

APELURILE DE URGENȚĂ, SIMPTOMELE ȘI RECUNOAȘTEREA STROKE-LUI DE CĂTRE DISPECERI ȘI PERSONALUL SERVICIULUI PRESPITALICESC DE URGENȚĂ

**Gheorghe Ciobanu – prof. univ., dr. hab. în șt. med.,
Clinica Urgențe Medicale USMF „Nicolae Testemițanu”,
IMSP Institutul de Medicină Urgentă**

E-mail: anticamera@urgenta.md, Fon: + 373 22 23-78-84

Rezumat

Accidentele vasculare cerebrale constituie o problemă majoră de sănătate pentru RM. În anul 2015 au fost înregistrate 10443 de cazuri noi și 5840 de decese prin AVC. Numărul total al pacienților care au suportat un AVC constituie 70518 sau 2,46% din populația adultă, în anul 2015 procentul de cuprindere cu tratament prin tromboliză a constituit 10,47% din numărul total și 18,42% din cei spitalizați în fereastra terapeutică. Simptomele principale raportate de solicitanți în apelurile efectuate au fost dereglările de vorbire (27,3%), deficitul motor (19,8%) și dereglările de conștiență (16,4%). Atacul ischemic tranzitor a fost mimat cel mai frecvent de migrenă (52,7%), sincopele și vestibulopatiile, fiecare a câte 9,1%, constituind 70,9% din totalul diagnosticeilor de non AIT.

Cuvinte-cheie: apelurile de urgență, simptomele și recunoașterea stroke-lui

Summary. Emergency calls, Stroke Symptoms and Stroke Recognition by Dispatches and EMS professionals

Stroke remains one of the leading cause of death and the largest cause of disability in the RM. Despite these realities, there is poor knowledge among both the general community and stroke survivors about the nature of stroke, risk factors, symptoms, and signs of stroke and what to do if a stroke occurs. However, in the RM only 18,42% of stroke patients currently receive intravenous thrombolysis with alteplase, mainly as a consequence of delayed presentation on hospital and limited access to stroke units with brain imaging and specialist treatment. For 6 months in 2016, we analyzed the recordings of all patients admitted to 3 stroke unit via the Emergency Medical System (EMS) dispatch center in Chisinau RM. Main symptoms reported included speech problems 27,3%, motor deficits 19,8% and disturbances of consciousness 16,4%. In 7,4% cases, a fall was presented as the main problem. Sensory deficits 7,8% and vertigo 5,6% were rarely mentioned. In 18,9% calls - stroke was mentioned as a possible cause of the acute health problems. The dispatcher suspected a stroke in 71,3% of all calls. Motor deficits and speech problems were the most dramatic symptoms that led to activation of the EMS. Stroke was reported as the problem in 18,9% of ambulance calls. More than half of the calls for ambulance assistance were made within 1 hour from symptom onset and only 33% of these callers spontaneously identified the problem as stroke.

Key words: emergency calls, stroke symptoms

Резюме. Вызов службы экстренной помощи, симптомы распознавания инсульта диспетчерами и персоналом службы догоспитальной неотложной медицинской помощи

Инсульт является серьезной проблемой здравоохранения в РМ. В 2015 году зарегистрировано 10,443 новых случаев заболевания и 5840 случаев смерти от инсульта. Общее число пациентов, перенесших инсульт составляет 70 518 или 2,46% взрослого населения, в 2015 году процент охвата лечением тромбозом составил 10,47% от общего количества и 18,42% от тех пациентов, которые были госпитализированы в терапевтическое окно. Основными жалобами пациентов на момент вызова были нарушения речи (27,3%), мышечная слабость (19,8%) и расстройства сознания (16,4%). Ишемическая атака наиболее часто проявлялась мигренью (52,7%), обмороками и вестибулопатиями, составившими в каждом из случаев 9,1%, что составило в целом 70,9% от всех диагнозов исключавших инсульт.

