

УДК: 616.831-005.1-036.86-06:616.89-008.

Клінічний випадок: стан хворого після повторного гострого порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом в басейні правої середньої мозкової артерії з лівобічним геміпарезом

■ Свиридова Н.К.

д.мед.н., професор, завідувач кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ Інгула Н.І.

Аспірант кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ Белякова І.М.

Інтерн кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ Руда Н.Р.

Інтерн кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ Підгірна Х.І.

Інтерн кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ Щербатий А.А.

Лікар-невролог Рівненського обласного центру психічного здоров'я Рівненський державний базовий медичний коледж

Резюме

Цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ) – складають від 30 до 50% усіх захворювань серцево-судинної системи, зокрема 110 тис. нових випадків мозкового інсульту (МІ) щорічно реєструються в Україні, з яких 30-40% закінчуються летально у перші 30 днів та до 50% упродовж 1 року. Первинна захворюваність на МІ у 1,5-2 рази перевищує середньосвітові показники. Серед найбільш значущих факторів ризику виникнення інсультів виділяють артеріальну гіпертензію (АГ), захворювання серця (ішемічна хвороба серця, порушення серцевого ритму), транзиторні ішемічні атаки в анамнезі, цукровий діабет, атеросклероз

(дисліпідемія). На основі проведених досліджень доведено, що рівень систолічного артеріального тиску корелює зі зниженням ризику виникнення інсульту у хворих на АГ.

У статті описаний клінічний випадок з практики – ведення пацієнта після перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу. Акцентовується увага на методах обстеження, основній тактиці лікування та реабілітації хворого з даною патологією.

Ключові слова: клінічний випадок, ішемічний інсульт, артеріальна гіпертензія, методи обстеження, диференційна діагностика, лікування, реабілітація, Армадін.

Пацієнт Н., 51 рік, був госпіталізований до неврологічного відділення з попереднім діагнозом «Артеріальна гіпертензія. Стан після гострого порушення мозкового кровообігу (27.07.15 р.)» з метою обстеження, лікування та проведення реабілітації.

При поступленні хворий скаржився на слабкість в лівих кінцівках, більше в руці, відчуття оніміння бічної поверхні лівого стегна, кінчиків пальців лівої руки та ноги, перекошена ліва половина обличчя (переважно в нижніх відділах), порушення мови, періодичне поперхування рідиною, посилене слиновиділення, зниження пам'яті на поточні події, труднощі при концентруванні уваги, періодичне підвищення АТ до 170-180/100 мм рт. ст. (1-2 рази на тиждень), що супроводжується шумом у вухах та головним болем в скроневих ділянках.

Анамнез захворювання

Більше 20 років хворіє на артеріальну гіпертензію. Систематично не лікувався. Захворів гостро 27.07.15 р., коли на фоні різкого підвищення АТ до 240/180 мм рт. ст. з'явилися скарги на слабкість лівих кінцівок, перекошене обличчя та порушення

координації. Був госпіталізований в неврологічне відділення Бучанської міської лікарні, де встановлено діагноз: «Гостре порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом в басейні правої середньої мозкової артерії». За час перебування в лікарні хворий отримав курс медикаментозної терапії і був виписаний з незначним покращенням. Госпіталізований 10.11.15 р. в плановому порядку в II неврологічне відділення КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня» з метою обстеження, лікування та проведення реабілітації.

Анамнез життя

Кір, краснуху, туберкульоз, цукровий діабет, вірусні гепатити, венеричні захворювання заперечує. Оперативні втручання та травми виключає. Алергологічний анамнез зі слів хворого не обтяжений. Шкідливі звички заперечує. Спадковий анамнез обтяжений (батьки хворіють на артеріальну гіпертензію). З дитинства хворіє на сенсоневральну приглухуватість.

Об'єктивний статус

Загальний стан хворого середнього ступеню важкості. Нормостенічної тілобудови. Шкіра тілесного кольору, без висипань. Тургор збережений. Слизові оболонки рожеві, вологі, чисті. Ступінь розвитку підшкірно-жирової клітковини помірний. Лімфатичні вузли при пальпації не збільшені, рухомі, безболісні та неспаяні з навколишніми тканинами. Щитоподібна залоза при пальпації звичайних розмірів та консистенції, безболісна. Артеріальний тиск 130/80 мм рт. ст., частота серцевих скорочень 78 уд./хв., задовільного наповнення, ритмічний, симетричний. В легенях вислуховується везикулярне дихання над всією поверхнею, хрипи відсутні. Живіт м'який, безболісний у всіх відділах. Симптоми подразнення очеревини відсутні. При пальпації печінка по краю реберної дуги, безболісна, не змінена. Селезінка не пальпується. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Набряки відсутні. Фізіологічні відправлення в межах норми.

