, 2 баллов в ноге. Сохранялась девиация головы и взора вправо, но усилием воли могла полностью повернуть голову и взор влево на непродолжительное время. NIHSS — 15 баллов, Рэнкин — 5. Спустя 31 день от острого события пациентка переведена в неврологическое отделение по месту жительства для продолжения реабилитации.

ОБСУЖДЕНИЕ

Наличие гипертонической болезни III стадии и небрежное отношение к приему гипотензивных препаратов могли способствовать возникновению инсульта у данной пациентки. Пароксизмальная фор-

ма фибрилляции предсердий и срыв ритма сердца в отделении явились факторами развития ИИ.

Расширение зоны ишемии до бассейна правой ВСА, латеральная дислокация срединных структур на 11-12 мм, височно-тензориальное вклинение и усугубление общемозговой симптоматики до комы II привели к активным реанимационным мероприятиям и переводу больной на ИВЛ.

Синдром апноэ сна (САС) играл неблагоприятную роль в восстановлении данной пациентки. Анамнестические данные об этой патологии в период, предшествующий ишемическому инсульту, собрать не удалось. В стационаре вопрос о наличии САС появился при первых попытках к переводу на спонтанное дыхание. Для верификации был проведен кардио-респираторный мониторинг, по результатам которого выявлены более 200 эпизодов апноэ. Данный показатель является критерием тяжелой степени апноэ. Преимущественное время возникновения нарушения дыхания — с 01:30 до 08:30 утра. Сделано предположение о центральном генезе апноэ. Эпизоды нарушения дыхания вызывают дополнительную гипоксию головного мозга, что негативным образом влияет на процессы восстановления [12]. Применение СРАР позволило в дальнейшем перевести пациентку на спонтанное дыхание.

Несмотря на правополушарное расположение ишемического инсульта, который может затруднить проведение реабилитации, у нашей пациентки аспонтанности, отсутствия мотивации к восстановлению не отмечалось. Она выполняла все упражнения с инструктором ЛФК, проявляла инициативу к разговору.

С первых суток был назначен Цитофлавин, оказывающий противогипоксическое и антиоксидантное действие. В комбинации с цитофлавином вводился Цитиколин в дозировке 1000 мг в сутки. Данный препарат способствовал восстановлению поврежденных мембран клеток головного мозга, препятствуя избыточному образованию свободных радикалов и воздействуя на механизмы апоптоза. С началом 2-го этапа реабилитации была составлена персонализированная программа с инструктором ЛФК, логопедом, психологом. Был назначен Актовегин, который повысил устойчивость структур мозга к гипоксии, привел к активизации сознания, стабилизации показателей неврологического статуса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В представленном клиническом случае комплексное персонализированное лечение позволило достичь значимого результата, несмотря на превалирование факторов, предполагающих неблагоприятный исход.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Barkhatov YuD, Kadykov AS. Prognostic factors for recovery of motor dysfunction following ischemic stroke. *Annals of Clinical and Experimental Neurology*. 2017; 11(1): 80-89. Russian (Бархатов Ю.Д., Кадыков А.С. Прогностические факторы восстановления нарушенных в результате ишемического инсульта двигательных функций //Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2017. № 11(1). С. 80-89.)