Ключевые слова: вызов службы экстренной помощи, симптомы распознавания инсульта

Actualitate

La nivel global incidența anuală a accidentelor vasculare cerebrale este estimată la 100 – 300 cazuri la 100 mii locuitori în an, cu particularități de la țară la țară și regiuni [1]. În ultimii ani constatăm o incidență a AVC în descreștere în țările economic dezvoltate și în același timp se înregistrează o creștere importantă în țările în curs de dezvoltare. AVC este una din cauzele principale de deces ale populației și principala cauză de dezabilitate. Majoritatea statisticilor ne atestă că 87% din toate AVC sunt de origine ischemică și 13% sunt de origine hemoragică. Cauzele infarctului cerebral sunt prezentate de trei grupe, aproximativ echivalente ca pondere și importanță; a) accidente cerebrale aterotrombotice, extra- și intracerebrale, embolice sau trombotice; b) accidente cardio-embolice și c) accidente lacunare cauzate de ateroscleroză.

O altă grupă mai puțin importantă o constituie cauzele rare care includ disecția de artere cervicale, cauză frecventă a infarctului cerebral la persoanele sub 45 de ani și cauzele multiple, ca în cazul persoanelor vârstnice purtători al mai multor comorbidități. Cauzele aterosclerotice au fost stabilite în 24% cazuri, cauzele cardio-embolice în 11% cazuri și cauzele lacunare în 6% din cazuri. Cauze multiple au fost stabilite în 2% din cazuri și în 1% cauze rare.

Expresia „timpul este creier” vine să ne sensibilizeze pentru a conștientiza că pe măsura progresiei

AVC țesutul nervos se distruge irecuperabil și din aceste considerente intervențiile terapeutice trebuie să fie cât mai prompte. Estimările pierderilor elementelor nervoase în corelare cu timpul progresiei AVC ischemic efectuate de Saver J.L. (2006) au stabilit că timp de 1 oră pacientul pierde 120 milioane de neuroni, 830 bilioane de sinapse și 714 km de fibre mielinice, asigurând o îmbătrânire accelerată echivalentă a 3.6 ani [5].

Importanța medico-economică a prevenției AVC pentru RM este argumentată prin prezența în populație la 01.01.2016 a 70518 bolnavi care au suportat un AVC și care constituie 1.98% din populația totală și 2.46% din populația adultă a RM. În anul 2015 au fost înregistrate 10443 cazuri noi de AVC, ce constituie o incidență de 29,4 cazuri la 10000 locuitori și 5840 de decese, ceea ce constituie 164,3 decese la 100 mii locuitori. La tratament staționar în anul 2015 sau aflat 23976, sau 5,03% din adulții spitalizați, care au petrecut 211835 zile-pat, ceea ce constituie 4,79% din totalul de zile-pat de spitalizare pe republică. Această situație impune în fața clinicienilor stabilirea unor obiective de suspiciune și a unor instrumente de diagnostic precoce a AVC mai precise pentru a da posibilitate unui număr cât mai mare de pacienți de a beneficia de tratament de urgență în fereastra terapeutică. Elaborările din ultimile decenii în domeniu pentru diferite etape de diagnostic și tratament cât și pentru diferite categorii de personal medico-sanitar permit

asigurarea diagnosticului precoce a patologiei neuro-vasculare acute ischemice sau hemoragice și punerea în aplicare a tacticilor contemporane de tratament.

Sistemul de acordare a asistenței medicale bolnavilor cu AVC trebuie să asigure identificarea precoce, suportul terapeutic și stabilizarea pacienților cu spitalizarea lor în unitățile de Stroke cu facilități combinate medico-chirurgicale care au obligațiunea de a trata AVC și complicațiile lor [6,7]. În **tabelul 1** sunt prezentate datele vizând acordarea asistenței medicale de urgență bolnavilor cu AVC de către serviciul prespitalicesc de AMU în perioada anilor 2012-2015.

