

Давлетьярова Д.Р.

РАЗВИТИЕ ПОСТИНСУЛЬТНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕМАТОМЫ СТВОЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Усова Н.Н.

*Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации
Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель*

Актуальность. Центральная боль, возникающая после перенесенного инсульта, относится к группе хронических болевых расстройств, обозначаемых как центральная невропатическая боль, и связана с поражением центральной нервной системы (ЦНС).

Наличие длительных болевых расстройств после инсульта препятствует нормальной жизнедеятельности пациента, ухудшая качество жизни, сон и социальную адаптацию.

Необходима своевременная диагностика для назначения соответствующей терапии при развитии постинсультного болевого синдрома. Сложность обусловлена разнообразием клинической картины ввиду возникновения разных типов болей одновременно и отсутствием четких диагностических критериев. Имеющиеся симптомы депрессии, когнитивная дисфункция, нарушения речи вызывают затруднения в выявлении постинсультных болей и постановки диагноза.

Цель: анализ случая из клинической практики с целью медицинского образования.

Материалы и методы. Сбор данных произведен с помощью использования медицинской документации (истории болезни).

Результаты и их обсуждение. Пациент А., 40 лет в обратился с жалобами на боли в левой стороне, нарушение речи, двоение в глазах, головокружение. Известно из анамнеза, что ранее, 15 февраля 2024 (за 9 месяцев до повторного обращения) мужчина перенес стволотой инсульт и находился на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии. За время нахождения в стационаре пациенту было предложено пройти компьютерную томографию и ангиографию мозговых сосудов. Обнаружено кровоизлияние в ствол головного мозга.

В сентябре 2024 года мужчина пришел на консультацию к врачу-неврологу с жалобами на невыносимую боль и онемение левой половины тела, головокружение и двоение в глазах. При этом молодой человек принимает габапентин 5 раз в день.

Неврологический статус: В ясном сознании. Когнитивной дисфункции не обнаружено. Речевых нарушений – умеренная дизартрия. Рефлексы орального автоматизма + с двух сторон. Зрачки D=S, 3 мм. Движения OS ограничены кнаружи, OD – монокулярный нистагм влево. Боли в левой половине тела. Гипестезия лица слева и левой половины тела. Сглажена левая носогубная складка. Слух и вестибулярная функция не изменены. Мягкое небо подвижно, симметрично фонировано. Глотание свободное. Повышенные глубокие рефлексы с рук и ног слева. Легкий левосторонний гемипарез. Мышечный тонус D=S. Выраженная левосторонняя гемиатаксия. Отмечается шатание в позе Ромберга. Патологическая мышечная утомляемость и миотоническая задержка отсутствуют. Нарушение функции тазовых органов отрицает. Менингеальных знаков нет. Положительный синдром Бабинского слева.

Установленный диагноз: Нетравматическое внутримозговое кровоизлияние (хроническая стволотая гематома на уровне варолиева моста) от 15.02.2024, вероятно на фоне кавернозной гемангиомы, легкий левосторонний гемипарез, легкая дизартрия, межъядерная офтальмоплегия, выраженная левосторонняя гемиатаксия, центральный невропатический болевой синдром, поздний восстановительный период. После установки диагноза пациенту назначен прием противоболевых адьювантов — Габапентина 0,3 4-6 месяцев — 1 таблетка утром, 2 табл — обед, 2 табл на ночь и Венлафаксина 0,0375 5 дней – 1 таблетка на ночь, 1 месяц – 1 таблетка — 2 раза в день.

Выводы. Несмотря на большое количество проведенных исследований, центральный болевой синдром, возникающий у пациентов после перенесенного инсульта, все еще сложно поддается лечению из-за торпидного характера. Терапия в таком случае направлена не на устранение боли, а на уменьшение ее интенсивности, улучшение качества жизни, расширение функциональных возможностей.