

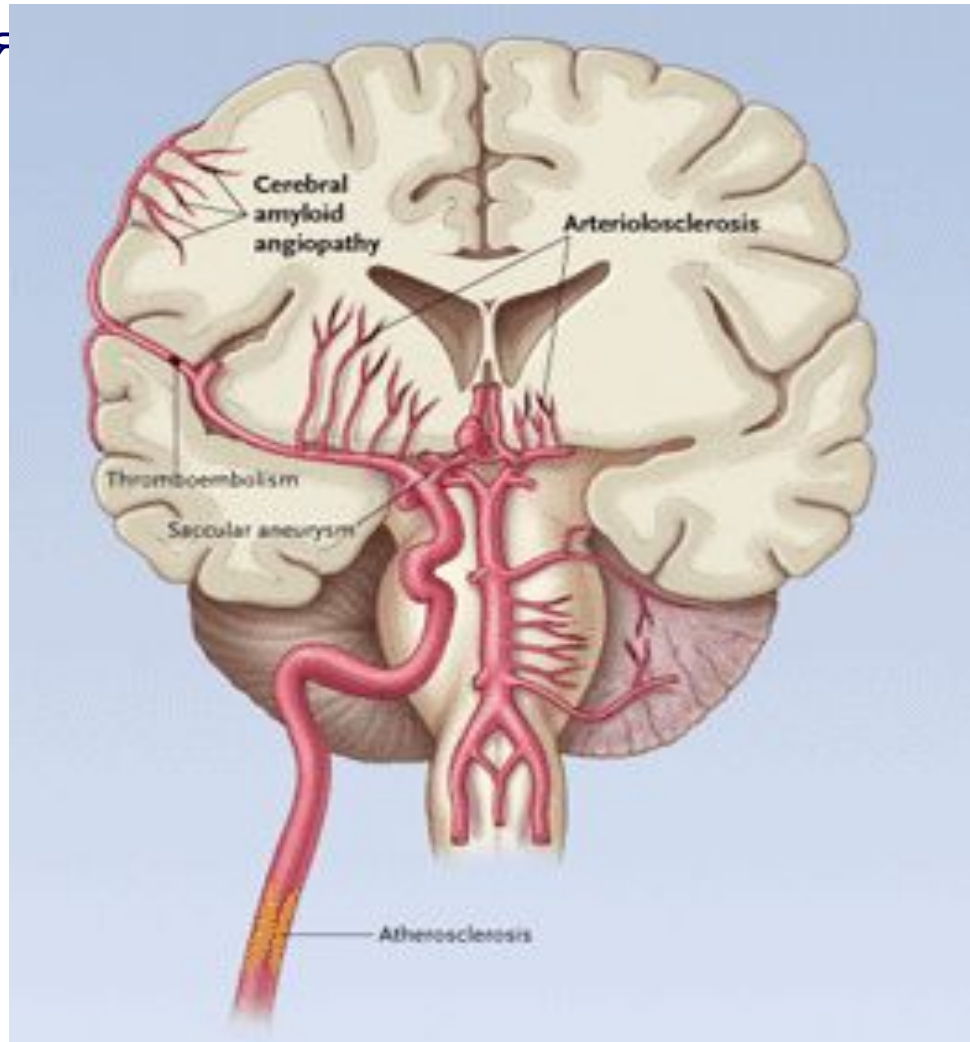
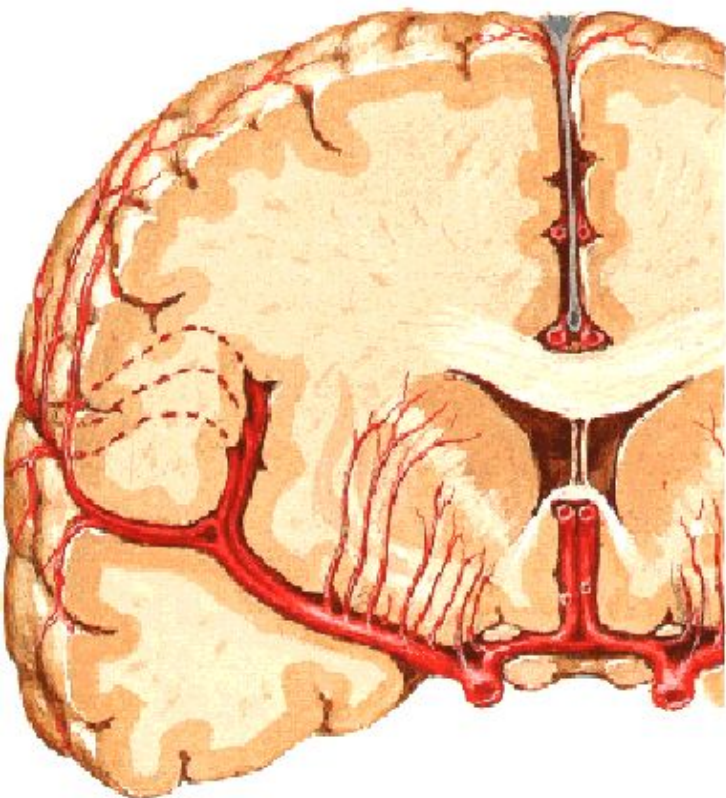
Особенности

