

## КЛИНИЧЕСКАЯ МИМИКРИЯ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ

Проф. Н. В. ЛИТВИНЕНКО, доц. М. Ю. ДЕЛЬВА,  
И. А. ЧЕРГИНЕЦ, Ю. В. ПИКУЛЬ, доц. И. И. ДЕЛЬВА

*ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», Полтава*

**Ретроспективно изучены частота и структура состояний, которые клинически имитируют ишемические инсульты и транзиторные ишемические атаки, у пациентов, госпитализированных в неврологическое отделение с такими диагнозами. Установлены характерные признаки, которые отличают эти состояния от истинных острых нарушений мозгового кровообращения.**

*Ключевые слова:* ишемический инсульт, транзиторная ишемическая атака, клиническая мимикрия.

Как правило, диагностика острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) не вызывает трудностей среди врачей-неврологов. Внезапное появление очаговой неврологической симптоматики в соответствии с зоной кровоснабжения определенной церебральной артерии позволяет идентифицировать данную патологию. Тем не менее, несмотря на рутинное использование в современной клинической практике методов нейровизуализации, проблема дифференциальной диагностики ишемических поражений головного мозга не теряет своей актуальности. Данный факт обусловлен патогенетической и клинической гетерогенностью ОНМК, широким спектром иных (нецереброваскулярных) патологических состояний, которые клинически маскируют эту патологию (так называемая «клиническая мимикрия инсультов»). Необходимо упомянуть и о «инсультах-хамелеонах» с нетипичным дебютом и клиническим течением, которые маскируются под психиатрическую патологию, инфаркт миокарда, разнообразные первичные дискинезии, периферические мононейропатии, демиелинизирующие заболевания [1–3].

В повседневной клинической практике неврологи имеют дело преимущественно с разнообразными патологическими состояниями — имитаторами ОНМК. Частота инсультной мимикрии на момент госпитализации пациентов составляет от 19 до 31% случаев [4, 5]. Более того, по данным немецкого регистра инсультов, в 6,5% всех проведенных тромболизисов в конечном итоге диагностировалась неинсультная патология [6]. Частота же клинической мимикрии транзиторных ишемических атак (ТИА) варьирует в еще более значительных пределах и в разных исследованиях в зависимости от их дизайна составляет от 10 до 50% случаев [7–10].

Как известно, нейровизуализационные методы исследования не исключают наличия ишемического поражения мозговой ткани в первые часы заболевания и имеют довольно ограниченную диагностическую ценность в случаях постиктальных состояний, метаболических и психогенных

нарушений, заболеваний периферической нервной системы, мигрени с аурой [3–5]. Так, даже после проведения компьютерно-томографического исследования головного мозга в 4% случаев [11], а после магниторезонансного томографического исследования — в 9% случаев [12] при наличии соответствующей клинической картины ошибочно диагностировались ишемические инсульты.

Неправильно установленный диагноз ОНМК в дебюте заболевания может иметь значительные негативные медико-социальные последствия: с одной стороны, пациент может поддаваться ненужным (а иногда и потенциально вредным) манипуляциям, с другой стороны, он не получает своевременного адекватного этиопатогенетического лечения.

Поэтому даже в нейровизуализационную эру остается актуальным изучение частоты и природы заболеваний, которые имитируют ОНМК, а также ключевых клинических признаков, которые позволяли бы заподозрить неврологу наличие клинической мимикрии ишемических инсультов и ТИА.

Цель исследования — изучить частоту и структуру состояний, которые имитируют ишемические инсульты и ТИА среди пациентов, госпитализированных в неврологическое отделение, а также определить ключевые клинические признаки, отличающие эти состояния от истинных ОНМК.

Нами ретроспективно проанализированы истории болезни 2219 пациентов с диагнозом «ишемический инсульт» и 517 — с диагнозом «ТИА», госпитализированных в неврологическое отделение 1-й городской клинической больницы г. Полтавы, за период 2008–2013 гг.

Анализ историй болезни проводился согласно разработанному алгоритму и включал: выяснение факта проведения нейровизуализационного исследования до момента госпитализации пациентов, определение возраста и пола, наличия сопутствующих заболеваний — факторов риска ОНМК: ишемической болезни сердца (ИБС), сахарного диабета (СД), артериальной гипертензии (АГ), а также когнитивных нарушений и перенесенных

инсультов в анамнезе, изучение основных неспецифических жалоб пациентов и очаговой неврологической симптоматики при их госпитализации, рассмотрение окончательного клинического диагноза.

