

ЛИТЕРАТУРА

имущества скандинавской шкалы инсультов и шкалы Хунта и Хесса. Шкала Хунта и Хесса обладает недостаточным интервалом изменений этого показателя, и, как следствие этого, максимальное значение показателя перемной достигается преждевременно. Распространенное, согласно данным литературы, использование почти исключительно шкалы коматозных состояний Глазго не нашло обоснования в проведенном нами исследовании.

С точки зрения стандартизации исследований и прежде всего сравнения исследований, проводимых в различных клиниках, мы предлагаем использовать шкалы для характеристики пациентов с острым менингитом. Уже на 8-й день с помощью шкалы Хунта и Хесса и скандинавской шкалы инсультов можно сделать относительно достоверное заключение о возможном прогнозе заболевания. Представляется целесообразным в дальнейших исследованиях проверить, не удастся ли рационализировать терапевтические исследования путем использования данного количественного метода.

1. Swartz M.N., Dodge P.R. // N.Engl. J. Med. — 1965. — Vol. 272. — P. 725—731.
2. Pfister H.W., Borasio G.D., Dirnagl U., Bauer M., Einhaupl K.M. // Neurology. — 1992. — Vol. 42. — P. 1497—1504.
3. Pfister H.W., Feiden W., Einhaupl K.M. // Arch. Neurol. — 1992. — Vol. 50. — P. 575—581.
4. Teasdale G., Jennett B. // Lancet. — 1974. — Vol. 11. — P. 81—84.
5. Hunt W.E., Hess R.M. // J. Neurosurg. — 1968. — Vol. 28. — P. 14—20.
6. Scandinavian-Stroke-Study-Group. // Stroke. — 1985. — Vol. 16. — P. 885—890.
7. Jennett B., Bond M. // Lancet. — 1975. — Vol. 11. — P. 480—484.
8. Muller M., Merkelbach S., Huss G.P., Schimrigk K. // Stroke. — 1995. — Vol. 26. — P. 1399—1403.
9. Muller M., Merkelbach S., Schimrigk K. // Acta Neurol. Scand. — 1996. — Vol. 93. — P. 443—449.
10. Bohr V., Paulson O.B., Rasmussen N. // Arch. Neurol. — 1984. — Vol. 41. — P. 1045—1049.
11. Bohr V.A., Rasmussen N. // Danish Med. Bull. — 1988. — Vol. 35. — P. 92—95.
12. Gourie-Devi M., Satishchandra P. // J. Neurol. Sei. — 1991. — Vol. 102. — P. 105—111.
13. De Haan, Horn J., Limburg M., Van der Meulen J., Bossuy P. // Stroke. — 1993. — Vol. 24. — P. 1178—1181.

Поступила 18.02.99.

616.831.9 — 005.1 — 07 — 035

K. Schimrigk, T. Kaiser

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ

Неврологическая клиника университета земли Саарланд, Германия

Р е ф е р а т. Проанализированы ошибки в диагностике субарахноидального кровоизлияния, обусловленного разрывом артериальных мешотчатых аневризм головного мозга. Перечислены ошибочные диагнозы. Обоснована необходимость ранней госпитализации больных с подозрением на субарахноидальное кровоизлияние в неврологический стационар.

K. Schimrigk, T. Kaiser

СУБАРАХНОИДАЛЬ КАН САВУ ОЧРАКЛАРЫНА ДИАГНОЗ КУОДАГЫ ЯЛГЫШЛАР

Хезмәттә баш миенең артериаль капчыксыман аневризмасы сәбәпче булган субарахноидаль кан савуга диагноз куода очраган хаталар анализланды. Ялгыш куелган диагнозлар санап кителде. Субарахноидаль кан саву белән охшашлык булган авыруларны кичектергесез неврология булегенә больницага салу кирәклегенә нигезләнде.

K. Schimrigk, T. Kaiser

DIAGNOSTIC ERRORS IN SUBARACHNOID HAEMORRHAGE

In this work diagnostic errors of subarachnoid haemorrhage have been analyzed; the latter being caused by rupture of brain sacculated aneurysms. False diagnoses have been enumerated. Necessity of early hospitalization to neurology hospital of patients with signs of subarachnoid haemorrhage has been explained.