Анатомические предпосылки

кровообращения белого

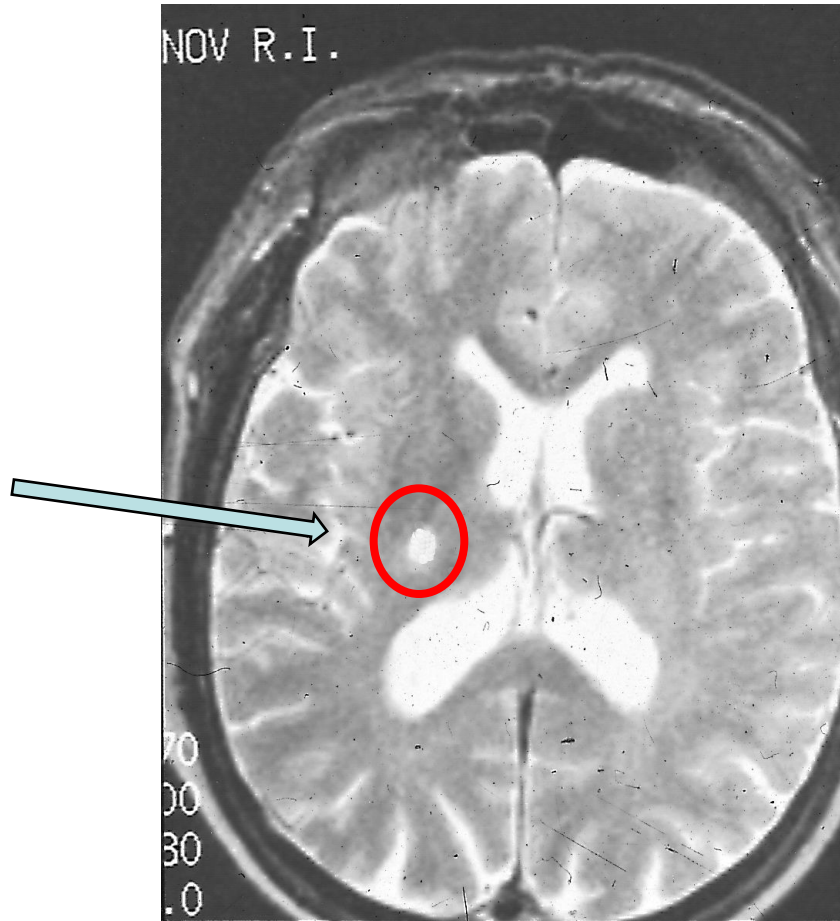
вещества головного мозга