Неврологічний статус

Хворий у свідомості, орієнтований у місці, просторі і часі.

Хоботковий рефлекс «+», симптом Марінеску-Радовичі справа «+». Очні щілини D=S, зіниці D=S, фотореакції збережені, живі. Рухи очних яблук в повному обсязі. Ністагм горизонтальний, дрібно розмашистий, при погляді в сторони. Конвергенція не порушена. Обличчя асиметричне, за рахунок згладженої лівої носо-губної складки, опущення кута рота, симптом «паруса» зліва. Глотковий рефлекс дещо знижений з обох сторін. Язик по середній лінії. Ковтання в нормі, фонація не порушена. Наявні елементи дизартрії.

Глибокі рефлекси: з рук і ніг S>D, живі. Патологічні рефлекси: симптом Бабінського, Штрюмпеля та Пусеппа позитивні зліва.

Сила в верхніх кінцівках: ліва рука в дистальних відділах 2,5 бали, в проксимальних відділах 3,5 бали, права рука в дистальних та в проксимальних відділах 5 балів. Сила в нижніх кінцівках: зліва – в

проксимальних та дистальних відділах 3,5 бали, справа – в проксимальних та дистальних відділах 5 балів. Тонус у лівих кінцівках підвищений за центральним типом (тип складного ножа).

Проба Барре (верхній Барре та нижній Барре) позитивна зліва, проба Панченка позитивна зліва.

В позі Ромберга хиткість. Пальце-носову пробу виконує з промахуванням з обох сторін. При п'ятково-колінній пробі – інтенція зліва. Хода порушена.

При дослідженні чутливості – показує гіпестезію по мозаїчному типу. Вібраційна чутливість знижена в дистальних відділах лівих кінцівок. Менінгеальні знаки на момент огляду відсутні. Визначається емоційна лабільність.

Для оцінки психоемоційного стану та аналізу когнітивних порушень хворий був протестований по наступних шкалах:

1. Шкала інсульту національного інституту здоров'я NIHSS – 6 балів (неврологічні порушення легкого ступеня)

2. Шкала MMSE – 27 балів (когнітивні порушення)

3. Монреальська шкала когнітивної оцінки MoCA – 25 балів (когнітивні порушення)

4. Тест «Батарейка лобної дисфункції» – 17 балів (не змінена)

5. Тест малювання годинника – 10 балів (норма)

6. Шкала Занга – 58 балів (легкий тривожний розлад)

7. Шкала HADS – 20 балів (клінічно виражена тривога/депресія)

8. Шкала Спілбергера-Ханіна – 45 балів (середній рівень ситуативної тривоги), 43 бали (середній рівень особистісної тривоги)

Обстеження лабораторні:

1. Загальний аналіз крові (29.10.15 р.): гемоглобін – 138 г/л, еритроцити – $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $9,1 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 6 мм/год, тромбоцити – 280×10^9 /л.

2. Загальний аналіз сечі (29.10.15 р.): питома вага – 1017, білок «-», глюкоза «-», лейкоцити – 3–6 в полі зору, бактерії «-», солі оксалатів ++.

3. RW (18.10.15 р.) – негативна.

4. Глюкоза крові (29.10.15 р.): 6,8 ммоль/л.

5. Біохімічний аналіз крові (29.10.15 р.): білірубін загальний – 23,6 ммоль/л (прямий – 2,1 ммоль/л, непрямий – 14,11 ммоль/л), тимолова проба – 6,0 од, трансаміназа печінкова – 0,7 ммоль/л, сечовина – 5,0 ммоль/л, креатинін – 0,065 ммоль/л, загальний білок – 80 г/л, амілаза – 17 мг, холестерин – 7,31 ммоль/л, бета-ліпопротеїди – 80 од.

