**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Неврологии**

Доклад

на тему:

«**Инсультные синдромы и односторонняя неврологическая симптоматика**»

Выполнила: студентка V курса ----------

----------------

Проверил: к.м.н., доцент -------------

**Пенза**

2008

**План**

Введение

1. Инсульт
2. Специфические цереброваскулярные синдромы
3. Дифференциальная диагностика неврологических симптомов при поступлении больных в ОНП

Литература

**Введение**

Нередко в ОНП поступают больные с острым специфическим нарушением неврологической функции. Если наблюдаемые нарушения специфичны для одной области или одной стороны тела, то говорят о латерализованном неврологическом дефиците. Латерализованный дефицит центральной нервной системы может быть обусловлен многими заболеваниями, но обычно он опосредован нарушением кровоснабжения или острым кровоизлиянием. Системное обследование таких больных позволяет быстро исключить поражение периферической нервной системы и заболевание спинного мозга.

**1. Инсульт**

Инсульт является одним из наиболее частых неврологических осложнений, наблюдаемых в отделении неотложной помощи. Ярко выраженные клинически инсультные синдромы, относящиеся к циркуляции в передних отделах мозга, обычно распознаются без особых затруднений, но более сложные формы инсульта, часто характеризующиеся расстройством сознания и непредсказуемой клинической картиной, могут поставить в затруднительное положение даже самого опытного врача. Для правильной ориентации при выборе лечения и прогнозировании его исхода врачу необходимо иметь четкое представление о патофизиологических механизмах поражения и о его локализации в мозге.

Действительно, цереброваскулярная патология любого типа не является (в строгом смысле слова) неврологическим заболеванием. Инсультные синдромы включают не только инфаркты и кровоизлияния, но и весь диапазон локальных или системных васкулярных и периваскулярных заболеваний. Любой патологический процесс, нарушающий регионарный кровоток в мозге, может наблюдаться как типичный инсульт. Примером различных патологических состояний, приводящих к инсульту, могут служить малярия, трихинеллез, интрацеребральная гематома и неоплазмы.

При инсульте, как и при большинстве неврологических осложнений, тщательно собранный анамнез имеет важное значение для выяснения этиологии поражения, а данные объективного исследования служат наилучшим ориентиром при определении его анатомической локализации. Поскольку цереброваскулярное поражение имеет нарастающий и к тому же неотчетливый характер, необходимо попросить как больного, так и членов его семьи точно описать признаки и симптомы заболевания. К моменту поступления больного в ОНПпризнаки и симптомы заболевания часто изменяются или исчезают, поэтому многие решения приходится принимать на основании только анамнестических данных. Хорошим примером может служить больной с транзиторным ишемическим приступом (ТИП). Данная патология характеризуется отсутствием постоянного неврологического дефицита, но поддается многим видам лечения. Несвоевременно поставленный диагноз из-за отсутствия четких неврологических симптомов может обусловить повторное поступление больного в ОНП с полной клинической картиной инсульта. Таким образом, диагноз ТИП часто приходится ставить на основании только данных анамнеза. Рассказ больного о преходящих неврологических расстройствах, соответствующих обычным представлениям о васкуляризации мозга, должен вызвать серьезное подозрение в отношении ТИП. При ТИП с нарушением задней мозговой циркуляции (ствол мозга) часто используется антикоагуляция ацетилсалициловой кислотой, и проводятся рутинные исследования. ТИП с нарушением передней мозговой циркуляции (кора мозга) требует агрессивного исследования с проведением КТ-сканирования для исключения объемного поражения, а затем доплеровского УЗИ или различных ангиографических методов исследования для оценки состояния сосудов.

**2. Специфические цереброваскулярные синдромы**

Сосудистая анатомия мозга у разных больных имеет лишь минимальные различия, тогда как коллатеральное кровообращение весьма вариабельно. Следовательно, каждый данный больной может иметь только часть описанных здесь синдромов.

**Синдромы ишемического инсульта**

Синдромы средней мозговой артерии

Чаще всего имеет место эмболическая окклюзия средней мозговой артерии. Клиническая картина данного состояния включает контралатеральную гемиплегию и гемианестезию, контралатеральную гомонимную гемианопсию с нарушением конъюгации при взгляде в сторону, противоположную поражению, афазию с вовлечением доминирующего полушария, конструкционную апраксию и анозогнозию с вовлечением недоминируюшего полушария мозга. Однако при обычной окклюзии вовлекаются лишь ветви средней мозговой артерии, что обусловливает клиническую картину неполного синдрома. Верхние конечности обычно поражаются в большей мере, чем нижние; при поражении доминирующего полушария наблюдаются различные формы афазии.

Синдромы передней мозговой артерии

При поражении передней мозговой артерии часто имеют место паралич контралатеральной стопы и ноги и контралатеральная потеря центра при контралатеральном нарушении сопротивления (gegenhalten), абулии, апраксии походки и недержании мочи.