Ошибочная постановка диагноза обсуждается редко. Это связано, скорее всего, с тем, что ошибочный диагноз воспринимается как упрек врачу. Порядок представленных на рис. 1 ошибочных диагнозов, расположенных согласно частоте их встречаемости, можно соотнести с порядком дифференциальных диагнозов при субарахноидальных кровоизлияниях, расположенных согласно степени их важности. В работе Адамса и соавт. [1], которая побудила нас провести настоящее исследование, вместо понятия "ошибочный диагноз" употребляется, несколько сентиментальное определение "яма-ловушка". Эти "ямы-ловушки" и являются той проблемой, к которой мы хотим привлечь внимание.

Ежегодно на миллион жителей приблизительно у 160 человек возникают субарахноидальные кровоизлияния. 50 пациентов из них сразу же умирают, у 25 выживших развивается рецидив кровотечения, от которого умирают еще 17 человек. Таким образом, у 97 (60,6%) из 160 пациентов заболевание приводит к летальному исходу.



Рис. 1. Ошибочные диагнозы у больных с субарахноидальным кровоизлиянием (Адамс и соавт., 1980).

Высокая частота рецидивов кровоизлияний и связанная с этим постоянная опасность для жизни у пациентов с артериальной аневризмозом сосудов головного мозга очевидна при рассмотрении данных Таппура (эти данные представлены как пример одного из многочисленных исследований) [2]. В этом исследовании под наблюдением находились 115 пациентов, выживших после первого кровотечения из аневризм. У 63 (54,8%) пациентов в последующем возник рецидив кровотечения. 48 (76,2%) больных умерли при втором или последующем кровотечении.

Опасность развития рецидива кровотечения особенно велика в первые 3 дня после разрыва аневризм, наиболее опасны первые сутки. Находящаяся в субарахноидальном пространстве кровь ускоряет развитие спазма сосудов, что в свою очередь, приблизительно в одной трети всех случаев приводит к возникновению преходящих или постоянных неврологических нарушений. Поэтому наиболее предпочтительны, с точки зрения большинства нейрохирургов, ранние оперативные вмешательства, выполняемые на стадиях заболевания I и II по

Хунту и Хессу [3]. При раннем направлении больных в стационар возможно адекватное проведение физикальной и медикаментозной профилактики и лечения многочисленных осложнений.

Одно из кооперативных исследований [1], проведенных в США, показало, что 43 пациента с субарахноидальным кровоизлиянием были направлены в стационар только через трое суток от начала заболевания. У большей части этих пациентов был поставлен ошибочный диагноз и симптомы заболевания были оценены неверно.

Приводим историю болезни 67-летней пациентки, находившейся на лечении в нашей клинике 3 года назад.

Больная была госпитализирована по поводу пареза глазодвигательного нерва. В это время она уже страдала инсулинзависимой формой сахарного диабета (в течение 2 лет). На следующий день после поступления в стационар, когда в клинической картине заболевания отмечался лишь едва заметный птоз справа, женщина стала настаивать на выписке. Кроме рутинных лабораторных методов исследования, результаты которых оказались в пределах нормы, была проведена компьютерная томография головного мозга без контрастного вещества. Это исследование показало наличие внутренней и наружной атрофии коры головного мозга;

других изменений не обнаружено. Намеченная ангиография не была проведена в связи с преждевременной выпиской пациентки из больницы. Выяснено подозрение на невротипичное правого глазодвигательного нерва, обусловленную сахарным диабетом.

3 года спустя у больной внезапно возникли сильные боли в затылке, многократная рвота и сомнолентное сознание. На протяжении длительного времени пациентку беспокоили боли в области желудка, на которые она жаловалась и теперь, поэтому она была направлена в хирургическую клинику с подозрением на стеноз пилорического отдела желудка при его карциноме. На следующий день после поступления в хирургическую клинику стеноз пилорического отдела и карцинома желудка были исключены методом гастроскопии. Больная была сонлива, постоянно невнятно что-то горестно бормотала про себя. Вечером того же дня были отмечены ригидность задних шейных мышц и анизокория. Температура тела повысилась до 38,3°. Был поставлен диагноз менингита, начато лечение антибиотиками и запланирован перевод больной в клинику инфекционных болезней.