În anul 2015 serviciul AMU a deservit 9896 pacienți cu AVC, ceea ce constituie 94.76% din 10443 cazuri noi de AVC înregistrate în populația RM, inclusiv 41.7% din mediul urban și 58.25% din mediul rural. Structura AVC deservite a fost reprezentată de AVCH în 9.14% (905 cazuri), AVCI în 64.69% (6402 cazuri) și AIT în 26.16% (2589 cazuri). Au fost spitalizați în total 8268(83.55%) de pacienți cu AVC acute, inclusiv 87% din cei cu AVCI, 70,82% din cei cu AVCH și 79.45% din pacienții cu AIT. Studiul AVC acute în corelare cu vârsta a stabilit că până la 40 ani au fost înregistrate 286(2.89%) cazuri, în vârsta 40-50 ani – 608(6.41%) cazuri, în categoria de vârstă

50-60 ani – 2106(21.28%) cazuri, în vârsta 60-70 ani au fost înregistrate 2679(27.07%) cazuri și la persoane peste 70 ani 4217(42.61%) cazuri. În anul 2015 ponderea persoanelor cu AVC până la vârsta de 60 ani au constituit 30.31% (3000 cazuri) și peste 60 ani 69.69% (6896 cazuri). Ponderea pacienților cu AVCI cuprinși cu tratament prin tromboliză în anul 2015 au constituit 10.47% din numărul total și 18.42% din cei spitalizați în fereastra terapeutică.

Componentele Obligatorii Ale Lanțului De Supraviețuire în Stroke

1. Recunoașterea, identificarea și răspunsul imediat al serviciul de urgență 903 [112].
2. Managementul prespitalicesc de stabilizare a bolnavului cu AVC.
3. Transportul operativ în unitățile de Stroke și anunțarea spitalului care va recepționa pacientul.
4. Diagnosticul rapid și aplicarea Suportului Vital Avansat în Stroke în spital (**Fig. 1**).

Serviciului prespitalicesc de AMU îi revin realizarea prin structurile sale a recunoașterii, identificării, asigurării răspunsului prompt și managementului terapeutic de stabilizare și transport operativ în unitățile de stroke, sau a primelor trei verigi din lanțul de supravețuire în stroke și a patru trepte din algoritmul

Tabelul 1

Indicatorii de deservire a pacienților cu accidente vasculare cerebrale acute în cadrul serviciului AMU al RM, anii 2012-2015

Nr. d/o	Indicatori	2012		2013		2014		2015	
		Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
1	Solicitări la pacienți cu AVC acute	9366	100	9563	100	10433	100	9896	100
2	Spitalizați	7613	81,28	7551	78,96	8602	82,44	8268	83,55
3	AVC ischemice	5679	60,63	8777	60,41	6372	61,07	6402	64,69
4	Spitalizați	4976	87,72	4892	84,68	5459	85,67	5570	87,0
5	AVC hemoragice	987	10,54	830	8,67	876	8,39	905	9,14
6	Spitalizați	783	79,33	623	75,06	656	74,88	641	70,82
7	AVC tranzitoriu	1926	20,56	2287	23,91	2425	23,24	2589	26,16
8	Spitalizați	1606	83,38	1794	78,44	1895	78,14	2057	79,45
9	După categorii de vârstă								
9.1	Până la 40 ani	244	2,61	242	2,53	285	2,73	286	2,89
9.2	40-50 ani	588	6,27	547	5,72	659	6,32	608	6,41
9.3	50-60 ani	2200	23,48	1923	20,11	2052	19,66	2106	21,28
9.4	60-70 ani	2962	31,62	2946	30,81	3300	31,63	2679	27,07
9.5	Peste 70 ani	3370	35,98	3905	40,83	4137	39,65	4217	42,61



Figura 1. Lanțul de supravețuire în stroke

de evaluare și asistență medicală de urgență bolnavilor cu AVC elaborat de AHA/ASA și care include 8 trepte denumite de AHA/ASA 8-Ds.

1. Detection – identificarea rapidă a primelor semne de AVC.

2. Dispatch – activarea sistemului de urgență și răspunsul prompt la apel.

3. Delivery – identificarea rapidă de servicii prespitalicești de AMU, managementul și transportul bolnavului în unitatea spitalicească cu înștiințarea prealabilă despre timpul sosirii pacientului cu Stroke.

4. Door – triajului adecvat către unitatea de stroke.

5. Data – triajul rapid, evaluarea și managementul bolnavului în DMU.

6. Decision – expertiza AVC și decizia terapeutică.

7. Drug/device – terapia fibrinolică sau endovasculară.

8. Disposition – admiterea operativă în unitatea de Stoke sau de terapie intensivă.

1. Detection – identificarea și recunoașterea precoce a semnelor și simptomelor de AVC prin implementarea:

- programelor educaționale pentru comunitate
- programelor de instruire a personalului medical din sectorul medicinei primare, serviciul prespitalicesc AMU și a DMU.