- 2 бассейна кровоснабжения
- зона «водораздела»
- отсутствие коллатералей

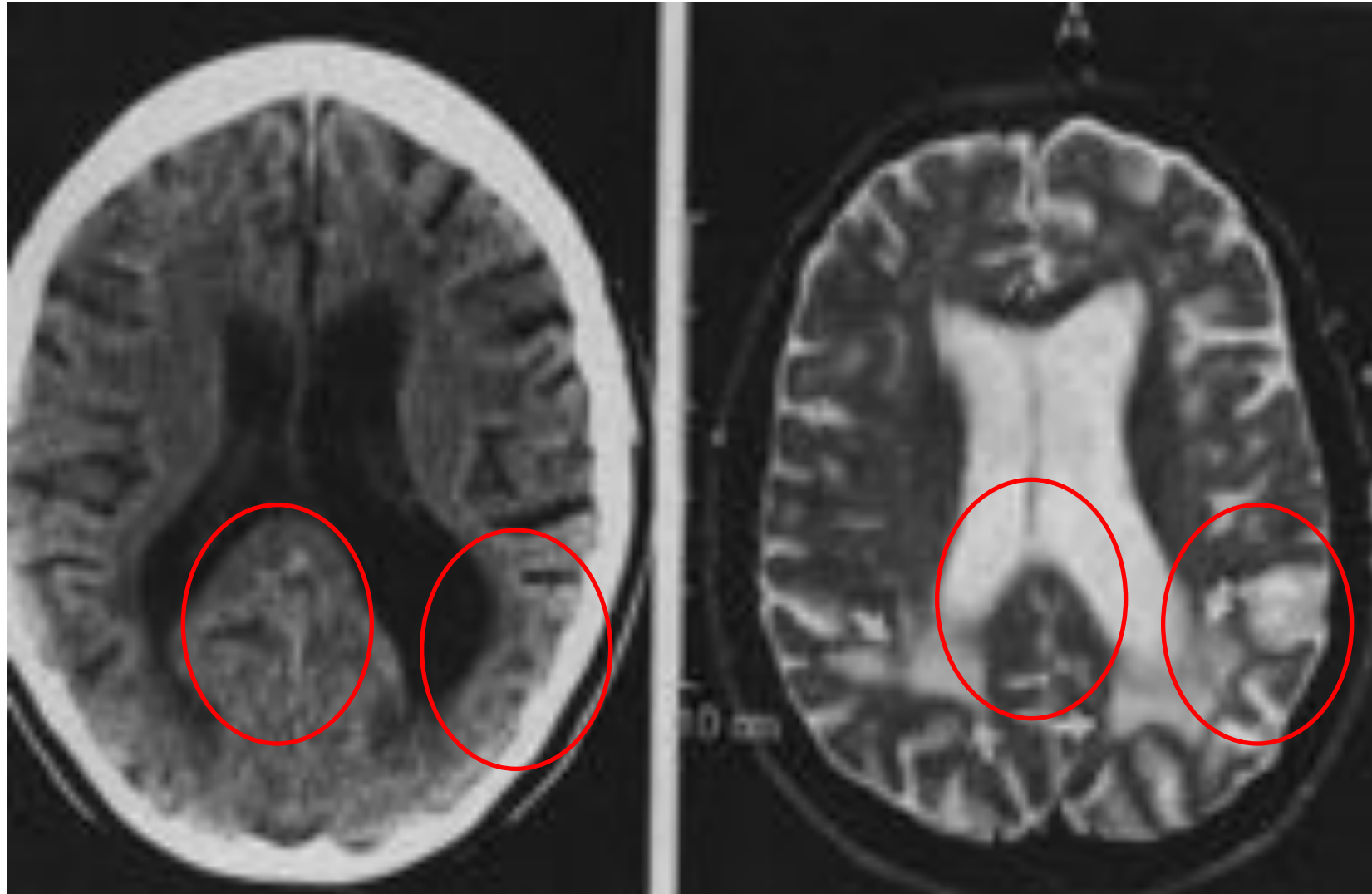