На четвертый день от начала заболевания была проведена консультация врача-невропатолога. Он произвел люмбальную пункцию и получил ликвор с примесью крови. Вечером того же дня тот же невропатолог позвонил в хирургическую клинику и порекомендовал незамедлительно доставить больную в неврологическую клинику. Больная во второй раз попала в нашу клинику и скончалась той же ночью от рецидива кровотечения. На секции была обнаружена супраклиноидная аневризма сонной артерии размером с вишню.

Что же произошло? Первый ошибочный диагноз был поставлен нами самими 3 года назад. Незначительные симптомы легкого субарахноидального кровотечения — внезапно возникшие головные боли, тошнота или рвота, а также преходящие нарушения черепно-мозговых нервов как возможные симптомы «предостерегающей пробойны, течи», по общему определению некоторых авторов, во многих случаях не принимаются во внимание. Спустя часы, дни, недели после появления в клинической картине этого симптома (в среднем спустя 10,4 дня) у больных наблюдается детальное кровотечение. В нашем случае фатальное кровотечение наступило несколько позже, но, без всякого сомнения, аневризма уже тогда являлась причиной преходящего параеза глазодвигательного нерва.

Лечащий домашний врач посетил больную на дому за день до появления первых симптомов заболевания: содержание сахара в крови было в норме, доза инсулина и диета подобраны адекватно и пациентка точно выполняла назначения врача. Он отметил все это при направлении больной в хирургическую клинику. Однако в то утро лечащий домашний врач не подумал о том, что у больной может развиться какое-то новое, до сих пор недиагностированное заболевание. Он посчитал наличие в анамнезе пациентки жалоб на боли в желудке достаточным для постановки диагноза стеноза пилорического отдела. При детальном клиническом обследовании он бы точно обра-

тил внимание на явления менингизма. При обследовании, проведенном студентом в хирургической клинике, этот симптом был описан точно, как и анизокория. Однако студент, обследовавший пациентку при госпитализации в хирургическую клинику, не присутствовал на утреннем обходе вновь поступивших больных. Данные его обследования не были переданы и врачи пошли на поводу направительного диагноза. Сомнолентное сознание пациентки было объяснено потерей жидкости вследствие многократной рвоты.

После трех ошибочных диагнозов врач-невропатолог поставил наконец правильный диагноз.

Теперь о данных нашего исследования. На протяжении 10 лет в нашу клинику поступили 154 пациента с субарахноидальным кровоизлиянием. У 52 из них на начальном этапе заболевания диагноз был поставлен неправильно (табл. 1). Диагностировали системные инфекции (грипп, гастроэнтероэнтерит, явления раздражения мозговых оболочек, менингит, энцефалит), преходящие нарушения мозгового кровообращения, опухоли головного мозга, несколько реже позвоночные синдромы и мигрени. В последние 5 лет отмечается нарастание частоты

Таблица 1

Ошибочные диагнозы у 52 пациентов с субарахноидальным кровоизлиянием (некоторым из них были поставлены одновременно несколько ошибочных диагнозов)

Диагнозы	Число больных
Системные инфекции	17
Преходящие нарушения мозгового кровообращения	10
Опухоль мозга	6
Синдром шейного отдела позвоночника	5
Инсульт головного мозга	4
Мигрень	4
Интоксикация	3
Субдуральное кровоизлияние	2
Инфаркт миокарда	2
Sinusitis frontalis	2
Депрессия	2
Гипертония	1
Абсцесс головного мозга	1
Эпилептический статус	1
Сердечная недостаточность	1
Атака Адама—Стокса	1
Церебральная эмболия	1
Анафалактический шок	1
Столбняк	1
Черепно-мозговая травма	1
Эпидуральное кровоизлияние	1

постановки таких ошибочных диагнозов, как преходящие нарушения мозгового кровообращения, синдром шейного отдела позвоночника и депрессия, в то время как системные инфекции, инсульт головного мозга и опухоль головного мозга диагностируют все реже.

