

Авторы:

Щугарева Людмила Михайловна – невролог, д-р мед. наук, доцент кафедры детской невропатологии и нейрохирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова;

Лазебник Тамара Аркадьевна – невролог, канд. мед. наук, доцент кафедры детской невропатологии и нейрохирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова;

Андрющенко Наталья Владимировна – невролог, канд. мед. наук, доцент кафедры детской невропатологии и нейрохирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова;

Потешкина Оксана Васильевна – невролог, канд. мед. наук, доцент кафедры детской невропатологии и нейрохирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова;

Икоева Галина Александровна – невролог, канд. мед. наук, доцент кафедры детской невропатологии и нейрохирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова;

Крюков Евгений Юрьевич – нейрохирург, д-р мед. наук, заведующий кафедрой детской невропатологии и нейрохирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова.

Рецензент:

Иванова Наталья Евгеньевна – д-р мед. наук, профессор НИИ неврологии и нейрохирургии им. Н. Н. Поленова, главный научный сотрудник Нейрохирургического института, зам. председателя диссертационного совета, академик Петровской академии наук.

Инсульты у детей: учебное пособие / Л. М. Щугарева, Т. А. Лазебник, О. В. Потешкина [и др.]. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2019. – 40 с.

ISBN 978-5-299-00943-9

Учебное пособие посвящено диагностике, лечению и реабилитации острого нарушения мозгового кровообращения у детей. Анализ материала основан на собственном опыте работы и данных литературы. В пособие включены редкие причины развития инсультов у детей, которые чаще всего не диагностируются из-за недостаточной осведомленности специалистов. Описана терминология, этиология, классификация и подходы в терапии, основанные на принципах доказательной медицины. Особое внимание удалено методам нейровизуализации.

Пособие предназначено для неврологов и врачей смежных специальностей (неонатологов, нейрохирургов, врачей общей практики).

УДК 616.831-005.1-053.2 (07)

ISBN 978-5-299-00943-9

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Условные сокращения	4
Введение	5
Терминология	7
Классификация	7
Этиология	8
Нейровизуализация	10
Клинические проявления	14
Лечение	17
Реабилитация двигательных нарушений в раннем и отдаленном периодах инсульта	24
Прогноз и реабилитация развития	26
Профилактика рецидивов	36
Тестовые задания	37
Литература	39

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Клинические проявления ОНМК в детском возрасте отличаются от инсульта у взрослых больных. Дети, в отличие от взрослых, могут иметь неполную и вариабельную картину клинических симптомов. У 30 % детей инсульт может манифестировать только с головной боли, а у 20–48 % — с судорожного синдрома.

В течении инсульта выделяют несколько периодов:

1. **Острейший период** (первые 3–5 дней) — характеризуется появлением и нарастанием неврологических симптомов. Это период максимальных возможностей интенсивной и патогенетически направленной терапии.

2. **Острый период** (до 21 дня) — характеризуется относительной стабилизацией неврологического дефицита, вместе с тем возможно ухудшение состояния больного.

3. **Восстановительный период** (ранний — от 21 дня до 6 мес.; поздний — от 6 мес. до 2 лет) — характерно стабильное состояние больного и постепенная редукция патологической симптоматики.

Клинические нарушения при цереброваскулярной патологии у детей зависят от возраста, типа инсульта, локализации очага и площади поражения. Зачастую при развитии ОНМК имеет место сочетание общемозговой и очаговой неврологической симптоматики.

К общемозговым симптомам относят снижение уровня бодрствования, головную боль, тошноту/рвоту, менингеальные симптомы, локальную или общую световую (фотофобия), звуковую (фонофобия) или тактильную гиперестезию. Зачастую развивается головокружение или потеря равновесия (атаксия) системного характера. Для объективной оценки состояния используют балльную педиатрическую шкалу комы Глазго.

К начальным симптомам ОНМК у детей старшего возраста относят внезапную слабость или снижение чувствительности губ, лица, языка, нарушение артикуляции и понимания речи, острое нарушение зрения (снижение остроты, диплопия). Могут также нарушаться чувства гнозиса пространства, схемы тела, происходит замедление процессов мышления. Возможна обратимая потеря контроля функции мочевого пузыря и прямой кишки. У детей младшего возраста на первый план выступают общемозговые симптомы — отказ от еды, упорные срыгивания, изменение структуры сна, нарушение терморегуляции.

Очаговая неврологическая симптоматика определяется подтипов инсульта, бассейном кровоснабжения и площадью церебрального поражения.

Если причиной инсульта явилась эмболия, то неврологические расстройства развиваются внезапно и быстро достигают максималь-

ной выраженности. При тромботических инсультах неврологическая симптоматика обычно нарастает постепенно, в течение нескольких часов или суток (прогрессирующий инсульт). В 80 % случаев ИИ наблюдаются в системе средней мозговой артерии, а в 20 % — в других церебральных бассейнах. Для геморрагических инсультов характерна выраженная общемозговая симптоматика, прежде всего в виде головной боли и нарушения сознания.

При окклюзии средней мозговой артерии (СМА) развиваются синдром «трех геми» (контрлатеральная гемиплегия, гемигипестезия, гомонимная гемианопсия); контрлатеральный парез взора; афазия (при поражении доминантного полушария);aprаксия, агнозия, асоматогнозия (нарушение различных видов восприятия) и анозогнозия (отсутствие критической оценки больным своего дефекта либо заболевания, развивается при поражении недоминантного полушария).