6. Коагулограма (29.10.15 р.): протромбіновий час згортання за Лі-Уайтом – 9'23», ПТІ – 88%, фібриноген – 4,75 г/л, тромботест – V ст., фібринолітична активність крові – 15,5%, ретракція згустку – 34,5%, фібриноген В – негативний, гематокрит – 50,0%.

7. Ліпидограма (29.10.15 р.): холестерин заг. – 5,4 ммоль/л, тригліцериди – 2,4 ммоль/л, ЛПВЩ – 1,0 ммоль/л, ЛПНЩ – 3,8 ммоль/л, ЛПДНЩ – 0,6 ммоль/л, індекс атерогенності – 4,4.

Обстеження інструментальні:

Електрокардіографія (26.10.15 р.): Нормальне положення ЕВС. ЧСС – 72 уд/хв. Часта передсердна

Диференційна діагностика

| Нозологія / Клінічна картина | ГПМК за ішемічним типом | ГПМК за геморагічним типом | Пухлини ГМ | Енцефаліти | Абсцес ГМ |
|-------------------------------------|--|--|--|--|---|
| Початок | Гострий | Гострий | Підгострий або поступовий | Гострий чи підгострий | Підгострий |
| Анамнез | Атеросклероз, АГ і інші захворювання ССС, цукровий діабет | Артеріальна гіпертензія | Без особливостей | Контакт з хворим вірусною інфекцією чи перенесена вірусна інфекція | Патологія легень, «сині» вади серця, бактеріальний ендокардит, відкрита проникаюча ЧМТ, імунодефіцити стани. |
| Вогнищева симптоматика | Характерна | Характерна | Характерна | Характерна | Характерна |
| Загально мозкова симптоматика | Не виражена | Виражена | Наростає поступово | Виражена | Виражена |
| Зв'язок з артеріальною гіпертензією | Так | Так | Немає | Немає | Немає |
| Ліквор | Норма | Кров'янистий, ксантохромний | Клітинно-білкова дисоціація, зниження рівня глюкози | Лімфоцитарний або лімфоцитарно-нейтрофільний плеоцитоз, дещо підвищений вміст білка, підвищений тиск | Норма або плеоцитоз (лімфоцити і полінуклеари), підвищення рівня білка, підвищення тиску |
| КТ | Гіподенсивне вогнище візуалізується в більшості випадків через 12-24 год | Вогнище підвищеної щільності | Гіперденсивні (підвищеної щільності) утворення, нерідко оточені гіподенсною зоною (набряк мозку) | Ділянки різного зниження щільності набряклої мозкової тканини | Округлий об'ємний утвір з чіткими, контурами підвищеної щільності з зоною зниженої щільності в центрі. По периферії капсули – зона набряку |
| МРТ | T-1: гіпоінтенсивне вогнище, T-2: гіперінтенсивне | МРТ-вогнище підвищеної щільності паренхіми мозку | З контрастуванням – накопичення контрасту. | Вогнищеві зміни, накопичення контрасту | T-1: від центральної і периферичної частини – зниження сигналу, від стінки капсули – гіперінтенсивний. T-2: центральна частина – гіпоінтенсивний сигнал, а периферична – гіперінтенсивний. Капсула має чіткі межі |
| ЕЕГ | Дезорганізований α -ритм, велика кількість швидких хвиль, але кількість їх і амплітуда зберігаються в межах варіантів норми | Патологічні θ - і δ -хвилі | Зміщення серединних структур мозку. Поява вогнищ біоелектричної активності, іноді – зони епіактивності | Дифузні неспецифічні зміни, домінує повільна активність | Вогнище патологічної активності в вигляді δ -хвиль і більш повільних коливань в зоні розташування абсцесу |

екстрасистолія. Виражені метаболічні, склеротичні зміни міокарда.

Рентгенографія органів грудної клітини (26.10.15 р.): Легеневі поля без інфільтративних змін. Корені структурні. Серце в межах норми.

МРТ головного мозку (11.09.15 р.) На серії томограм головного мозку в басейні кровопостачання середньої мозкової артерії в кортико-субкортикальних відділах правої лобно-скронево-тім'яної ділянки визначається неправильної форми з нечіткими нерівними межами неоднорідної структури в режимі flair вогнище кістозно-рубцевої деформації умовними розмірами 7,2×3,95×5,5 см. Паравентрикулярно вогнища лейкоареозу. Заключення: На фоні атрофічного процесу головного мозку, енцефалопатії, описані зміни в правій гемісфері у вигляді вогнища кістозно-рубцевої трансформації вказаної локалізації та змін по периферії характерні для повторного порушення мозкового кровообігу по ішемічному типу в басейні правої середньої мозкової артерії, підгостра стадія.