Suspiciunea de AVC trebuie educată și instruită în rândurile păturilor largi ale populației și în special în grupele de risc pentru AVC, cât și a personalului medico-sanitar din AMP, serviciului de AMU și a DMU/UPU-S/UPU [2,3]. Beneficiile activării prompte a serviciului prespitalicesc de urgență de către pacient sunt importante pentru asigurarea accesului rapid la tratamentul prin tromboliză, care poate fi asigurat prin identificare promptă a AVC acut în prespital și în DMU și încadrarea pacienților în fereastra terapeutică [6,7].

Factorii care influențază timpul apelării pentru AMU includ statusul socio-economic și demografic al apelantului, factorii clinici, recunoașterea manifestărilor AVC și identitatea apelantului. Deși mulți factori au fost identificați, întârzierile prespitalicești rămân [2].

2. Dispatch – dispecerul secției operative a dispeceratului medical trebuie să aibă pregătirea necesară în recunoașterea și evaluarea plângerilor și manifestărilor clinice ale bolnavului cu AVC, să asigure alarmarea sistemului AMU și reacționarea prioritară la apel pe motiv de Stroke cât și prestarea Suportului de Dispecerat Distribuit în Stroke [6].

Obligațiunile Dispeceratului 903

- Identificarea pacienților cu Stroke posibil.
- Asigurarea priorității majore în deservirea pacienților cu Stroke.
- Suportul Vital Distribuit de Dispecerat instru-

irea apelantului în manevrele de RCR și C până la sosirea echipei de AMU.

• Alertează și expediază prompt echipa de urgență pentru deservirea urgenței majore – AVC.

Semnele și simptomele de AIT și AVC [3]:

• Hemipareză – slăbiciune musculară, dificultăți ale mișcărilor pe un hemicorp

• Hemiparestezii – pierderea sensibilității pe un hemicorp

• Tulburări de limbaj – dificultăți în înțelegere sau vorbire (afazie) sau de articulare (dizartrie)

• Cecitate unilaterală – pierderea vederii, deseori descrisă ca o perdeă peste ochi

• Vertij – senzație de amețeală care persistă și în repaus

• Ataxie – instabilitate, incoordonare pe un hemicorp

În recepționarea apelului dispecerul trebuie să concretizeze prezența la pacient a următoarelor circumstanțe și semne clinice [4].

- Bolnavul este conștient sau inconștient
- Se mișcă, merge, mersul este nesigur (instabilitate la mers)

• Vorbirea este coerentă, clară sau cu dificultăți

• Criză convulsivă este primară

• Amorțeală, dereglări de sensibilitate

• Vertij, cefalee pronunțată

• Dereglări vizuale acute

• Schimbări în statusul mental

• Asimetria feței, prezența parezei și paraliziiilor uni- sau bilaterale.

Recunoașterea imediată a primelor semne de AVC și alertarea serviciului de urgență este crucială în ameliorarea prognosticului pacienților cu AVC acut [4,5]. Identificare și apelul imediat la serviciul de urgență este prima verigă a Lanțului de Supravețuire în Stroke. Motivele principale ale adresabilității tardive sunt cunoștințele slabe ale semnelor și simptomelor cât și a factorilor de risc a AVC [2]. În municipiul Chișinău în primele 6 luni 2016 au fost deservite 1024 AVC acute, vârsta medie de 61.6 ±28,5 ani (interval 35-91 ani), 53.8% bărbați și 46.2% femei. Durata medie a unui apel a constituit 2 min 46 sec (interval 68 sec – 5 min 16 sec). Timp de 1 oră de la debutul simptomelor au apelat 42.7% din pacienți. În 28.9% cazuri a fost raportat numai un singur simptom, în 31,5% cazuri 2 simptome și în 39.6% din cazuri 3 și mai multe simptome. Apelurile în 32.8% au fost făcute de soție, în 19,7% de soț, în 21,7% de copii și rude, în 18.7% de vecini, colegi sau prieteni și în 7.1% din cazuri de pacienți. Numai în 18.9% din apeluri au fost prezente cuvinte care indicau la AVC, fapt ce ne vorbește că aproximativ numai 1 din 5 persoane conștientizează și este cunoscut cu problema AVC. Din toți apelanții femeile au constituit 59.7%.