2. Barkhatov YuD, Kadykov AS. Prognostic Factors for Recovery of Motor Functions in Patients with Hemispheric Stroke of Various Locations. *The Journal of Nervous Diseases*. 2018; (4): 41-49. Russian (Бархатов Ю.Д., Кадыков А.С. Факторы, влияющие на восстановление двигательных функций у больных с полушарным инфарктом мозга различной локализации // Нервные болезни. 2018. № 4. С. 41-49.)
3. Acciarresi M, Caso V, Venti M et al. First-ever stroke and outcome in patients admitted to Perugia Stroke Unit: predictors for death, dependency, and recurrence of stroke within the first three months. *Clin Exp Hypertens*. 2006; 28(3-4): 287-294.
4. Turhan N, Atalay A, Muderrisoglu H. Predictors of functional outcome in first-ever ischemic stroke: a special interest to ischemic subtypes, comorbidity and age. *NeuroRehabilitation*. 2009; 24(4): 321-326.
5. Sehweil Salah MM, Goncharova ZA. Massive ischemic stroke (brief literature review). *Journal of new medical technologies*. 2019;(1): 48-52. Russian (Сехвейл Салах М.М., Гончарова З.А. Массивный ишемический инсульт (краткий обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. 2019. № 1. С. 48-52.)
6. Lutokhin GM, Geraskina LA, Fonyakin AV, Maksimova MYu. The impact of sleep-disordered breathing on early functional recovery in ischemic stroke. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2017; (1): 20-26. Russian (Лутухин Г.М., Гераскина Л. А., Фонякин А.В., Максимова М.Ю. Влияние нарушений дыхания во сне на раннее функциональное восстановление при ишемическом инсульте // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2017. № 1. С. 20-26.)
7. Poluektov MG, Tsenderadze SL. The impact of sleep disorders on the occurrence and course of cerebral stroke. *Medical Council*. 2015; (2): 10-15. Russian (Полуэктов М.Г., Центерадзе С.Л. Влияние нарушений сна на возникновение и течение мозгового инсульта // Медицинский совет. 2015. № 2. С. 10-15.)
8. Kovalchuk VV, Shvartsman GI, Gusev AO. The reasons and ways of neglekt and «repulsion» syndromes elimination in patients after stroke – factors, which prevent adequate rehabilitation. *Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation*. 2013; (2): 50-53. Russian (Ковальчук В.В., Шварцман Г.И., Гусев А.О. Причины необходимости и способы устранения синдромов неглекта и «отталкивания» у пациентов после инсульта – факторов, препятствующих проведению адекватной реабилитации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2013. № 2. С. 50-53.)
9. Sidiyagina IV, Tsarenko SV, Dobrushina OR, et al. Prognostic model of evaluation of lethality and functional recovery after severe and extremely severe stroke. *The Neurological Journal*. 2012; (2): 10-14. Russian (Сидякин И.В., Царенко С.В., Добрушина О.Р. и др. Прогностическая модель оценки летальности и функционального восстановления после тяжелого и крайне тяжелого инсульта // Неврологический журнал. 2012. № 2. С. 10-14.)
10. Peganova MA, Chechenin AG, Vereshchagin MA, Peganov AI, Pisareva IA, Bondarenko NA. Successful experience of thrombectomy in postpartum period. *Far Eastern Medical Journal*. 2019; (1): 91-93. Russian (Пеганова М.А., Чеченин А.Г., Верещагин М.А., Пеганов А.И., Писарева И.А., Бондаренко Н.А. Успешный опыт тромбэктомии при окклюзии левой позвоночной артерии у женщины в послеродовом периоде // Дальневосточный медицинский журнал. 2019. № 1. С. 91-93.)
11. Peganova MA, Peganov AI, Vereshchagin MA, Bondarenko NA, Chechenin AG. Experience of endovascular treatment in the regional stroke center of Novokuznetsk. *Journal of neurology and psychiatry. Materials of the Congress*. 2019; (119): 572. Russian (Пеганова М.А., Пеганов А.И., Верещагин М.А., Бондаренко Н.А., Чеченин А.Г. Опыт эндоваскулярного лечения в региональном сосудистом центре города Новокузнецка // Журнал неврологии и психиатрии. Матер. 11-го Всерос. съезда неврологов. 2019. Т. 119. С. 572.)
12. Serebrova EV, Usova NN. Sleep apnea syndrome in patients with acute stroke. *Meditinskie novosti*. 2018; (3): 14-18. Russian (Сереброва Е.В., Усова Н.Н. Синдром апноэ сна у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения // Медицинские новости. 2018. № 3. С. 14-18.)

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Сведения об авторах:

ПЕГАНОВА Марина Анатольевна, канд. мед. наук, доцент кафедры неврологии, мануальной терапии и рефлексотерапии, НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: marinapeganova@gmail.com

ПОЛУКАРОВА Елена Алексеевна, канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой неврологии, мануальной терапии и рефлексотерапии, НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: elena_polukarova@mail.ru

ФИЛИМОНОВ Сергей Николаевич, доктор мед. наук, профессор, директор, ФГБНУ НИИ КППГЗ, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: fsn42@mail.ru ORCID: 0000-0001-6816-6064

ЗИБОРОВА Светлана Станиславовна, врач невролог высшей категории, зав. неврологическим отделением для больных с ОНМК, ГАУЗ НГКБ № 1, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: ziborova@yandex.ru

Information about authors:

PEGANOVA Marina Anatolyevna, candidate of medical science, docent, department of neurology, Novokuznetsk State Institute for Training of Physicians, Novokuznetsk, Russia.

E-mail: marinapeganova@gmail.com

POLUKAROVA Elena Alekseevna, candidate of medical science, docent, head of department of neurology, Novokuznetsk State Institute for Training of Physicians, Novokuznetsk, Russia.

E-mail: elena_polukarova@mail.ru

FILIMONOV Sergey Nikolaevich, doctor of medical science, professor, head of Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases, Novokuznetsk, Russia. E-mail: fsn42@mail.ru

ZIBOROVA Svetlana Stanislavovna, neurologist of the highest category, head of the department for patients with acute cerebrovascular accident, Novokuznetsk City Clinical Hospital N 1, Novokuznetsk, Russia. E-mail: ziborova@yandex.ru

ВОЛКОВА Александра Константиновна, ординатор кафедры неврологии, мануальной терапии и рефлексотерапии, НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.
E-mail: alex07_95@mail.ru

УЗУН Василий Николаевич, врач-невролог, отделение для больных с ОНМК, ГАУЗ НГКБ № 1, г. Новокузнецк, Россия.
E-mail: uzun_vn@mail.ru

VOLKOVA Aleksandra Konstantinovna, resident, department of neurology, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.

E-mail: alex07_95@mail.ru

UZUN Vasily Nicolaevich, neurologist, the department for patients with acute cerebrovascular accident, Novokuznetsk City Clinical Hospital N 1, Novokuznetsk, Russia. E-mail: uzun_vn@mail.ru

Корреспонденцию адресовать: ПЕГАНОВА Марина Анатольевна, 654005, г. Новокузнецк, пр. Строителей, д. 5. НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России.
E-mail: marinapeganova@gmail.com