Дуплексне сканування судин голови та шиї (26.10.15 р.): стенозуючий атеросклероз внутрішніх сонних артерій (лівої – 40–45%, правої – 30–35%), гіпертонічної ангіопатії з формуванням артеріальних деформацій. Вертеброгенна деформація обох хребтових артерій.

Реоенцефалографія (12.09.15 р.): В басейні внутрішньої сонної артерії. Зліва: кровонаповнення підвищено на 17%; тонус крупних і середніх артерій в нормі; тонус дрібних артерій і артеріол в нормі; тонус венул в нормі. Венозний відтік вільний. Справа: кровонаповнення підвищено на 20%; тонус крупних і середніх артерій в нормі; тонус дрібних артерій і артеріол в нормі; тонус венул в нормі. Венозний відтік вільний. В басейні хребтової артерії зліва: кровонаповнення в нормі; тонус крупних і середніх артерій в нормі; тонус дрібних артерій і артеріол в нормі; тонус венул в нормі. Венозний відтік вільний. Справа: тонус крупних і середніх артерій в нормі; тонус дрібних артерій і артеріол в нормі; тонус венул в нормі. Венозний відтік вільний.

Консультації суміжних спеціалістів:

Кардіолог (10.11.15 р.): Ішемічна хвороба серця: атеросклеротичний кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба III ст., 3 ст. Часта передсердна екстрасистолія. СН I ст.

Окуліст (29.10.15 р.): Гіпертонічна ангіопатія сітківки обох очей. Вікова пресбіопія.

Психіатр (02.11.15 р.): Органічне ураження головного мозку змішаного генезу (гіпертонічна хвороба II ст., ГПМК від 27.07.15 р.) з легким

інтелектуально-мнестичним зниженням, когнітивними порушеннями, церебростенічним синдромом.

Клінічний діагноз

Церебральний атеросклероз. Гіпертонічна хвороба III ст. Стан після повторного гострого порушення мозкового кровообігу (27.07.15 р.) за ішемічним типом в басейні правої середньої мозкової артерії з лівобічним геміпарезом до глибокого в кисті та помірному в носі, порушенням функції лицевого нерву за центральним типом зліва, явищами дизартрії, помірно вираженими статико-динамічними порушеннями, вестибуло-координаторними порушеннями, легкими когнітивними розладами, вираженим астено-невротичним синдромом.

Проведене лікування протягом перебування в стаціонарному відділенні:

1. Антигіпертензивні препарати, для корекції рівня артеріального тиску: бета-блокатор – небілет – 5 мг 1 раз на день, інгібітор АПФ – раміприл – 5 мг 1 раз на день

2. Гіполіпідемічні препарати (статици) для зниження синтезу холестерину і тригліцеридів: аторвастатин – 10 мг 1 раз на день

3. Міорелаксанти, для корекції підвищеного м'язового тону в кінцівках: мідокалм 1,0 в/м 1 раз на день

4. Вітаміни групи В для покращення кровообігу і нормалізації роботи нервової системи: вітаксон 2,0 в/м 1 раз на день

5. Для профілактики виникнення повторного інсульту: препарат з антитромботичною дією – аспірин кардіо 100 мг 1 раз ввечері після їжі.

6. Для мембранопротекторної та антиоксидантної дії, покращення передачі нейромедіаторів по синаптичним зв'язкам рекомендовано препарат Армадін за схемою показано у таблиці.

