

Хроническая ишемия головного мозга атеросклеротического и гипертонического генеза. Случай из практики

РостГМУ, городская больница № 6, Ростов-на-Дону

В.В. Кушнарева, профессор И.Б. Куцемелов,
В.В. Ефремов, А.К. Погосян

Многие отечественные и зарубежные исследователи на сегодняшний день отмечают рост числа больных с когнитивными нарушениями при хронической ишемической болезни головного мозга [2,4]. Известно, что на начальном этапе формирования хронической ишемической болезни мозга мы как раз сталкиваемся с проявлением в той или иной мере нарушения когнитивных функций. Зачастую минимальными когнитивными нарушениями страдает трудоспособная часть населения [1,5]. К когнитивной сфере традиционно относятся следующие функции коры головного мозга: праксис, гнозис, речь, память, внимание и интеллект [1,3]. Нарушение когнитивной сферы возможно не только при хронической ишемии головного мозга, но и при остром периоде ишемического инсульта, без двигательных

нарушений и другой неврологической симптоматики, что представляет затруднение при постановке диагноза.

Приводим собственное клиническое наблюдение.

Больная М., 65 лет, бухгалтер. С 2002 г. наблюдалась у терапевта по поводу гипертонической болезни, атеросклероза коронарных сосудов. Гипотензивную терапию получала нерегулярно. В 2010 г. больная дважды обращалась к неврологу районной поликлиники с жалобами на нарушение памяти, тревожность, периодическое нарушение сна. Состояние больной было расценено как хроническая ишемия головного мозга с умеренными когнитивными нарушениями, в терапии использовались стандартные сосудистые и ноотропные препараты. В августе 2010 г. остро на фоне гипертонического криза

Реклама

Церетон®

Холина альфосцерат

Капсулы 400 мг №14
400 мг №28

Раствор для внутривенного
и внутримышечного введения,
250 мг/мл 4 мл №3
250 мг/мл 4 мл №5



- Нейропротектор
- Промедиатор
- Установленная фармакокинетика
- Доказанный механизм действия
- Высокий профиль безопасности



Регистрационный номер: ЛС-002652 от 29.12.2006
Отпускается по рецепту врача. Имеются противопоказания, перед применением ознакомьтесь с инструкцией.

www.cereton.ru

ЗАО «ФармФирма «Сотекс»
Тел./факс: (495) 231-1512 (09)
E-mail: info@sotex.ru, www.sotex.ru



(с повышением АД до 200/120 мм рт.ст.) возникло нарушение зрительной памяти и мыслительной деятельности (больная видит предмет, но не может его назвать, не ориентируется в знакомой местности), каких-либо других жалоб больная не предъявляла. Гипертонический криз был купирован бригадой скорой помощи, которая, недооценив тяжесть состояния больной, рекомендовала амбулаторную консультацию невролога по месту жительства на следующий день. Невролог поликлиники расценил состояние как хроническую прогрессирующую ишемию головного мозга, и была продолжена ранее назначенная терапия. Однако через четверо суток без положительной динамики больная поступила в отделение неврологии городской больницы с предварительным диагнозом: деменция, болезнь Альцгеймера.

Клинико-неврологическое исследование, психоневрологическое тестирование выявило у больной нарушение зрительного праксиса без двигательного дефицита и чувствительных нарушений. С учетом анамнеза заболевания, объективного осмотра было заподозрено острое нарушение мозгового кровообращения. Больная в экстренном порядке была направлена на МРТ головного мозга и УЗДГ экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий, где были выявлены признаки острой ишемии (очаг в левом зрительном бугре 11×9 мм) и признаки атеросклероза сонных артерий, без гемодинамически значимого стеноза. Пациентке был поставлен диагноз: острый ишемический инсульт в бассейне задних ветвей левой средне-мозговой артерии атеротромботического генеза. При лечении был сделан выбор в пользу препарата холина альфосцерата (**Церетон** 1 г/сут. в/в капельно №10, затем по 400 мг ×3 ра-

за/сут.), назначены статины (симвастатин 20 мг/сут.), а также гипотензивные и антиагрегантные лекарственные средства. На 16-е сутки больная была выписана из неврологического стационара со значительным регрессом зрительной агнозии и рекомендациями о дальнейшем применении Церетона 1200 мг/сут. в течение 2 мес. В октябре 2010 г. после регресса неврологической симптоматики больная вернулась к работе по специальности.

Таким образом, данное клиническое наблюдение показало объективные трудности в дифференциальной диагностике у больных с острым нарушением мозгового кровообращения без двигательного дефицита и деменции. Очевидно, имеется недостаточная осведомленность врачей первичного звена об этой патологии. Кроме того, данный клинический случай подтвердил высокую эффективность препарата холина альфосцерата (**Церетон**) у больных с острой ишемией головного мозга.

Литература

1. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте: диагностика и лечение // *Русский медицинский журнал*. 2004. №10. С. 573–576.
2. Левин О.С. Ранняя диагностика деменции // *Пожилой пациент*. 2009. №1. С. 20–30.
3. Левин О.С. Алгоритмы диагностики и лечения деменции. М., 2005. 38 с.
4. van der Flier W.M., Scheltens P. Epidemiology and risk factors of dementia // *J.Neurol. Neurosurg Psychiatry*. 2005. – Vol. 76 (Suppl. 2). – P. 7.
5. Waldemar G., Dubois B., Emre M. et al. Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia // In: «European Handbook of Neurological Management». R.Hudges et al. (eds). – Blackwell Publishing Ltd, 2006. – P. 266–298.