În apelurile de urgență cele mai frecvente simptome raportate au fost tulburările de vorbire (27.3%), slăbiciunea (pareza) musculară în membre (19.8%), dereglările de conștiență (16.4%) și căderea pacientului a fost raportată ca problemă principală în 7.4% cazuri. Dereglările de sensibilitate au fost rar menționate, fiind prezente doar la 7.8% din apelanți. Informația despre timpul de debut a fost furnizată în 32.8 cazuri și documentată în 56.7% cazuri. Dispecerii au codificat corect AVC acut în 71.3% din cazurile apelurilor recepționate, alte diagnostice codificate ca AVC au inclus sincopa (6.9%), bolile cardiovasculare (11.5%), coma (3.7%) și alte diagnostice (6.6%).

3. Delivery – evaluarea prespitalică a bolnavului cu AVC de echipa AMU, transportul medicalizat și managementul bolnavului cu AVC.

- Identificarea și recunoașterea manifestărilor clinice ale AVC de personalul echipelor de AMU. Manifestările clinice ale AVC includ:

Slăbiciune musculară și amorțeală instalate brusc a feței, mânilor sau picioarelor, în special într-o jumătate de corp.

Confuzie instalată pe neașteptate.

Dereglări de vorbire și de înțelegere.

Dereglări acute de vedere în unul sau ambii ochi.

Dereglări de mers, instalate brusc.

Amețeală sau pierderea coordonării mișcărilor și echilibrului.

Cefalee intensă brusc instalată fără cauze cunoscute.

Personalul medical al echipelor de AMU au obligațiunea de a determina și asigura:

- Stabilirea obligatorie a timpului de debut (al primului simptom) al AVC.
- Suportul și stabilizarea funcțiilor vitale.
- Evaluarea pacientului cu AVC, stabilizarea funcțiilor vitale și transferul operativ în unitatea spitalicească.

- Înștiințarea telefonică și alertarea unității spitalicești despre spitalizarea bolnavului cu AVC.

Personalul serviciului prespitalic AMU în evaluarea bolnavului cu AVC în prespital vor utiliza:

- Scala FAST și ROSIER ca instrumente simple și sigure de diagnostic a AVC.
- Scala Prespitalică Cincinnati, de evaluare a bolnavului cu AVC.
- Scala Glasgow de evaluare a dereglărilor de conștiență
- Va asigura investigarea ECG în 12 derivații, pulsoximetria și glucometria;
- Monitorizarea funcțiilor vitale și stabilizarea pacientului.

Pacienții cu AVC acut prezintă risc de compromitere respiratorie prin aspirație, obstrucția căilor aeriene, hipoventilație și mai rar prin dezvoltarea edemului pulmonar neurogen. Investigarea ECG în 12 derivații va pune în evidență un IMA, o fibrilație ventriculară sau alte dereglări de ritm. Glucometria va identifica hipoglicemia sau hiperglicemia. Asocierea perfuziei deficitare și a hipoxemiei vor agrava și extinde leziunile ischemice cerebrale și respectiv vor influența prognosticul pacientului. Se va asigura o oxigenare suplimentară tuturor pacienților cu hipoxemie ($\text{SaO}_2 \leq 94\%$). Echipajele de AMU vor asigura măsurile organizatorice și de stabilizare stipulate în **tab. 2**.

Medicii de urgență au codificat ca AVC acute în 89.7% din cazurile deservite. Timpul mediu de la apel la sosire la pacient a fost de 13.7 min (interval 7-81 min) și media de timp de la locul solicitării până la spital a fost de 47 de minute (interval (29-102 min) și include și timpul acordării asistenței medicale de urgență la locul solicitării [6].

Analiza manifestărilor clinice la diferite etape de evaluare a pacienților cu AVC acut ne atestă o dezvoltare în timp și o conturare a tabloului clinic de AVC, simptomele având frecvențe diferite (**tab. 3**).