Впечатляюще велика частота постановки диагноза кардиоваскулярных синдромов, инфаркта миокарда, гипертонии, сердечной недостаточности, приступа Адамса—Стокса. Целесообразно напомнить, что патологические показатели функционального состояния сердца и кровообращения ни в коем случае не противоречат диагнозу субарахноидального кровоизлияния. Повышенные показатели кровяного давления при субарахноидальном кровоизлиянии сами по себе не позволяют сделать заключение о наличии у больного гипертонической болезни, так как они могут быть обусловлены инициальным повышением давления внутри черепа и выбросом катехоламинов.

На рис. 2 показана частота изменения кардиоваскулярных параметров при спонтанном субарахноидальном кровоизлиянии у 40 больных, переживших заболевание, и у 14 умерших пациентов. Прогноз заболевания больше зависит от отраженной на кардиограмме гипертрофии левого желудочка, чем от наличия гипертонии.

В остальном перечисленные ошибочные диагнозы отражают симптомы субарахноидального кровоизлияния, из которых без особого труда можно составить клиническую картину именно этого синдрома (табл. 2).

Наличие гипертермии, угнетения сознания и воспалительных изменений в крови при отсутствии или незначительной выраженности неврологической симптоматики наводят на мысль об инфекционном заболевании — прежде всего в тех случаях, когда гриппозная инфекция, бронхит или сепсис наблюдались еще до начала заболевания. Нарушения способности концентрации и восприятия, дезориентированность пациента, чувство головокружения при известной в анамнезе гипертонической болезни позволяют предположить преходящее нарушение мозгового кровообращения, особенно при наличии в семейном анамнезе атеросклероза. Одышка, приступы внезапного потоотделения и нарушения электрокардиограммы ведут к постановке диагноза инфаркта миокарда. Усиливающиеся головные боли, нарастающие признаки угнетения сознания, застойные соски дисков зрительных нервов, преходящие парезы, нарушения речи позволяют думать об опухоли головного мозга.

Большинство ошибочных диагнозов было поставлено у пациентов средней возрастной группы (до 40 лет). На момент начала крово-

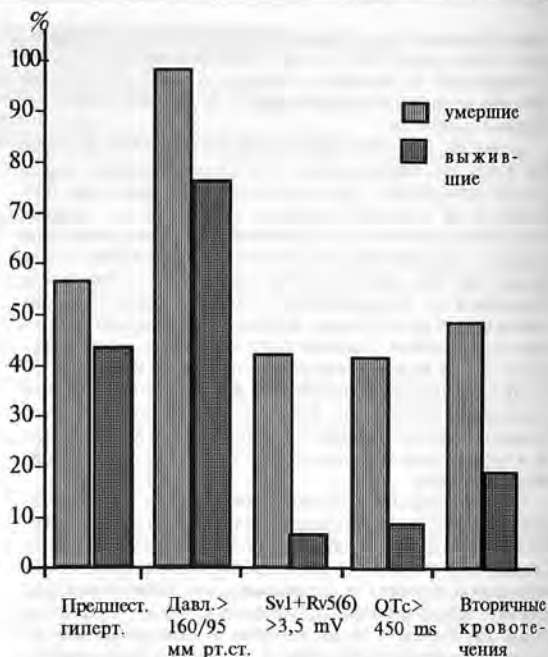


Рис. 2. Частота сердечно-сосудистых показателей после спонтанного субарахноидального кровоизлияния.

Таблица 2
Клинические симптомы у 52 пациентов с субарахноидальным кровоизлиянием

Симптомы	Число больных	%
Головная боль	143	92,9
Одеревенелость мышц задней шейной группы	119	77,3
Тошнота и/или рвота	112	72,7
Нарушение сознания	89	57,8
Парез одной или нескольких конечностей	27	17,5
Парез глазодвигательных мышц	24	15,6
Судороги	23	14,9
Спутанность сознания	23	14,9
Возбуждение	23	14,9
Нарушение речи	16	10,4
Парез лицевого нерва	15	9,7
Боль в спине	12	7,8
Боль в глазах	12	7,8
Приступ повышенного потоотделения	12	7,8

течения средний возраст пациентов мужского пола составил 38 лет, женского пола — 49 лет. У них были выявлены прежде всего такие заболевания, как инфекции, интоксикации и ортопедические болезни. В возрастной группе старше 50 лет чаще всего ошибочно диагностировали опухоли и нарушения кровообращения головного мозга. Пол пациентов также имеет определенное значение при постановке ошибочного диагноза (рис. 3).

