

УДК 612.824.4

Зерчанинова Елена Игоревна, к.м.н.,
доцент кафедры нормальной физиологии,
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург

Маркелова Алёна Андреевна, студент,
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург

Шилова Виталия Алексеевна, студент,
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург

АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКИЙ ИНФАРКТ ГОЛОВНОГО МОЗГА В БАССЕЙНЕ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Аннотация: в статье демонстрируется клинический случай пациента с атеротромботическим ишемическим инфарктом головного мозга.

Ключевые слова: атеротромботический инфаркт головного мозга, левая средняя мозговая артерия, пожилой возраст, клинический случай.

Введение

Атеротромботический ишемический инфаркт головного мозга является одной из главных причин высокой смертности населения. По данным разных авторов, этот подтип составляет от 30 до 50% от всех ишемических инсультов [1,2,5]. Данное заболевание возникает в результате нарушения кровоснабжения головного мозга. Чаще, в зоне риска оказываются пожилые люди, в возрасте старше 60 лет [2]. Модифицируемыми факторами риска атеротромботического инфаркта головного мозга могут являться: гипертония, дислипидемия, сахарный диабет, курение, избыточный вес и ожирение, низкий уровень физической активности, чрезмерное употребление алкоголя. Сопутствующими заболеваниями могут быть: атеросклероз, фибрилляция предсердий, хронические заболевания почек [5].

Одним из значимых последствий атеротромботического инфаркта головного мозга является моторная афазия, которая относится к приобретенным нарушениям речевых функций и характеризуется хронической неплавной речью [4]. Среди выживших после приступа примерно у трети наблюдается афазия в острой стадии, а у 30–43% она сохраняется в течение 6 месяцев после начала заболевания. Речевая дисфункция у лиц с постинсультной моторной афазией нарушает их коммуникативные способности и качество жизни [3].

Таким образом, **целью** нашего исследования является обзор анамнеза заболевания пациента и изучение изменений в структуре мозга, работе сердца, биохимических показателей крови после атеротромботического инфаркта головного мозга с течением времени.

Материалы и методы

Проведены следующие исследования (28.01.2025-04.02.2022): компьютерная томография головы, электрокардиография и взятие венозной крови из локтевой вены с целью измерения биохимических показателей крови, патологий не выявлено.

Описание клинического наблюдения

Пациентом был 73 летний мужчина (17.04.1951 года рождения), который ранее не имел хронических заболеваний, операций и травм. Гемотрансфузии не наблюдалось. Курение, злоупотребление алкоголем, прием наркотических веществ отрицает. Страдает гипертонической болезнью. До поступления наблюдалось значительное снижение работоспособности, при котором обследуемый не мог ходить и обслуживать себя без посторонней помощи. Пациент был госпитализирован из-за "слабости в правых конечностях,



в большей степени в правой ноге". Жалобы возникли утром, после пробуждения. СМП доставила пациента в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городскую больницу г. Златоуста" «Круглосуточный стационар №1 Неврологическое отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения» в 12 часов 50 минут с артериальным давлением 140/80 мм. рт. ст. Больной был в сознании. При изучении речевой функции наблюдалась моторная афазия. Зрачки округлой формы. Фотореакции живые, реакция на аккомодацию и конвергенцию сохранена. Объем движений глазных яблок полный, без нистагма, диплопии не отмечается. Чувствительность на лице не нарушена. Лицо асимметрично – сглажена правая носогубная складка. Рефлексы: роговичный, надбровный, нижнечелюстной живые. Дисфагии, дисфонии нет, фонация мягкого нёба хорошая. Глоточный рефлекс живой. Язык по средней линии, атрофии нет. Атрофии двигательной сферы не наблюдается. Мышечная сила в правых конечностях 3 балла в руке, 0,5 баллов в ноге. Мышечный тонус не изменён. Частота пульса 78 ударов в минуту. Проведя физикальное исследование, патологий не выявили. Уровень состояния по шкале Глазго: 15 баллов. По окончании первичного осмотра был поставлен предварительный диагноз: "Острая ишемия головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии (ЛСМА). Гипертоническая болезнь 3 ст. риск 4". После поступления обследуемому были назначены: электрокардиография (ЭКГ), компьютерная томография головного мозга (КТ ГМ) и биохимические исследования крови. В результате проведенных клинических исследований был поставлен диагноз: "Атеротромботический инфаркт головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии. Острый период Синдром грубого правостороннего гемипарез, афферентной моторной афазии, когнитивных нарушений, Гипертоническая болезнь III ст, риск 4. Целевой уровень АД менее 130/80 мм.рт.ст."