Комплексна дія препарату допомагає підвищити рівень дофаміну в мозку, при ішемії підсилює компенсаторну активність гліколізу і знижує пригнічення окисних процесів цитратного циклу. Багатогранна дія Армадіна допомагає пацієнтам підвищити стресостійкість, виявляє анксиолітичну, ноотропну дію, знімає напади судом, знижує ризик втрати і розладів пам'яті. Лікарський препарат допомагає підвищити концентрацію уваги і працездатність, зменшує губний вплив етилового спирту. Армадін нормалізує процеси метаболізму в клітинах мозку, покращує циркуляцію крові по дрібних судинах і її реологічні властивості, зни-

| Армадін (добова доза) | 3 1-ої по 10-у добу | | |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--|
| | Ранок | Обід | Вечір |
| 800 мг | 300 мг в/в крапельно 1 раз/добу | - | 500 мг Армадін Лонг per os (1 таблетка) |
| | 3 10-ої по 20- у добу | | |
| 800 мг | 100 мг в/м 1 раз/добу | 100 мг в/м 1 раз/добу | 500 мг Армадін Лонг per os таблетка) |

жуючи агрегацію тромбоцитів. Багатогранна дія медикаменту знижує загальний вміст ЛПНЩ і холестерину в крові.

Показання для призначення Армадіна:

- 1) порушення кровообігу мозку
- 2) травми голови і їх наслідки
- 3) нейроциркуляторна дистонія
- 4) дисциркуляторна енцефалопатія
- 5) тривожні і когнітивні розлади (при атеросклерозі)
- 6) стан, схожий з невротами
- 7) інфаркт серцевого м'язу в гострому періоді
- 8) відкритокутова глаукома
- 9) запальні процеси з гнійними ускладненнями черевної порожнини.

Спосіб застосування:

- 1) Лікування Армадіном починають з 250–500 мг (таблетки) і 50–100 мг (ін'єкційного розчину). Додаткова доза не більше 800 мг 2–3 рази на добу.
- 2) В/в і в/м розчин слід вводити 5–7 хвилин, при краплинному в в введенні швидкість повинна скласти 40–60 крап./хв. При краплинному введенні Армадін потрібно розводити з 200 мл фізіологічного розчину.
- 3) Дозування препарату індивідуально варіюється і залежить від перебігу основної хвороби і супутніх захворювань.
- 4) При порушеннях кровообігу судин мозку Армадін призначають 1 раз/добу 2–4 дня по 200–300 мг крапельно в/в, після – в/м по 100 мг 3 рази/добу. Лікування слід продовжувати від 10 діб до 2-х тижнів.

Реабілітація (на тлі адекватної медикаментозної терапії)

1. Заходи спрямовані на зменшення спастичності та попередження контрактур:
 - ✓ Лікування положенням (укладка кінцівок з використанням спеціальних лонгет на 2 години (1–2 рази на день) таким чином, щоб м'язи, в яких спостерігається підвищений тонус, були розтягнуті)
 - ✓ Лікувальна фізкультура (спеціальні анти-співдружні пасивні та пасивно-активні рухи, баланс-терапія, кінезітерапія)
 - ✓ Функціональна електростимуляція (міостимуляція в русі моделює фізіологічний патерн нервово-м'язової активності не тільки на рівні спінальних локомоторних структур, але і на більш високих рівнях ієрархії центральної нервової системи, що і визначає його резистентність)
 - ✓ Рефлексотерапія
 - ✓ Магнітотерапія (основні лікувальні ефекти низькочастотного магнітного поля: вазоактивний, протинабряковий, гіпотензивний, трофічний, гіпокоагулюючий, нейротропний)
 - ✓ Вибірковий масаж

✓ Теплолікування – парафінові або озокеритові аплікації на спастичні м'язи

2. Медикаментозне лікування: основний засіб боротьби зі спастичністю – прийом міорелаксантів
3. Логопедична терапія (може оптимізувати безпечність ковтання, сприяти відновленню навичок комунікації пацієнта): заняття з логопедом
4. Психологічна та соціальна адаптація: консультація та спостереження у психотерапевта, лікаря-реабілітолога

Рекомендації щодо профілактики повторного інсульту, враховуючи кардіологічну патологію:

Для профілактики ішемічного інсульту та наявності ішемічної хвороби серця рекомендовано Армадін Лонг per os по 500 мг 1 раз/добу протягом 2 місяців

Контроль та корекція артеріального тиску та тривалий прийом антиагрегантів

Гіпохолестеринемічна дієта та прийом статинів, регулярне дослідження ліпідів крові (ліпідограма)