Большую роль в постановке ошибочного диагноза, по всей вероятности, играют опре-

деленные предшествовавшие заболевания (табл. 3). Так, наличие известного в анамнезе злоупотребления в течение многих лет наркотиками, алкоголем или болеутоляющими препаратами приводит к постановке диагноза интоксикации, наличие в анамнезе жалоб, типичных для страданий позвоночника — синдрома шейного отдела позвоночника. Если известно, что больной когда-либо прежде находился на лечении в психиатрической клинике, его направляют на повторную госпитализацию в психиатрическое учреждение, а в случае его обследования у оториноларинголога, офтальмолога или ортопеда — к этим специалистам (табл. 4).

Существуют симптомы, которые легко уводят в сторону от постановки правильного диагноза. Происходит это в тех случаях, когда внезапно развившиеся сильные головные боли, явления менингизма, нарушения сознания и тошнота отсутствуют. При описании в нашем исследовании выраженности клинической симптоматики мы пользовались классификацией, предложенной Хунтом и Хессом. По данным табл. 5 видно, что наибольшие сложности возникают на II—IV стадиях. Наличие

Таблица 3

Анамнез 52 пациентов с субарахноидальным кровоизлиянием, которым был поставлен ошибочный диагноз

Анамнестические данные	Число больных	%
Головная боль	24	46,2
Гипертония	11	21,2
Потеря сознания неясной этиологии	8	15,4
Оториноларингологическое обследование при подозрении на синусит	7	13,5
Боль в пояснице и/или суставах	6	11,5
Хронические запоры	5	9,6
Ортопедическое обследование/лечение мануальным терапевтом	4	7,7
Гипотония	4	7,7
Черепно-мозговая травма	4	7,7
Алкоголизм	4	7,7
Психиатрическое заболевание (депрессия, суицид)	3	5,8
Хронические респираторные заболевания	3	5,8
Наркомания	2	3,8
Оперативное лечение лобной пазухи	2	3,8
Хронический бронхит	2	3,8
Транзиторное нарушение памяти	1	1,9
Парез зрения	1	1,9
Воспаление глаз	1	1,9