Так как частота и структура патологических состояний — имитаторов ОНМК значительно отличаются в зависимости от проведенного нейровизуализационного исследования, нами отдельно анализировались случаи клинической мимикрии инсультов и ТИА при условии выполнения нейровизуализационного исследования на догоспитальном этапе или во время пребывания больных в стационаре.

Достоверность отличий между количественными признаками (средний возраст пациентов) устанавливали с помощью непарного *t*-критерия Стьюдента. Множественные сопоставления качественных показателей проводили с использованием критерия  $\chi^2$  с поправкой Йейтса. Количественный анализ частоты развития определенного явления в отдельных группах пациентов выполняли с помощью расчета показателя «отношение шансов» с доверительным интервалом (ДИ) 95%. Во всех случаях достоверными считались отличия при  $p < 0,05$ .

В 131 случае (25,3% всех случаев госпитализации с диагнозом «ТИА») фиксировались состояния — имитаторы ТИА, а в 177 (8,0% всех случаев госпитализации с диагнозом «ишемический инсульт») — клиническая мимикрия инсультов (пациенты выписывались или переводились в другое отделение с иным окончательным клиническим диагнозом).

Таблица 1

**Частота клинической мимикрии острых нарушений мозгового кровообращения в зависимости от данных нейровизуализации**

Имитаторы ТИА		Имитаторы инсультов	
до нейровизуализации	после нейровизуализации	до нейровизуализации	после нейровизуализации
24,9%	26,2%	9,7%	5,6%

После проведения нейровизуализационного исследования частота состояний-имитаторов ТИА практически не менялась, а частота клинической мимикрии инсультов значительно уменьшалась (относительное снижение на 42,2%) (табл. 1). Этот феномен можно объяснить тем, что клиническая мимикрия ТИА чаще вызывается состояниями, которые не сопровождаются какими-либо изменениями при нейровизуализационном исследовании (вегетативные пароксизмы, поражение периферического отдела вестибулярного анализатора, заболевания периферической нервной системы).

В структуре клинической мимикрии ТИА (табл. 2) довольно часто встречаются состояния, которые сопровождаются липотимическими состояниями (вегетативные пароксизмы) и приступами головокружения (вестибулярный нейронит, доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение). Проведение нейровизуализационного исследования диагностирует такую

Таблица 2

**Структура патологических состояний — имитаторов транзиторной ишемической атаки**

Имитаторы ТИА	До нейровизуализации		После нейровизуализации		Всего	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Вегетативные пароксизмы	14	16,1	8	18,2	22	16,8
Мигрень	5	5,7	3	6,8	8	6,1
Вестибулярный нейронит	9	10,3	5	11,4	14	10,7
Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение	13	14,9	2	4,0	15	11,5
Конверсионные расстройства	4	4,6	5	11,4	9	6,9
Алкогольный делирий	2	2,3	0	—	2	1,5
Энцефалопатия Гайе — Вернике	3	3,4	4	9,1	7	5,3
Гипогликемические состояния	3	3,4	1	2,3	4	3,1
Вирусный энцефалит	4	4,6	0	—	4	3,1
Заболевания периферической нервной системы	8	9,2	9	20,5	17	13,0
Опухоли головного мозга	12	13,8	0	—	12	9,2
Постиктальные состояния	8	9,2	5	11,4	13	9,9
Тромбоз эмболия легочной артерии	1	1,1	0	—	1	0,8
Пневмония	1	1,1	2	4,5	3	2,3
Всего	87	—	44	—	—	131

патологию, как опухоли головного мозга, энцефалиты, однако не является информативным для исключения поражений периферической нервной системы, метаболических и психогенных нарушений, а также постиктальных состояний.

В структуре клинической мимикрии инсультов (табл. 3) значительный удельный вес имеют вестибулярный нейронит, конверсионные расстройства и опухоли нервной системы. По аналогии с ТИА проведение нейровизуализационного исследования является информативным в случаях опухолей головного мозга и энцефалитов, но не снижает частоту таких имитаторов инсульта, как конверсионные расстройства, заболевания периферической нервной системы, постиктальные состояния.

