

Зерчанинова Елена Игоревна,
Доцент кафедры нормальной физиологии,
кандидат медицинских наук, врач-гигиенист,
ФГБОУ ВО УГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Власова Яна Вадимовна, Студент,
ФГБОУ ВО УГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ,
Екатеринбург

Меньщикова Татьяна Сергеевна, Студент,
ФГБОУ ВО УГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ,
Екатеринбург

ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ

Аннотация: В статье рассматривается клинический случай пациента с дисциркуляторной энцефалопатией.

Ключевые слова: Дисциркуляторная энцефалопатия, хроническая сосудистая мозговая недостаточность, эпизоды острых нарушений мозгового кровообращения.

Материалы и методы. Пациент 13.12.1978 года рождения обратился к врачам по настоянию родственников, госпитализированный в ГБУЗ СО «Центральная городская клиническая больница №1» с диагнозом ДЭП от 02.09.2023 г. по 18.11.2023 г. в связи с добровольным уходом из больницы под расписку. Оценка тяжести неврологического дефицита проводилась по шкалам: NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), модифицированной шкале Рэнкин, индексу мобильности Ривермид. Состояние пациента оценивалось при помощи лабораторных исследований и инструментальных методов.

Введение

Дисциркуляторная энцефалопатия – заболевание, в основе которого лежит многоочаговое или диффузное поражение головного мозга, проявляющееся клинически и/или психическими нарушениями, вызванное хронической сосудистой мозговой недостаточностью и/или повторными эпизодами острых нарушений мозгового кровообращения, которое приводит в конечном итоге к ухудшению качества жизни пациентов.

Данное явление приобретает значительное значение как в практике, так и в научной медицине. Следовательно, жизненно важно осуществлять актуальную диагностику и лечение данного заболевания, а также углубленно изучать его патогенез и факторы возникновения.

Описание клинического наблюдения

При первом посещении больной жалобы активно не предъявлял. Со слов жены, отмечаются прогрессирующее снижение памяти на текущие события, дезориентация в месте и времени, безынициативность, апатия, медлительность, изменение походки, снижение бытовых и гигиенических навыков, недержание мочи, плохой сон, снижение настроения, головные боли. Забывчивость у больного родные отмечают в течение 4 лет. Прогрессирующее нарушение памяти, эпизоды дезориентации в месте и времени, утрата ранее приобретенных навыков стали обращать на себя внимание последние 6 месяцев стал медлительным, не узнает родных, утратил способность к вождению автомобиля, терялся на улице, стал неопрятным, появилось недержание мочи.

Речь больного была разборчива, но тихая и монотонная. Походка на широкой основе. При выполнении координаторных проб определялась двусторонняя дисметрия.



Пациент был госпитализирован в «ЦГКБ №1» г. Екатеринбург.

При поступлении был выставлен клинический диагноз: Дисциркуляторная энцефалопатия. NIHSS 4. Рэнкин 3. Ривермид 15. Гипертоническая болезнь 3 стадии (неконтролируемая), синдром кардиалгия.

В неврологическом статусе: Прогрессирующее нарушение памяти. Оценка по шкале Глазго 16. Оценка по шкале NIHSS 3. Общемозговые симптомы – нет. Менингеальные знаки отсутствуют. Двигательная сфера: парез в левой ноге 2-3 балла. Расстройство чувствительности по гемитипу. Рефлексы: сухожильные рефлексы снижены в левой ноге. Патологические рефлексы: симптомы Бабинского слева.

На фоне проводимого лечения регрессирование пареза в левой руке, увеличение объёма в левой ноге. Состояние удовлетворительное. Были даны рекомендации по наблюдению у невролога, дано направление на курс терапии в условиях реабилитационного отделения в ГКБ №33.

При поступлении был выставлен клинический диагноз: Дисциркуляторная энцефалопатия. Преходящее нарушение мозгового кровообращения в бассейне правой средней мозговой артерии от 02.09.2023 г., балла NIHSS 4 балла, Рэнкин 3 балла, Ривермид 15 баллов.

В соматическом статусе: рост – 183 см, вес – 79 кг. Общее состояние при поступлении – средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Дыхание проводится по всем отделам, везикулярное, хрипов нет. ЧДД-16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. АД-141/86 мм рт. ст., ЧСС = 69 в мин. Стул, мочеиспускание в норме.