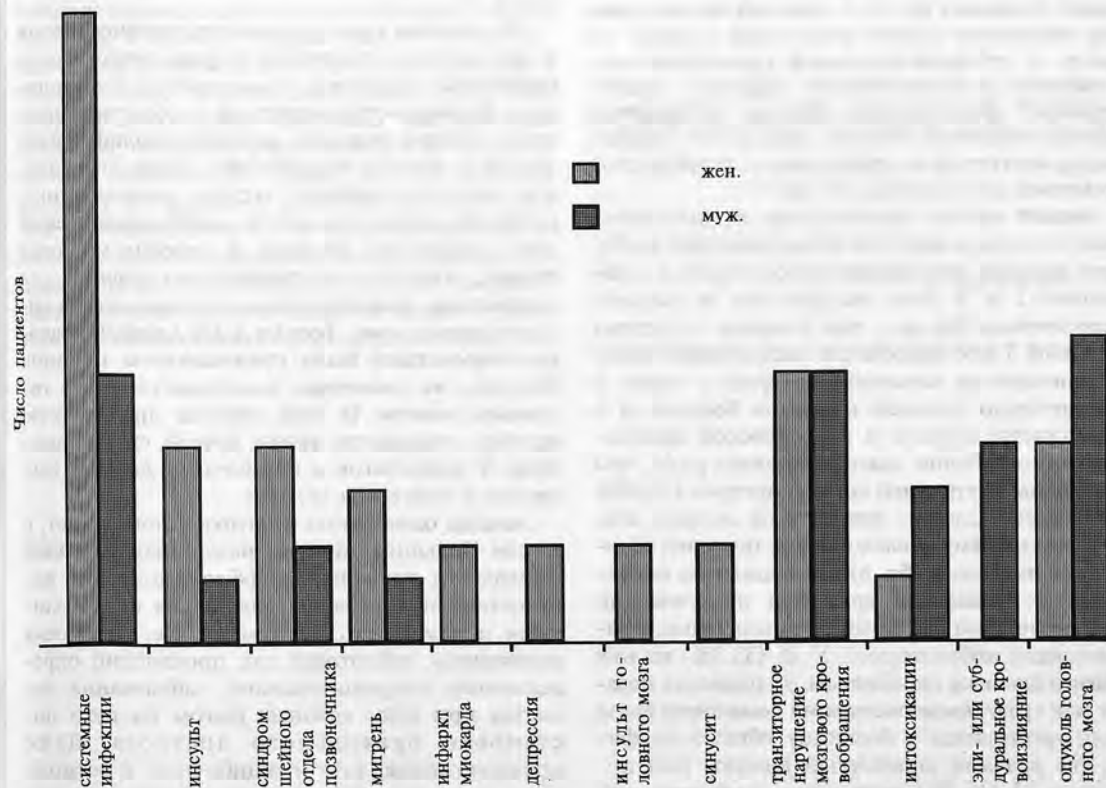


Рис. 3. Распределение больных с субарахноидальным кровоизлиянием, которым был поставлен ошибочный диагноз в зависимости от пола.

Таблица 4

Распределение ошибочных диагнозов в зависимости от наличия специфических симптомов, определяющих клиническую картину заболевания

Диагнозы	Число больных	Число больных с ошибочным диагнозом	%
Депрессия	3	3	100,0
Синдром шейного отдела позвоночника	12	7	58,3
Нарушения речи (афазия, дизартрия)	16	8	50,0
Профузное потоотделение	12	6	50,0
Боль в глазах	12	5	41,7

Таблица 5

Частота постановки ошибочного диагноза при субарахноидальном кровоизлиянии в зависимости от тяжести заболевания

Стадия по шкале Хунта и Хесса, 1968	Число случаев	Число ошибочных диагнозов
I	15	1 (6,7%)
II	52	22 (42,3%)
III	50	18 (36,0%)
IV	29	10 (34,5%)
V	8	1 (12,5%)
	117	41 (35,0%)
	37	11 (29,7%)

только головных болей и явлений менингизма при отсутствии других симптомов наводит на мысль о субарахноидальном кровоизлиянии. Появление в клинической картине сопутствующей симптоматики (парезы и параличи черепно-мозговых нервов, нарушения ориентации, вегетативные симптомы и гемипарезы) несколько дезориентирует врачей.

Анализ сроков промедления в постановке окончательного диагноза и направления в клинику показал, что пациенты со стадиями заболевания I и V были направлены в клинику сравнительно быстрее, чем больные с другими стадиями. Такое заключение подтверждает факт, что аневризмы основной артерии в связи с относительно тяжелой картиной болезни и в большинстве случаев с классической симптоматикой ошибочно диагностировали реже, чем аневризмы внутренней сонной артерии (42,1%). И, наконец, следует ответить на вопрос: кто, согласно нашему исследованию, поставил ошибочный диагноз (табл. 6)? 78 пациентов осматривал их домашний врач или практический врач (интернист без узкой специализации, принимающий амбулаторно). У 26 (33,3%) из них диагноз оказался ошибочным. 92 пациента позднее или сразу после посещения домашнего врача были направлены в больницу общего профиля, где врачами ошибочный диагноз был поставлен 15 (16,3%) пациентам. Амбулаторные врачи, ведущие частную практику, ошиблись в 17,4% случаев, а мы сами — в 6,5%.