Особого внимания заслуживают случаи острой соматической патологии (тромбоэмболия легочной артерии, острый панкреатит, пневмония), при которых развивается «инсультоподобная» клиническая картина — так называемые «псевдоинсульты» [13]. Как правило, последние развиваются у лиц пожилого возраста с выраженной полисистемной коморбидной патологией, с инсультами в анамнезе или при наличии «немых» инфарктов мозга по данным нейровизуализации, при атипичном течении соматического заболевания (в клинической картине преобладает неврологическая симптоматика), а также при отсутствии достоверных анамнестических данных (из-за нарушения сознания, когнитивных или афатических расстройств) [3–5, 13].

В случаях клинической мимикрии ТИА пациенты были в среднем на 8 лет старше по сравнению с больными с истинными ТИА (табл. 4). По данным исследователей Базельского университета [10], идентичная разница в возрасте составляла 6 лет. У пациентов с ТИА среди васкулярных заболеваний значительно увеличена частота ИБС: относительная вероятность ее наличия увеличена в 2,5 раза (95% ДИ, 1,7–3,8;  $p < 0,05$ ) по сравнению с больными, у которых наблюдались имитаторы ТИА.

Кроме того, случаи клинической мимикрии ТИА характеризовались специфическими чертами: вероятность потери сознания у пациентов перед госпитализацией увеличена в 6,5 раза (95% ДИ, 3,7–11,4;  $p < 0,05$ ), наличие головных болей — в 3,8 раза (95% ДИ, 2,4–5,7;  $p < 0,05$ ), а когнитивных нарушений — в 2,9 раза (95% ДИ, 1,8–4,5;  $p < 0,05$ ) по сравнению с истинными ТИА. В исследованиях [10, 14] также подчеркиваются определенные клинические отличия имитаторов ТИА от истинных: достоверно более частое наличие у пациентов интеллектуально-мнестических нарушений, среди жалоб — ощущение «нечеткости зрения» [10], головные боли [10, 14], головокружение [14] (как проявления мигрени, психогенных расстройств, эпилептических припадков, вестибулярных нарушений).

Пациенты с ишемическими инсультами были в среднем на 14 лет старше, достоверно чаще имели васкулярные факторы риска инсультов:

Таблица 3

Структура патологических состояний — имитаторов ишемических инсультов

Имитаторы ТИА	До нейровизуализации		После нейровизуализации		Всего	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Вегетативные пароксизмы	6	4,8	2	3,9	8	4,5
Мигрень	4	3,2	2	3,9	6	3,4
Вестибулярный нейронит	20	15,9	5	9,9	25	14,1
Доброчастное пароксизмальное позиционное головокружение	1	0,8	1	2,0	2	1,1
Конверсионные расстройства	8	6,3	13	25,5	21	11,9
Алкогольный делирий	14	11,1	1	2,0	15	8,5
Энцефалопатия Гайе — Вернике	11	8,7	2	3,9	13	7,3
Гипогликемические состояния	2	1,6	3	5,9	5	2,8
Вирусный энцефалит	14	11,1	1	2,0	15	8,5
Заболевания периферической нервной системы	11	8,7	5	9,8	16	9,0
Опухоли головного мозга	18	14,3	0	—	18	10,2
Постиктальные состояния	8	6,3	9	17,6	17	9,6
Тромбоэмболия легочной артерии	3	2,4	1	2,0	4	2,3
Острый панкреатит	2	1,6	0	—	2	1,1
Пневмония	4	3,2	1	2,0	5	2,9
Всего	126	—	51	—	—	177

Таблица 4

**Сравнительная характеристика пациентов с транзиторной ишемической атакой и ее имитаторами**

Показатель	ТИА	Имитаторы ТИА
Средний возраст пациентов, годы	61,2±0,4*	53,7±2,5
Мужской пол	199 (51,6%)	61 (46,6%)
Сопутствующие состояния:		
ИБС	207 (53,6%)**	41 (31,3%)
СД	57 (14,8%)	15 (11,4%)
АГ	242 (62,7%)	72 (55,0%)
инсульт в анамнезе	47 (12,2%)	14 (10,7%)
когнитивные нарушения	58 (15,0%)**	44 (33,6%)
Симптомы при госпитализации:		
потеря сознания	22 (5,7%)**	37 (28,2%)
головная боль	145 (37,6%)**	91 (69,5%)
головокружение	269 (69,7%)	96 (73,3%)
тошнота	122 (31,6%)	46 (35,1%)
Наличие очаговой неврологической симптоматики при госпитализации	104 (26,9%)	33 (25,2%)

\* Достоверные отличия ( $p < 0,05$ ) согласно  $t$ -критерию Стьюдента; \*\* достоверные отличия ( $p < 0,05$ ) согласно критерию  $\chi^2$ . Пояснения условных сокращений приведены в тексте. То же в табл. 5.