Синдромы задней мозговой артерии

Задняя мозговая артерия кровоснабжает затылочную часть коры, а ее ветви — верхние среднемозговые структуры. Такие больные могут иметь контралатеральную гомонимную гемианопсию или квадрантанопсию, потерю памяти, дизлексию без аграфии, контралатеральный гемипарез, контралатеральное гемисенсорное выпадение и ипсилатеральный паралич III черепного нерва при контралатеральной гемиплегии.

Синдромы вертебробазилярной артерии

Вертебробазилярные поражения

Вертебробазилярные артерии подвержены как атеросклеротическому сужению, так и эмболии. Поскольку вертебральная система артерий кровоснабжает задние отделы мозга, включая мозжечок и ствол, неврологический дефицит, обусловленный окклюзией этих артерий, вполне предсказуем. Наблюдаемые нарушения включают ипсилатеральную атаксию, контралатеральную гемиплегию с потерей чувствительности, ипсилатеральный горизонтальный паралич взора с контралатеральной гемиплегией, ипсилатеральное периферическое поражение VII черепного нерва, интернуклеарную офтальмоплегию, нистагм, вертиго, тошноту и рвоту, а также глухоту и шум в ушах, Простой лабиринтит может проявляться нистагмом, системным головокружением, тошнотой и рвотой, а также глухотой и шумом в ушах, но при этом отсутствуют любые другие признаки или симптомы поражения мозжечка или ствола мозга.

Окклюзия базилярной артерии

Собственно окклюзия базилярной артерии обычно сопровождается такими тяжелыми симптомами двустороннего поражения, как квадриплегия и кома, а также синдромом "бодрствующей" комы. При этом синдроме поражается покровная (верхняя) часть моста, что приводит к нарушению всех моторных функций, за исключением взгляда вверх.

Инфаркты мозжечка

Инфаркты мозжечка обычно сопровождаются головокружением, тошнотой, рвотой, нистагмом и неспособностью стоять или ходить, если нарушается функция срединной части мозжечка. Такой больной должен тщательно наблюдаться; если набухание мозжечка вызывает прогрессирование симптоматики, то проводится срочная декомпрессия задней черепной ямки.

Лакунарный инфаркт

В 1967 году Fisher описал ряд характерных инфарктов ствола мозга, которые, по сути, были микроинфарктами, получившими название *лакунарных инфарктов.* Эти небольшие кистоподобные инфаркты возникают главным образом в глубине серого вещества мозга и в стволе и сопровождаются характерной симптоматикой. Описаны четыре специфических состояния лакунарного инфаркта.

Синдром "неуклюжей" дизартрии вследствие небольшого поражения средних отделов моста.

Парез нижней конечности и атаксия вследствие поражения моста или внутренней капсулы.

Чисто сенсорный инсульт вследствие поражения таламуса. Обычно это приводит к потере чувствительности лица, руки или ноги при отсутствии гемиплегии или других симптомов.

Чисто моторная гемиплегия, обусловленная поражением моста или внутренней капсулы с параличом руки, лица и ноги без потери чувствительности. При правосторонней гемиплегии афазия не обнаруживается. При левосторонней гемиплегии отсутствуют явные признаки поражения теменной доли мозга.

Лакунарные инфаркты наблюдаются у больных с артериальной гипертензией, поэтому контроль гипертензии в подобных случаях имеет принципиально важное значение. Неврологический дефицит у многих таких больных является относительно транзиторным, и при адекватном врачебном наблюдении функции ЦНС полностью восстанавливаются.

Рамки данной главы не позволяют дать полный обзор возможных вариантов синдрома с поражением ствола мозга. Достаточно сказать, что подавляющее большинство инсультов с поражением ствола обусловлено нарушениями в вертебробазилярной системе; при этом точная анатомическая локализация поражения вполне возможна ввиду достаточно четкой нейроанатомии данной области.

Существует множество эпонимических синдромов, таких как синдромы Валленберга, Вебера и Парино, связанные с поражением ствола мозга, однако следует помнить об очень важном признаке, а именно: при наличии чередующихся симптомов (т. е. одностороннее поражение с вовлечением черепных нервов на одной стороне ствола мозга при сенсорных или моторных расстройствах на противоположной стороне тела) в патологический процесс вовлекаются нисходящие пути после их выхода из коры мозга и внутренней капсулы, но до перекреста в нижнем отделе продолговатого мозга. Таким образом, больной может иметь признаки поражения черепных нервов на одной стороне, а моторные и сенсорные нарушения (ниже уровня большого затылочного отверстия) — на противоположной стороне тела. Более подробные указания и данные вряд ли необходимы для ОНП; к тому же они детально обсуждаются в текущей литературе.