Неврологический статус: Сознание ясное, менингеальных знаков нет. Глазные щели, зрачки D=S, фотореакция живая (прямая и содружественная). Зрение субъективно не нарушено. Движения глазных яблок: в полном объеме, конвергенция сохранена, нистагма нет. Лицо симметрично. Слух субъективно сохранен. Глотание и фонация сохранены. Тонус и трофика не изменены. Речь – правильная. Пациент ориентирован в собственной личности, месте и времени правильно. Эмоционально лабилен.

Данные лабораторного и инструментального обследования:

Пациенту проводили биохимическое исследование крови: определяли количество общего холестерина, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), глюкозы.

Результаты исследования липидного профиля и уровня глюкозы представлены в таблице 1. Уровень общего холестерина сыворотки крови находился на верхней границе нормы. Показатели ЛПВП у пациентов с ДЭП были ниже нормы 1,15 ммоль/л. Содержание триглицеридов и ЛПНП находилось в пределах нормы. Уровень глюкозы крови находился в пределах нормы. Таким образом, у пациентов с ДЭП было выявлено абсолютное снижение показателя антиатерогенной фракции липидов – ЛПВП.

Таблица 1

Биохимические показатели у пациента с ДЭП

Биохимические показатели крови	Результат	Нормальные показатели
Уровень глюкозы (ммоль/л)	5,0	4,6 – 6,1
Общий холестерин (ммоль/л)	6,1	3,94 – 7,15
ЛПВП (ммоль/л)	1,15	1,5 – 4,2
ТГ (ммоль/л)	1,25	0,5 – 2,79
ЛПНП (ммоль/л)	3,11	3,2 – 4,5



Проведены следующие инструментальные исследования: компьютерная томография головы, кардиологическое обследование, при этом очагов патологических плотности головного мозга не выявлено.

АД – 141/86 мм рт. ст. Пульс ритмичный, 69 ударов в минуту. Движения глазных яблок в полном объеме, плавные следящие движения глаз не нарушены.

Проведено лечение: Режим 2Б-3А стол основной вариант стандартной диеты (ОВД).

~ Каптоприл 25-150 мг 3-4 раза в сутки;

~ Эналаприл 5-40 мг 1-2 раза;

~ Периндоприл 4-8 мг 1 раз в сутки;

~ Ацетилсалициловая кислота 50 мг в сутки.

Нельзя принимать алкоголь, калийсберегающие диуретики и препараты лития.

Заключение

В представленном клиническом случае удалось рассмотреть более детально пациента, страдающего дисциркуляторной энцефалопатией за 2023 г. Поэтому исходя из вышесказанного можно сделать вывод, что у больного сыграло много факторов в возникновении этой патологии: несвоевременная диагностика и возрастные изменения – старение организма может приводить к уменьшению эластичности сосудистых стенок и нарушению кровотока в головном мозге. Вследствие этого, необходимы дальнейшие исследования подобных пациентов для более глубокого понимания основных факторов, приводящих к развитию дисциркуляторной энцефалопатии.

Список литературы:

1. Парфенов В.А. Дисциркуляторная энцефалопатия и сосудистые когнитивные расстройства. – М.: ИМА-ПРЕСС, 2017 [128 с.].
2. Верещагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии. – М.: Медицина, 1997 [287 с.].
3. Яхно Н.Н., Левин О.С., Дамулин И.В. Сопоставление клинических и МРТданных при дисциркуляторной энцефалопатии. Когнитивные нарушения // Неврологический журнал. 2001. № 3. [10–18 с.].
4. Яхно Н.Н., Дамулин И.В., Захаров В.В. Дисциркуляторная энцефалопатия. – М., 2000 [32 с.].
5. Левин О.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: современные представления о механизмах развития и лечении // Consilium medicum. 2007. № 8 [72–79 с.].
6. Баранова А.Г., Ермолаева А.И. Дисциркуляторная энцефалопатия (хроническая недостаточность мозгового кровообращения). Учебное пособие. ФГБОУ ВПО «ПГУ». 2012. [4-5 с.].