При поражении ветвей СМА возникают неполные синдромы поражения: моторная афазия и контрлатеральный парез руки и лицевого нерва (при окклюзии верхних ветвей СМА); сенсорная афазия (при окклюзии нижних ветвей СМА).

Нарушение кровообращения в бассейне передней мозговой артерии (ПМА): контрлатеральный неравномерный гемипарез и гемигипестезия с преимущественным поражением ноги, контрлатеральная гемиатаксия, контрлатеральные очаги хватательный рефлекс,aprаксия на гомолатеральной стороне (чаще слева), изменение психики в виде дезориентации, болтливости, склонности к плоским шуткам (лобная психика), гиперкинезы области лица и руки; при двустороннем поражении расстройство мочеиспускания по центральному типу.

Нарушение кровообращения в бассейне задней мозговой артерии: контрлатеральная гомонимная гемианопсия (половинная или квадрантная), зрительная агнозия, таламический синдром (контрлатеральная гемианестезия, гемиатаксия, гемианопсия, таламическая боль, трофические нарушения); амнестическая афазия, алексия (за счет поражения смежных областей теменной, височной и затылочной долей слева).

При нарушении кровотока в вертебробазилярном бассейне клиническая картина зависит от уровня поражения сосудов. Окклюзия ствола базилярной артерии проявляется тетраплегией, двусторонним горизонтальным парезом взора, комой. При окклюзии ветвей базилярной артерии развиваются ипсолатеральная атаксия, контрлатеральная гемиплегия и гемианестезия, ипсолатеральный парез взора с контрлатеральной гемиплегией, парез ипсолатерального лицевого нерва, межъядерная офтальмоплегия, нистагм, головокружение, тошнота и рвота, шум в ушах и потеря слуха, нёбная миоклония и осциллопсия (иллюзия вращения окружающей обстановки). При окклюзии ствола базилярной артерии или обеих позвоночных артерий

характерны тетраплегия, двусторонний горизонтальный парез взора, кома или «синдром изоляции». Окклюзия интракраниального отдела позвоночной или задненижней мозжечковой артерии проявляется различными синдромами поражения продолговатого мозга. Наиболее часто в клинической практике встречается латеральный синдром продолговатого мозга, включающий нистагм, головокружение, тошноту, рвоту, дисфагию, дисфонию (нарушение звонкости голоса); ипсилатеральные нарушения чувствительности на лице, синдром Горнера; контролатеральное нарушение болевой и температурной чувствительности.

При окклюзии задней мозговой артерии развиваются контролатеральная гомонимная гемианопсия, амнезия, дислексия (без дисграфии), вероятен легкий контролатеральный гемипарез с гемианестезией; отмечается поражение ипсилатерального глазодвигательного нерва, контролатеральная гемиплегия или атаксия.

Синдром мозжечкового инсульта: на ранней стадии инфаркт мозжечка проявляется головокружением, тошнотой, рвотой, альтернирующим нистагмом и атаксией, могут развиваться признаки сдавления ипсилатеральной части моста, проявляющиеся контролатеральным парезом взора, ипсилатеральной слабостью мимических мышц, ипсилатеральным ослаблением роговидного рефлекса. Позднее, через 1–3 сут могут развиваться симптомы сдавления ствола мозга, обусловленного отеком мозжечка: паралич взора, поражение ипсилатеральных тройничного и лицевого нервов, быстрое развитие комы и нарушение дыхательной и сердечной деятельности.

При нарушении кровотока в бассейне внутренней сонной артерии возможно как бессимптомное течение инсульта, так и признаки цереброваскулярной недостаточности, характерные для вовлечения бассейна СМА или зон смежного кровоснабжения (чаще между ПМА и СМА): слабость или парестезии в контролатеральной руке, центральный контролатеральный парез лицевого и подъязычного нервов, преходящая монокулярная слепота.

Для лакунарных инсультов характерны изолированные моторный и сенсорный неврологические дефициты, синдром «дизартрия – невловкая кисть», ипсилатеральная атаксия с парезом ноги.

Субарахноидальное кровоизлияние: внезапная интенсивная головная боль, рвота, субфебрильная лихорадка, нарушение сознания, менингеальные симптомы; при массивных САК – развитие очаговой неврологической симптоматики.

Паренхиматозное кровоизлияние характеризуется острым течением, с непрерывным нарастанием неврологической симптоматики в течение нескольких минут или часов. Характерны выраженные общемозговые симптомы.

ЦСТ имеет различные клинико-неврологические нарушения в зависимости от возраста. У новорожденных ЦСТ проявляется в виде выраженных общемозговых неврологических нарушений за счет развития острой внутричерепной гипертензии в сочетании с судорожным синдромом. Очаговые неврологические нарушения при ЦСТ характерны для детей более старшего возраста. При осмотре возможно выявление расширения поверхностных вен головы.

ЛЕЧЕНИЕ

До сих пор не разработано единых международных протоколов лечения инсультов в детском возрасте за исключением инсультов при серповидноклеточной анемии. Современные рекомендации по лечению и профилактике заимствованы из протоколов лечения взрослых больных и основываются на мнении различных рабочих групп и результататах нерандомизированных исследований.

В настоящее время используют три варианта официальных клинических рекомендаций (гайдлайнсов) по лечению ОНМК у детей (guidelines of the American Heart Association Stroke Council, guidelines of the American College of Chest Physicians, guidelines of the Royal College of Physicians). Сводные данные по лечению ОНМК у детей в остром периоде представлены в табл. 5.