Лакунарный инфаркт мозга

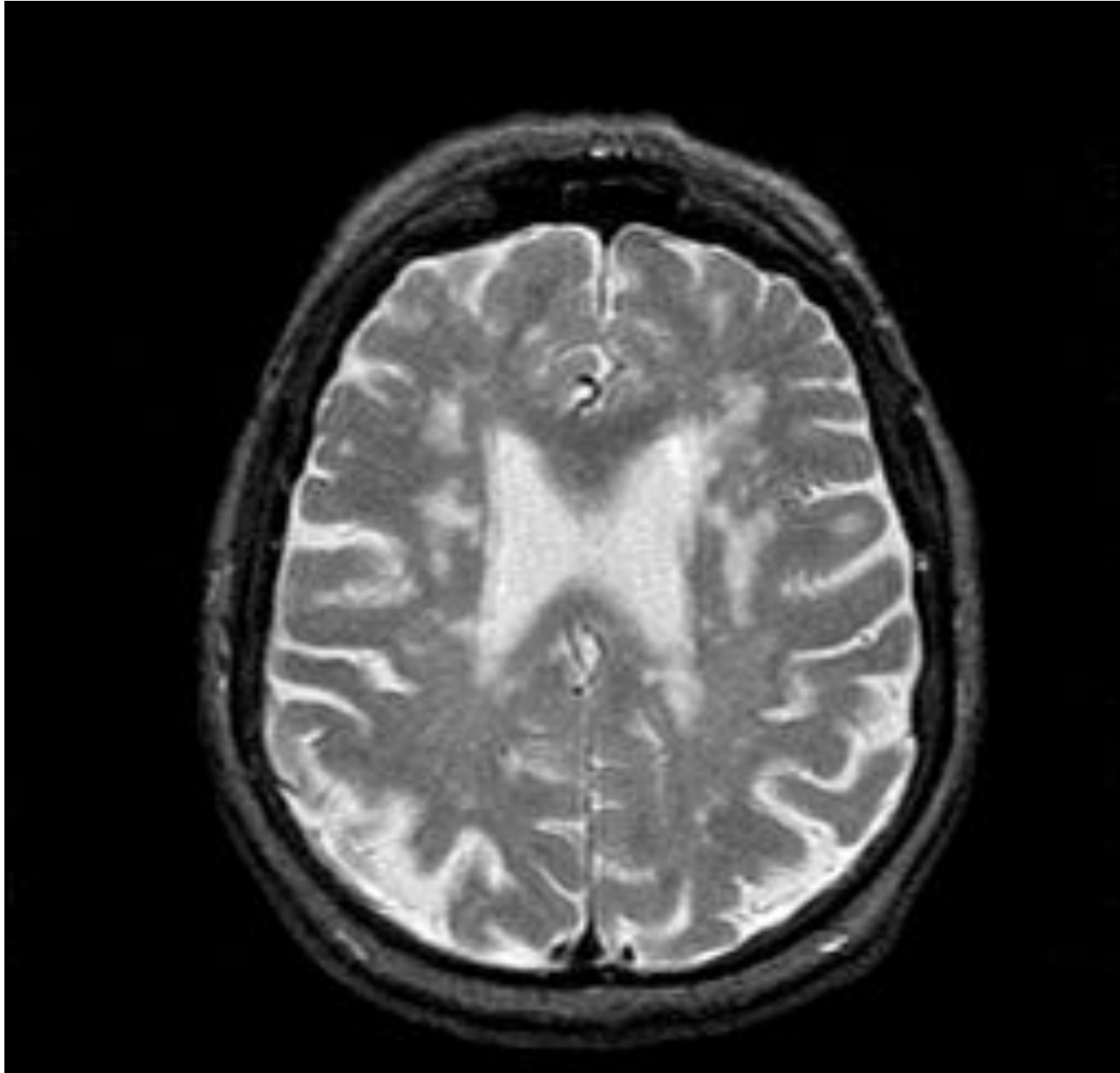
Больной 52 лет с мягкой АГ и асимптомным инфарктом мозга