Санаторно-курортне лікування 1-2 рази на рік

Література

1. Zozulya I.S. Epidemiology of cerebrovascular diseases in Ukraine (2012). Ukr honey. A magazine. No. 5 (85). – P. 38–41.
2. Kulmatsky A.V. Frequency, pathogenesis, clinic and prophylaxis of repeated infringements of cerebral blood circulation: Author's abstract. Dis ... Candidate Honey. Sciences. – K., 2012
3. Zenkov L.R. (2004). Clinical Electroencephalography with Elements of Epileptology Guide for Physicians. M.: MEDpress-inform. 368 pp.
4. Vereshchagin N.V., Piradov MA, Suslina Z.A.(2008). Stroke: the principles of diagnosis, treatment and prevention – M.: Medicine. 176 pp.
5. Sirenko Yu.M. (2010). Prevention of Brain Injury in Arterial Hypertension (Methodical Recommendations) Arterial hypertension. No. 2. – p. 56–72.
6. Koo J. (2015). The Latest Information on Intracranial Atherosclerosis: Diagnosis and Treatment. Interv Neurol. Vol. 4 (1-2). – P. 48–50.
7. Sviridova N.K., Lubenets AS, Popov AV, Pavlyuk N.P., Usovich K.M. Svistun V.Yu. (2015). Complex treatment of acute cerebrovascular disorders. Eastern European neurological journal. No. 3. – p. 4–27.
8. Murashko N.K., Kustkova G.S. (2010). Hypertensive crisis – a factor of the destabilization of cerebral circulation. Medicines of Ukraine. – No. 4 (140). – P. 66–68.
9. Murashko N.K., Yu.I. Marukhno, AI Galusha (2011). Thrombolytic therapy in neurology: personal experience. Medicines of Ukraine. – No. 8 (154). – P. 100–101.

Клинический случай: состояние больного после повторного острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне правой средней мозговой артерии с левосторонним гемипарезом

Свиридова Н.К.

д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Ингула Н.И.

Аспирант кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Белякова И.М.

Интерн кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Руда Н.Р.

Интерн кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Подгорная К.И.

Интерн кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Щербатий А.А.

Врач-невролог Ровенского областного центра психического здоровья Ровенский государственный базовый медицинский колледж

Резюме

Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) – составляют от 30 до 50% всех заболеваний сердечно-сосудистой системы, в частности 110 тыс. новых случаев мозгового инсульта (МИ) ежегодно регистрируются в Украине, из которых 30–40% заканчиваются летально в первые 30 дней и до 50% в течение 1 года. Первичная заболеваемость МИ в 1,5–2 раза превышает среднемировые показатели. Среди наиболее значимых факторов риска возникновения инсультов выделяют артериальную гипертензию (АГ), заболевания сердца (ишемическая болезнь сердца, нарушения сердечного ритма), транзиторные ишемические атаки в анамнезе, сахарный диабет, атеросклероз (дислипидемия). На основе проведенных исследований доказано, что уровень систолического артериального давления коррелирует со снижением риска возникновения инсульта у больных АГ. В статье описан клинический случай из практики – ведение пациента после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения. Акцентируется внимание на методах обследования, основной тактике лечения и реабилитации больного с данной патологией.

Ключевые слова: клинический случай, ишемический инсульт, артериальная гипертензия, методы обследования, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация, Армадин

Clinical Case: Condition of the patient after repeated acute cerebrovascular disruption by ischemic type in the basin of the right middle cerebral artery with left-sided hemiparesis

Svyrydova N.

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Ingula N.

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Bieliakova I.

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Ruda N.

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Pidgirna K.

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Shcherbaty A.

Doctor neurologist Health center mentally city Rovno

Summary

Cardiovascular diseases (CVD) – represent between 30 percent to 50 percent of all cardiovascular system's diseases, and account 110 thousands of new stroke cases every year in Ukraine, death rate during first 30 days is 30–40 % and 50 % during 1st year. Primary stroke morbidity is higher in 1.5–2 times than world's average. The most significant risk factors of stroke are hypertension, heart diseases (coronary artery disease, heart rhythm disorders), transient ischemic attack in anamnesis, diabetes, atherosclerosis (dyslipidemia). According conducted researches it is proven, that level of systolic blood pressure correlates with decreased risk of stroke in patients with hypertension. This article describes a case from clinical practice – management of patient with acute ischemic stroke. The attention is focused on the methods of examination, basic treatment strategy and rehabilitation of patient with this pathology.

Keywords: clinical cause, ischemic stroke, hypertension, diagnostics, differential diagnosis, treatment, rehabilitation, Armadin.