Преходящая глобальная амнезия

Ишемия области гиппокампа и миндалевидных структур может привести к такому часто недиагностируемому синдрому, как преходящая глобальнаяамнезия.Этот синдром обычно наблюдается у больных старше 60 лет и характеризуется внезапной потерей памяти на недавние события или неспособностью запомнить что-либо новое; однако память на прошлое, как правило, бывает очень хорошей. Во время эпизодов этого синдрома больные сохраняют способность выполнять весьма сложные задания (даже арифметические действия); речь при этом не нарушается. У подавляющего большинства больных память полностью восстанавливается, и не вполне ясно, имеют ли указанные симптомы ту же прогностическую значимость, что и другие признаки ТИП.

**Геморрагические синдромы**

Субарахноидальное кровотечение

Субарахноидальное кровотечение обычно происходит вследствие разрыва мешотчатой аневризмы. Оно возникает в месте артериолярной бифуркации или ответвления. Возраст подавляющего большинства таких больных — 35—65 лет. Частота субарахноидального аневризматического кровотечения выше у больных с поликистозом почек и коарктацией аорты. В отличие от тромботических и эмболических поражений, часто присутствующих при ТИП, аневризмы обычно бывают бессимптомными вплоть до их разрыва.

В типичных случаях возникновение кровотечения сопровождается крайне тяжелой головной болью, которую больной никогда ранее не испытывал. В этот момент больной обычно не теряет сознания, однако возможно быстрое возникновение ступора, прогрессирующего до комы, без очаговых латерализуюших признаков.

Данные осмотра больного и неврологического обследования могут быть нормальны, за исключением признаков повышенного раздражения менингеальных оболочек.

Кровоизлияние в мозг при артериальной гипертензии

Синдромы гипертензивного кровоизлияния в мозг также имеют достаточно характерные проявления. Гипертензивное кровотечение почти всегда бывает обусловлено пенетрацией небольших и уже поврежденных (в результате гипертензии) сосудов мозга и обычно возникает в следующих местах (перечислено в убывающем порядке): в путамене, таламусе, мосте и мозжечке. Кровотечения, обусловленные антикоагулянтами или диатезом, обычно локализуются в других областях мозга, где гипертензивные кровоизлияния отмечаются редко, например в лобных, теменных, височных или затылочных долях.

Кровоизлияние в путамен часто имеет клиническую картину, неотличимую от наблюдаемой при окклюзии средней мозговой артерии, с контралатеральной гемиплегией, гемианестезией, гомонимной гемианопсией, афазией или неразборчивой речью в зависимости от пораженного полушария (правого или левого). У больных с кровоизлиянием в путамен обычно отмечается более выраженное угнетение сознания, чем у больных со стандартной окклюзией средней мозговой артерии.

Кровоизлияние в таламус сопровождается контралатеральным гемипарезом с контралатеральной гемианестезией. Степень потери чувствительности обычно значительно превышает степень двигательных нарушений. Иногда отмечается ограничение взгляда вверх или косоглазие без нарушения поля зрения.

Кровоизлияние в мост обычно обусловливает точечность зрачков с минимальной реакцией на свет и появление позы децеребрации. У таких больных быстро развивается кома, а при калорическом тестировании отсутствуют нормальные окуловестибулярные рефлексы.

При диагностике любых кровотечений, связанных с разрывом или окклюзией мозговых артерий, наиболее важным представляется выявление кровоизлияния в мозжечок. В типичных случаях отмечается внезапное возникновение головокружения и рвоты при выраженной атаксии всего туловища. Больной не в состоянии ни ходить, ни стоять, но в остальном он вполне ориентирован и активен. Полушарные расстройства не наблюдаются. Могут присутствовать симптомы, связанные с компрессией ипсилатеральной части моста, такие как ипсилатеральный паралич VI черепного нерва и околомостовые нарушения центра взора, а также слабость мышц лица. Больной быстро впадает в кому; смерть часто обусловлена сдавлением ствола мозга. Кровоизлияние в мозжечок — это излечимое состояние при условии ранней диагностики; хирургическая декомпрессия и эвакуация гематомы позволяют устранить нарушение функции и вернуть больного к нормальной жизни.

**3. Дифференциальная диагностика неврологических симптомов при поступлении больных в ОНП**

Лишь немногие больные поступают в ОНП с жалобами специфического характера. Следовательно, необходима стандартизированная система оценки жалоб общего характера, не связанных со специфической этиологией. Ниже схематично (для удобства использования в ОНП) представлена связь отдельных симптомов с конкретными нозологическими формами.

**Правосторонняя мышечная слабость**

Кортикальная локализация

При наличии афазии поражение должно иметь кортикальный компонент. Следует оценить способность больного называть предметы, повторять за врачом те или иные фразы, читать, а также понимать и выполнять команды. Необходимо помнить, что у всех правшей и примерно у 70—80 % левшей левое полушарие является доминирующим.