Tabelul 2

Măsurile organizatorice și de stabilizare a pacienților cu AVC de personalul serviciului prespitalic de AMU

Identifică semnele AVC	Definește și recunoaște semnele AVC acut
Suport ABCs	Suportul ABCs și administrare de O ₂ pacienților cu hipoxemie ($\text{SaO}_2 \leq 94\%$) sau cu saturația în oxigen necunoscută.
Evaluarea rapidă a pacientului cu Stroke	Evaluarea rapidă a pacientului utilizând Scala Cincinnati.
Concretizează și stabilește timpul de debut al manifestărilor clinice	De determinat când pacientul a simțit primele manifestări clinice și era fără dereglări neurologice. Acesta este timpul 0. Dacă pacientul s-a trezit din somn cu manifestări clinice de AVC, timpul 0 este timpul când pacientul a fost văzut ultima dată normal.
Trierea către un centru spitalicesc cu unitate de Stroke	Trierea și transportul rapid al pacientului în DMU. Suport ABCs și asigurarea martorilor pentru confirmarea timpului de debut.
Alertează (înștiințează) IMSP Spitalicească	
Determină glucoza în sânge (glucometria)	În timpul transportului, evaluează glucoza.

Tabelul 3

Ponderea simptomelor clinice la diferite etape de evaluare a pacienţilor cu AVC acut

Semne clinice	Raportate în apelul AMU (în %) n=478	Documentate în fişa de solicitare (în %) n=478	Documentate în DMU (în %) n=478
Pareza (slăbiciuni) în extremităţi	19.8	49.7	63.7
Căderi	7.4	8.4	4.7
Pareza facială	21.4	38.8	60.9
Probleme de vorbire/limbaj	27.3	39.9	63.4
Dereglări de conştiinţă	16.4	30.4	33.2
Confuzie	10.2	21.9	23.7
Dereglări de sensibilitate	7.8	51.3	63.4
Cefalee	16.2	31.7	34.5
Dereglări de vedere	10.2	27.2	28.3
Simptome nespecifice	34.7	36.4	37.2
Timpul de debut al simptomelor	32.8	56.7	100
Menţionarea de AVC acut	18.9	96	97.2

Analiza manifestărilor clinice raportate în apelurile pacienţilor cu AVC evidenţiază predominarea problemelor de vorbire/limbaj (27,3%), parezei faciale (21,4%) şi parezei în extremităţi (19,4%). Evaluarea pacienţilor cu AVC la locul solicitării de personalul echipelor de AMU a stabilit predominarea dereglărilor la sensibilitate în extremităţi (49,7%), a problemelor de vorbire/limbaj (39,9%) şi dereglărilor de conştiinţă. Evaluarea de medicul neurolog şi conţinutul în timp a tabloului clinic a AVC, la nivel de DMU a stabilit o pondere de peste 60% a parezelor în extremităţi, parezei faciale, dereglărilor de sensibilitate şi de vorbire.

Au fost analizate diagnosticile care mimează AVC şi necesită competenţe în evaluarea şi diagnosticul diferenţial al AVC. Conform datelor studiului nostru la 139 pacienţi a fost exclus diagnosticul de AVC, iar unităţile nozologice care au mimat AVC sunt prezentate în **tab. 4**.

Tabelul 4

Diagnosticile care mimează un accident vascular cerebral

Diagnosticile	Nor AM et al. (în%)	Fernandes PM et al. (în %)	Datele studiului nostru (139 bolnavi în %)
Crize epileptice	24	20	21.7
Sincope	23	15	19.4
Sepsis	10	12	5.8
Cefalee primară/migrenă	6	9	4.9
Labirintită	4	4	
Tulburări metabolice	4	6	7.2
Tumori cerebrale	3	7	5.2
Demenţă	2	3	3.1

Encefalopatie/intoxicaţie	2	4	6.1
Neuropatie sau radiculopatie	2	4	3.7
Ictus amnesic	1	2	5.2
Altele*	12	8	13

Notă: Altele au inclus hipotensiunea ortostatică, patologia reumatismală acută, detrese sociale, mielopatii cervicale, hematoame subdurale, scleroza amiotrofică laterală, tromboza venoasă cerebrală, efecte adverse ale medicamentelor, boala Parkinson.

A.M.Nor et al. The ROSIER scale: development and validation of a stroke recognition instrument Lancet Neurol. 2005;4:727-734.