Таблица 5

**Сравнительная характеристика пациентов с ишемическим инсультом и его имитаторами**

Показатель	Ишемический инсульт	Имитаторы инсульта
Средний возраст пациентов, годы	68,8±0,4*	54,9±2,2
Мужской пол	1113 (54,5%)	87 (49,2%)
Сопутствующие состояния:		
ИБС	1453 (71,2%)**	51 (28,8%)
СД	372 (18,2%)**	19 (10,7%)
АГ	1491 (73,0%)**	101 (57,1%)
инсульт в анамнезе	298 (14,6%)	15 (8,5%)
когнитивные нарушения	342 (16,8%)**	55 (31,1%)
Симптомы при госпитализации:		
потеря сознания	144 (7,1%)**	42 (23,7%)
головная боль	826 (40,5%)	79 (44,6%)
головокружение	1488 (72,9%)	122 (68,9%)
тошнота	771 (37,8%)	69 (39,0%)
Наличие очаговой неврологической симптоматики при госпитализации	1477 (72,3%)**	43 (24,3%)

относительный риск наличия ИБС увеличен в 6,1 раза (95% ДИ, 4,3–8,5;  $p < 0,05$ ), СД — в 1,9 раза (95% ДИ, 1,1–2,9;  $p < 0,05$ ), АГ — в 2,0 раза (95% ДИ, 1,5–2,8;  $p < 0,05$ ) по сравнению с больными, у которых фиксировались имитаторы ишемических инсультов. Авторами исследований [5, 15] также подчеркивается, что у пациентов с клинической мимикрией инсультов достоверно реже фиксируется сердечно-сосудистая патология.

Кроме того, при клинической мимикрии инсультов вероятность факта потери сознания была увеличена в 4,1 раза (95% ДИ, 2,8–6,1;  $p < 0,05$ ), а когнитивных нарушений — в 2,2 раза (95% ДИ, 1,6–3,2;  $p < 0,05$ ) по сравнению с истинными ишемическими инсультами. У пациентов же с инсультами вероятность наличия очаговой неврологической симптоматики на момент госпитализации была увеличена в 8,1 раза (95% ДИ, 5,7–11,5;  $p < 0,05$ ). Ретроспективный характер нашего исследования не позволяет более детально изучить клинические отличия инсультной мимикрии. К примеру, в проспективном исследовании [5] было установлено, что при клинической мимикрии инсультов достоверно чаще наблюдались когнитивные нарушения, тогда как пациенты с ишемическими инсультами достоверно чаще указывали точное время дебюта заболевания, у них достоверно чаще наблюдались четкие очаговые неврологические симптомы, дающие возможность латерализовать процесс, определить пораженный церебральный артериальный бассейн и подтип предполагаемого инсульта.

В нашем исследовании не наблюдалось существенного различия в частоте перенесенных инсультов в обеих группах пациентов. По данным американских исследователей [5], наличие перенесенных инсультов в анамнезе довольно значительно влияло на ошибочную диагностику инсультов: в 42% случаях инсультной мимикрии пациенты имели перенесенный инсульт в анамнезе.

Таким образом, несмотря на использование в рутинной неврологической практике методов нейровизуализации, до сих пор относительно часто отмечается клиническая мимикрия ТИА и ишемических инсультов разнообразной неврологической, соматической и психиатрической патологии. Общими чертами, отличающими патологические состояния — имитаторы ОНМК, являются более молодой возраст пациентов, значительно меньшая распространенность у них факторов риска цереброваскулярной патологии, наличие неспецифических жалоб при госпитализации (потеря сознания, головная боль) при отсутствии очаговой неврологической симптоматики, а также встречаемость когнитивных нарушений разной степени выраженности. Все это имеет определенное значение в клинической диагностике предполагаемого ОНМК по ишемическому типу и может помочь неврологу действовать более целенаправленно и оперативно принимать правильные диагностические решения.