Результаты исследования и обсуждение

На следующий день после поступления пациенту была проведена электрокардиография. Результаты ЭКГ: P 110 PQ 128 QRS 80 QT 366 RR; 1100 Ритм, уд/мин 55, Угол альфа, QRS град. + 65 Переходная зона. По итогам исследования было выявлено: зубец $RI > PI > RIII$, длительность > 100 мс; амплитуда $< 2,5$ мм; интервал PQ TV6. Врач пришел к заключению: "ритм – синусовый регулярный. Брадикардия. Нормальное положение электрической оси сердца. Электрокардиографические признаки дилатации левого предсердия. Синдром TV1>TV6", что свидетельствует о только начинающихся патологических изменениях в гипертрофии левого желудочка сердца.

В день поступления было проведена КТ ГМ. В серии СКТ-срезов получено изображение суб- и супратенториальных структур. Грубых нарушений в структурах головного мозга выявлено не было. Однако в полушариях мозга и мозжечка определены атрофические изменения. На основе этого пришли к заключению: энцефалопатия на фоне кортикальной атрофии, гидроцефалия.

Через 5 дней после первой КТ ГМ было проведено повторное исследование, в результате которого было выявлено: в сером веществе затылочной доли слева определяется участок пониженной плотности ткани мозга однородной структуры. Таким образом, выставили заключение: ишемический инфаркт в бассейне левой задней мозговой артерии.

На основе биохимического анализа крови основные показатели были в норме (АЛТ, АСТ, общий билирубин, общий белок, холестерин ЛПНП, холестерин общий, триглицериды). Однако были выявлены изменения креатинина и мочевины: в день поступления креатинин 91,0 находился в пределах референсных значений (53,00-115,00 мкмоль/л), мочевина 8,4 ммоль/л незначительно превышала референсный интервал (2,5-8,32 ммоль/л). На следующий день повторное биохимическое исследование показало: повышение креатинина до 119,60 мкмоль/л, что незначительно выходит за рамки референсного значения. Мочевина изменилась до нормального значения 8,19 ммоль/л. Через 5 дней был проведен повторный анализ крови, который показал резкое повышение мочевины до 21,65 ммоль/л, при этом креатинин находится в пределах референсного интервала.



По рекомендациям врача были назначены лекарственные препараты: Ацекардол: 100 мг утром; аторвастатины 60 мг вечером, реополиглюкин 10% 200,0 в/в кап; ГЭК 6% 250,0 в/в кап; Цитофлавин 10,0 1 раз в день №5; логасер 4,0 в/м; MgSO₄ 25%-10,0, NaCl 0,9% – 10,0 – внутривенно. Цефтриаксон 2,0 в/в 2 раза в день, NaCl 0,9% – 1000 в/в.

Таким образом, по окончании клинических исследований пациенту был выставлен диагноз: "атеротромботический инфаркт головного мозга в бассейне ЛСМА. Острый период Синдром грубого правостороннего гемипарез, афферентной моторной афазии, когнитивных нарушений, Гипертоническая болезнь III ст, риск 4. Целевой уровень АД менее 130/80 мм.рт.ст."

Заключение

Изучив клинические данные пациента, разобрав анамнез и заключения врачей мы пришли к выводу, что атеротромботический инфаркт головного мозга в бассейне ЛСМА является опасным заболеванием, которое влияет на моторные функции организма, негативно сказывается на работе ЦНС и может привести к параличу конечностей. Чтобы избежать усугублений данного заболевания, пациентам следует посещать регулярные медицинские осмотры, изменить образ жизни: физическая активность должна составлять минимум 150 мин в неделю, следует придерживаться здорового питания, избегать источники стресса и соблюдать режим сна, также рекомендуется контролировать факторы риска развития данного заболевания: диабет, гипертония, курение и т.д.

В дальнейшем нам было бы интересно изучить как наследственность и генетические факторы влияют на риск развития атеротромботического инфаркта.

Список литературы:

1. Мачинский П.А., Плотникова Н.А., Ульянов В.Е., Кемайкин С.П., Рыбаков А.Г. Дифференциальная диагностика патогенетических типов ишемических инфарктов головного мозга. *Архив патологии*. 2021;83 (1):58-66.
2. Труш Е.Ю., Иванова С.В., Савин А.А., Ющук Е.Н., Тельтевская И.И., Мелехина И.В., Добровольская Л.Е. Жесткость артериальной стенки у больных с ишемическими нарушениями мозгового кровообращения. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2020;120 (12-2):16-21.,
3. Feng S, Tang M, Huang G, Wang J, Lv Y, He S, Liu D, Gu L. Comparison of the efficacy of acupuncture-related Therapies for post-stroke motor aphasia: A Bayesian network meta-analysis. *Front Neurol*. 2022 Dec 20;13:992079.
4. Li B, Deng S, Zhuo B, Sang B, Chen J, Zhang M, Tian G, Zhang L, Du Y, Zheng P, Yue G, Meng Z. Effect of Acupuncture vs Sham Acupuncture on Patients With Poststroke Motor Aphasia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2024 Jan 2;7 (1):e2352580.
5. Tagawa N, Fujinami A, Natsume S, Mizuno S, Kato I. Relationship between adiponectin multimer levels and subtypes of cerebral infarction. *PLoS One*. 2022 Jan 27;17 (1):e0262542.