Таблица 6

Частота установления ошибочного диагноза врачами различных специальностей

Врачи различных специальностей	Число пациентов	Число пациентов с ошибочным диагнозом	%
Занимающиеся частной практикой амбулаторно, за исключением врачей-невропатологов	78	26	33,3
Работающие в больницах	92	15	16,3
Невропатологи, занимающиеся частной практикой амбулаторно	23	4	17,4
Работающие в университетских клиниках, за исключением врачей-невропатологов	11	4	36,4
Работающие в неврологических отделениях университетских клиник	154	10	6,5

Неожиданно велика (36,4%) была частота ошибочного диагноза в других отделениях университетской клиники. Однако недостаточное число больных, обследованных там, не позволяет сделать каких-либо выводов. В качестве возможной причины можно предположить узкую специализацию, которая затрудняет «взгляд за пределы» определенной области медицины (табл. 7).

Нарушения кровообращения головного мозга и его опухоли занимают первое место среди ошибочных диагнозов, поставленных неврологами и врачами-специалистами в области неврологии (более высокая степень квалификации врачей в области неврологии). Такие диагнозы, как синдром шейного отдела позвоночника, инфаркт головного мозга, анафилактический шок, карцинома желудка и черепно-мозговая травма, ставились исключительно врачами, не имеющими квалификации специалистов в области неврологии. Только в 5% случаев врачами-неврологами была предположена причина болезни, не связанная непосредственно с головным мозгом (в 26% случаев аналогичную ошибку совершили врачи другой специализации). У неврологов и ошибочный диагноз был связан с головным мозгом.

Анализ ошибочных диагнозов показывает, с каким большим числом различных болезней приходится проводить дифференциальную диагностику при субарахноидальном кровоизлиянии в каждом отдельном случае. Трактовка имеющихся симптомов как проявлений определенного неврологического заболевания является при этом важным шагом на пути постановки правильного диагноза. Даже предположение, хотя и ошибочное, о возможном менингите или опухоли головного мозга приводит к неврологической диагностике. Таких же ошибочных диагнозов, как гриппозная

Постановка ошибочного диагноза в зависимости от опыта врачей в области неврологии

Ошибочный диагноз	Число ошибок у врачей с опытом работы в области неврологии	Число ошибок у врачей без опыта работы в области неврологии
Другие перенервные кровоизлияния	1	3
Нарушения церебрального кровообращения	7	3
Инсульт головного мозга	0	5
Эмболия головного мозга	0	1
Мигрень	1	3
Опухоль мозга	5	5
Абсцесс головного мозга	1	1
Черепно-мозговая травма	0	1
Эпилепсия	0	1
Депрессия	1	1
Системные инфекции	2	15
Столбняк	0	1
Интоксикации	2	2
Синусит	1	1
Синдром шейного отдела позвоночника	0	6
Инфаркт миокарда	0	2
Сердечная недостаточность	0	1
Приступ Стокса—Адамса	0	1
Анафилактический шок	0	1
Карцинома желудка	0	1
Гипертония	0	2

инфекция, позвоночный синдром или синусит, в большинстве случаев не было.

Итак, правильный диагноз был поставлен врачами маленьких больниц и врачами-специалистами в области неврологии. С точки зрения дифференциальной диагностики, случаи с незначительно выраженными или неспецифическими симптомами являются, как уже упоминалось, наиболее сложными для постановки точного диагноза. В первую очередь больные приходят на прием к поликлиническим врачам, занимающимся частной практикой. Именно на их долю приходится самый большой процент ошибок: вызванные на дом к больному врачи вынуждены на основании лишь скудной симптоматики ставить предположительный ди-

агноз. В условиях же стационара имеется возможность использования инструментальных методов исследования, необходимых для правильного диагноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Adams H.P., D.D. Jergenson, N.F. Kassel, A.L. Saks. // J. Amer. med. Ass. — 1980. — Vol. 244. — P. 794—796.
2. Hunt W.E., R.M. Hess. // J. Neurosurg — 1968. — Vol. 28. — P. 14—20.
3. Tappura M. // Acta. Med. Scand. — 1962. — Vol. 392. — P. 1—75.
4. Winn H.R., Richardson, J.A. Jane. // Acta. neurochir. — 1982. — Vol. 16. — P. 71—81.

Поступила 18.02.99.