**Кортикальная потеря чувствительности.** Кортикальная потеря чувствительности проявляется потерей графэстазии, стереогноза и двунаправленной дискриминации (two-point discrimination). Потеря чувствительности лица и руки в большей степени, чем ноги, четко свидетельствует о поражении в области кровоснабжения коры средней мозговой артерией.

**Девиация глаз.** Отмечается девиация в направлении пораженного полушария и в сторону, противоположную гемипарезу. Обычно присутствует дефект поля зрения.

**Субкортикальная локализация**

В случаях субкортикальной локализации патологический процесс захватывает внутреннюю капсулу, базальный ганглий или таламус. При этом в одинаковой степени поражаются лицо, рука и нога. Признаки субкортикальной локализации включают следующее:

1. Отсутствие афазии
2. Аномальное положение тела
3. Резко выраженная потеря чувствительности
4. Девиация глаз может быть такой же, как при кортикальных поражениях.

**Левая часть ствола мозга**

Правосторонняя гемиплегия с признаками левостороннего поражения ствола мозга, такими как паралич черепного нерва на левой стороне лица

Признаки поражения мозжечка с аномальным результатом пальценосовой пробы и наличием адиадохокинеза слева при мышечной слабости справа

Нистагм, наиболее выраженный при направлении взгляда больного в сторону поражения

Возможна потеря слуха

Чередующиеся сенсорные признаки с потерей чувствительности и мышечной слабостью на правой стороне тела и потерей чувствительности на левой стороне лица вследствие вовлечения различных путей проведения для каждой области

Дизартрия

Отклонение языка и аномальное направление взгляда с затруднением взгляда влево вследствие поражения левой части ствола мозга.

**Поражения спинного мозга**

При поражениях спинного мозга отсутствует вовлечение мышц лица и нет афазии, дисфазии или дизартрии.

Паралич на стороне поражения, но нарушение болевой и температурной чувствительности может быть на стороне, противоположной мышечной слабости (синдром Броун-Секара).

Уровень сенсорных нарушений определяется при тестировании с иглой.

Могут отмечаться расстройства со стороны мочевого пузыря и кишечника.

**Дифференциация правосторонней мышечной слабости и онемения**

1. Васкулярная патология — Тромбоз, кровотечение, артерио-венозная аномалия развития, субарахноидальное кровоизлияние, преходящая ишемическая атака, венозный инфаркт, поражение сонных артерий или внутричерепных сосудов
2. Субдуральная гематома, эпидуральная гематома
3. Опухоль (первичная или метастатическая)
4. Абсцесс мозга
5. Заболевание сердца — Состояния с низким сердечным выбросом и аритмия
6. Состояние, сопровождающееся судорогами — Послесудорожный паралич (паралич Тодда)
7. Паралич Белла — Периферический паралич VIIчерепного нерва области лица
8. Васкулярная мигренозная головная боль
9. Метаболические нарушения — Редкая причина очаговых неврологических симптомов.
10. Функциональные нарушения — Психические расстройства

**Левосторонняя гемиплегия**

У большинства больных недоминирующим полушарием является правое полушарие, которое контролирует левую половину тела. Следовательно, для подтверждения левосторонней гемиплегии необходима оценка недоминирующей (или правополушарной) функции. Если поражение локализуется в коре, то необходимо последнее исключить, ответив на следующие вопросы.

Не игнорирует ли больной левой стороной тела? Или — способен ли больной воспринимать части своего тела как собственные?

Способен ли больной различать двойное одновременное раздражение при подавлении импульсов в какой-либо одной части тела?

Дополнительные вопросы, помогающие при оценке недоминирующей полушарной функции.

Нет ли у больного конструкционной апраксии? Может ли больной нарисовать простой план, а также назвать и обозначить на нем определенные участки? Может ли больной нарисовать циферблат и обозначить на нем часы?

Нет ли у больного пространственной дезориентации в комнате?

Не устает ли больной от последовательного выполнения заданий?

Все указанные пробы могут подтвердить вовлечение в патологический процесс недоминирующего полушария мозга. Кроме того, следует отметить признаки, общие для обоих полушарий, такие как квадрантанопсия и большая слабость в руках по сравнению с ногами. Признаки вовлечения субкортикальных областей, ствола мозга и спинного мозга аналогичны наблюдаемым при правосторонней слабости, за исключением того, что они будут отмечаться на левой стороне.

**Левосторонняя мышечная слабость и онемение**

Все указанное для дифференциальной диагностики при правосторонней мышечной слабости применимо к левосторонней слабости.

**Литература**

1. Неотложнаямедицинская помощь: Пер. с англ./Под Н52 ред. Дж. Э. Тинтиналли, Р. Л. Кроума, Э. Руиза. — М.: Медицина, 2001.