Conform rezultatelor studiului crizele epileptice (21,7%), sincopele (19,4%), tulburările metabolice (7,2%) şi encefalopatiile/intoxicaţiile (6,1%) au constituit 54,4% din patologiile care mimează AVC.

Cele mai frecvente patologii care mimează un AIT stabilite prin analiza a 110 cazuri de non-AIT şi prezentate în **tab. 5**.

Tabelul 5

Diagnosticile care mimează atacul ischemic tranzitor

Cauze	Frecvenţă (n=110)
Migrenă	58(52.7%)
Vestibulopatie periferică	10(9.1%)
Sincope	10(9.1%)
Neuropatii	4(3.6%)
Stres/anxietate	3(2.7%)
Amnezii tranzitorie globală	2(1.8%)
Convulsii	2(1.8%)
Hipoglicemia	3(2.7%)
Miscelaneo	8(7.3%)

Cele mai frecvente unități nozologice care mimează atacul ischemic tranzitor sunt migrena (52,7%) sincopel și vestibulopatiile câte 9,1% fiecare, urmate de neuropatii cu 3,6% constituind în total 74,5% din totalul diagnosticilor care mimează atacul ischemic tranzitor.

Concluzii

- Accidentele vasculare cerebrale constituie o problemă majoră de sănătate pentru RM. În anul 2015 au fost înregistrate 10443 de cazuri noi și 5840 de decese prin AVC. Numărul total al pacienților care au suportat un AVC constituie 70518 sau 2,46% din populația adultă.

- Simptomele principale raportate de solicitanți în apelurile efectuate au fost dereglările de vorbire (27,3%), deficitul motor (19,8%) și dereglările de conștiență (16,4%).

- Cele mai frecvente unități nozologice care mimează diagnosticul de AVC sunt crizele epileptice (21,7%), sincopel (19,4%), tulburările metabolice (7,1%) și encefalopatiile/intoxicațiile (6,1%).

- Atacul ischemic tranzitor a fost mimat cel mai frecvent de migrenă (52,7%), sincopel și vestibulopatiile, fiecare a câte 9,1%, constituind 70,9% din totalul diagnosticilor de non AIT.

- Sunt necesare măsuri de fortificare vizând instruirea publicului larg în recunoașterea manifestărilor AVC cât și a cadrelor medico-sanitare în scopul creșterii accesului pacienților la tratamentul prin tromboliză. În anul 2015 procentul de cuprindere cu

tratament prin tromboliză a constituit 10,47% din numărul total și 18,42% din cei spitalizați în fereastra terapeutică.

Bibliografie

1. Krishnamurthi R.V., Feigin V.L., Forouzanfar M.H., Mensah G.A., Connor M., Bennett D.A., Moran A.E., Sacco R.L., Anderson L.M., Truelsen T., O'Donnell M., Venketasubramanian N., Barker-Collo S., Lawes C.M., Wang W., Shinohara Y., Witt E., Ezzati M., Naghavi M., Murray C. Global and regional burden of first-ever ischaemic and haemorrhagic stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet Glob Health*. 2013;1(5):e259-81.
2. Handschu R., Poppe R. Rauss J., Neundörfer B., Erbguth F. *Stroke*. 2003, 34. p. 1005-1009.
3. Mosley I., Nicol M., Donnan G., Patrick I., Dewey H. Stroke symptoms and the decision to call for an ambulance. *Stroke*. 2007; 38(2); 361-366.
4. Porteous G.H., Corry M.D. Smith WS. Emergency medical services dispatcher identification of stroke and transient ischemic attack. *Prehosp Emerg Care*. 1999; 3(3):211-216.
5. Saver J.L. Time is brain - quantified. *Stroke*. 2006; 37(1); 263-266.
6. Wein T.H., Staub L., Felberg R., Hickenbottom S.L., Chan W., Grotta J.C., Demchuk A.M., Groff J., Bartholomew L.K., Morgenstern L.B. Activation of emergency medical services for acute stroke in a nonurban population - the till temple foundation stroke project. *Stroke*. 2000;31(8): 1925-1928.
7. Yoon S.S., Byles J. Perceptions of stroke in the general public and patients with stroke: a qualitative study. *BMJ*.2002;324(7345): 1065-1068.