## Список литературы

1. Huff J. S. Stroke mimics and chameleons / J. S. Huff // Emergency Medicine Clinics of North America.— 2002.— Vol. 20.— P. 583–595.
2. Brust J. C. Agitation and delirium / J. C. Brust, L. R. Caplan // **Stroke Syndromes**; eds. J. Bogousslavsky, L. R. Caplan.— 2<sup>nd</sup> ed.— Cambridge: Cambridge University Press; 2001.— P. 222–231.
3. Magauran B. G. Stroke mimics / B. G. Magauran, M. Nitka // Emergency Medicine Clinics of North America.— 2012.— Vol. 30 (3).— P. 795–804.
4. Conditions that mimic stroke in the emergency department. Implications for acute stroke trials / R. B. Libman, E. Wirkowski, J. Alvir [et al.] // Archives of Neurology.— 1995.— Vol. 52.— P. 1119–1122.
5. Distinguishing between stroke and mimic at the bedside: the brain attack / P. J. Hand, J. Kwan, R. I. Lindley [et al.] // Stroke.— 2006.— Vol. 37.— P. 769–775.
6. How to identify stroke mimics in patients eligible for intravenous thrombolysis? / A. Förster, M. E. Wolf, K. Szabo [et al.] // J. of Neurology.— 2012.— Vol. 259 (7).— P. 1347–1353.
7. Higher ABCD2 score predicts patients most likely to have true transient ischemic attack / S. A. Josephson, S. Sidney, T. N. Pham [et al.] // Stroke.— 2008.— Vol. 39.— P. 3096–3098.
8. ABCD2 scores and prediction of noncerebrovascular diagnoses in an outpatient population: a case-control study / T. J. Quinn, A. C. Cameron, J. Dawson [et al.] // Stroke.— 2009.— Vol. 40.— P. 749–753.
9. Diagnostic usefulness of the ABCD2 score to distinguish transient ischemic attack and minor ischemic stroke from noncerebrovascular events: the North Dublin TIA Study / O. C. Sheehan, A. Merwick, L. A. Kelly [et al.] // Stroke.— 2009.— Vol. 40.— P. 3449–3454.
10. Transient ischemic attack versus transient ischemic attack mimics: frequency, clinical characteristics, and outcome / M. Amort, F. Fluri, J. Schafer [et al.] // Cerebrovascular Diseases.— 2011.— Vol. 32 (1).— P. 57–64.
11. Frequency and accuracy of prehospital diagnosis of acute stroke / R. Kothari, W. Barsan, T. Brott [et al.] // Stroke.— 1995.— Vol. 26.— P. 937–941.
12. Limitations of clinical diagnosis in acute stroke / S. J. Adler, A. R. Moody, A. L. Martel [et al.] // Lancet.— 1999.— Vol. 354.— P. 1523.
13. Широков Е. А. Современные представления о псевдоинсульте / Е. А. Широков // Клиническая медицина.— 1997.— № 6.— С. 13–15.
14. Misdiagnosis of transient ischemic attacks in the emergency room / S. Prabhakaran, A. J. Silver, L. Warrior [et al.] // Cerebrovascular Diseases.— 2008.— Vol. 26 (6).— P. 630–635.
15. Diagnosis of stroke by the nonneurologist. A validation study / J. M. Ferro, A. N. Pinto, I. Falcao [et al.] // Stroke.— 1998.— Vol. 29.— P. 1106–1109.

### КЛІНІЧНА МІМІКРІЯ ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ ЗА ШЕМІЧНИМ ТИПОМ

Н. В. ЛИТВИНЕНКО, М. Ю. ДЕЛЬВА, І. О. ЧЕРГІНЕЦЬ, Ю. В. ПІКУЛЬ, І. І. ДЕЛЬВА

Ретроспективно вивчено частоту і структуру станів, які клінічно імітують ішемічні інсульти та транзиторні ішемічні атаки, у пацієнтів, госпіталізованих до неврологічного відділення з такими діагнозами. Виявлено характерні ознаки, які відрізняють ці стани від істинних гострих порушень мозкового кровообігу.

*Ключові слова:* ішемічний інсульт, транзиторна ішемічна атака, клінічна мімікрія.

### CLINICAL MIMICRY OF ACUTE ISCHEMIC CEREBROVASCULAR ACCIDENTS OF ISCHEMIC TYPE

N. V. LYTVYENENKO, M. Yu. DELVA, I. A. CHERGINETS, Yu. V. PIKUL, I. I. DELVA

The frequency and structure of states, which clinically mimic ischemic stroke and transient ischemic attacks were investigated in patients admitted to the neurology department with this diagnosis. The characteristic features that distinguish these states from true disorders of cerebral circulation were determined.

*Key words:* ischemic stroke, transient ischemic attack, clinical mimicry.

Поступила 10.07.2014