Перивентрикулярный лейкоарезоз

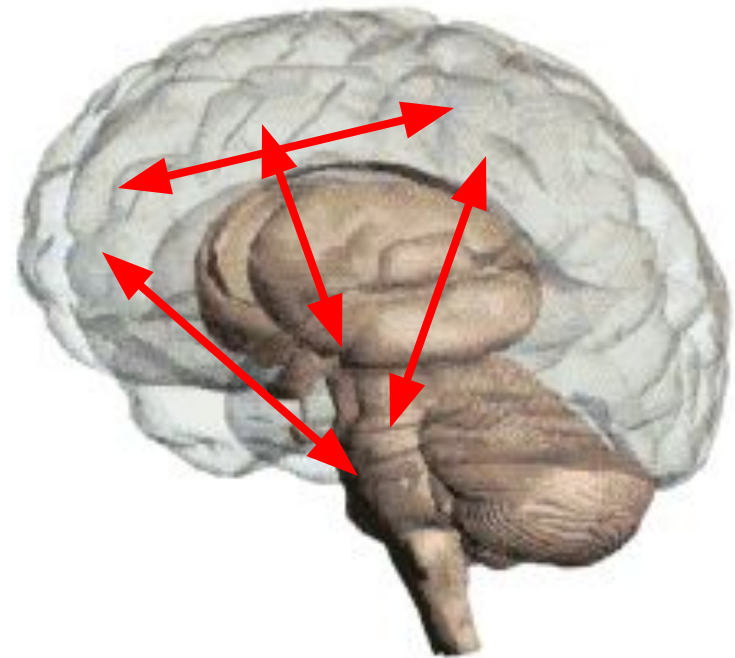


Субкортикальный лейкоареоз



ТОПИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ НАЧАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

- очаговые повреждения преимущественно белого вещества головного мозга
- феномен корково-подкоркового “разобщения”



Повреждающее действие АГ на мозговое кровообращение

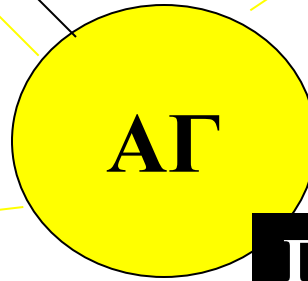
Многофакторное повреждение мелких сосудов мозга (микроаневризмы, гипертонические «стенозы»)

Атеросклероз экстра- и интракраниальных артерий

Эндотелиальная дисфункция (нарушенная реактивность сосудов головного мозга)

Гиперкоагуляция, нарушение реологических свойств крови (микроокклюзии в сосудах головного мозга)

Извитость МАГ



ОТЯГОЩАЮЩИЕ ФАКТОРЫ (экзогении) ИШЕМИЧЕСКО-ГИПОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ МОЗГА

- ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ ТРАВМЫ
- ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ В СВЯЗИ С ИНФЕКЦИЯМИ И ПАРАЗИТАРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

(ВЫЯВЛЕНИЕ АНТИТЕЛ К ВИРУСАМ ВПГ, ЦМВ, ВЭБ, ВКЭ, ГЕПАТИТОВ А, В, С, БОРРЕЛИЯМ, ОПИСТОРХИЯМ, ЛЯМБЛИЯМ И ДР.)

и связанные с ними васкулиты, гемокоагуляционные нарушения.

Клиника – I стадия

I стадия.

Жалобы:

- головные боли, тяжесть в голове,
- общая слабость,
- повышенная утомляемость,
- снижение памяти и внимания,
- головокружения несистемного характера,
- неустойчивость при ходьбе,
- нарушение сна.

Неврологический статус:

- » анизорефлексия,
- » глазодвигательные нарушения,
- » положительные дискоординаторные явления,
- » симптомы орального автоматизма.

Клиника – I I стадия

Жалобы:

- нарастает частота нарушений памяти,
- неустойчивость при ходьбе,
- менее часто фигурирует жалоба на головную боль и другие проявления астенического симптомокомплекса.

Неврологический статус : Более отчетливой становится очаговая симптоматика в виде:

- оживления рефлексов орального автоматизма,
- координаторных и глазодвигательных расстройств,
- центральной недостаточности лицевого (VII) и подъязычного (XII) нервов,
- пирамидной недостаточности,
- амиостатического синдрома,
- усиления интеллектуально-мнестических и эмоциональных нарушений.

Клиника – III стадия

Жалобы:

- уменьшается объем жалоб больного, снижается критика к своему состоянию,
- сохраняются жалобы на снижение памяти, неустойчивости при ходьбе, на шум и тяжесть в голове, на нарушение сна.

Неврологический статус:

Выражены объективные неврологические синдромы:

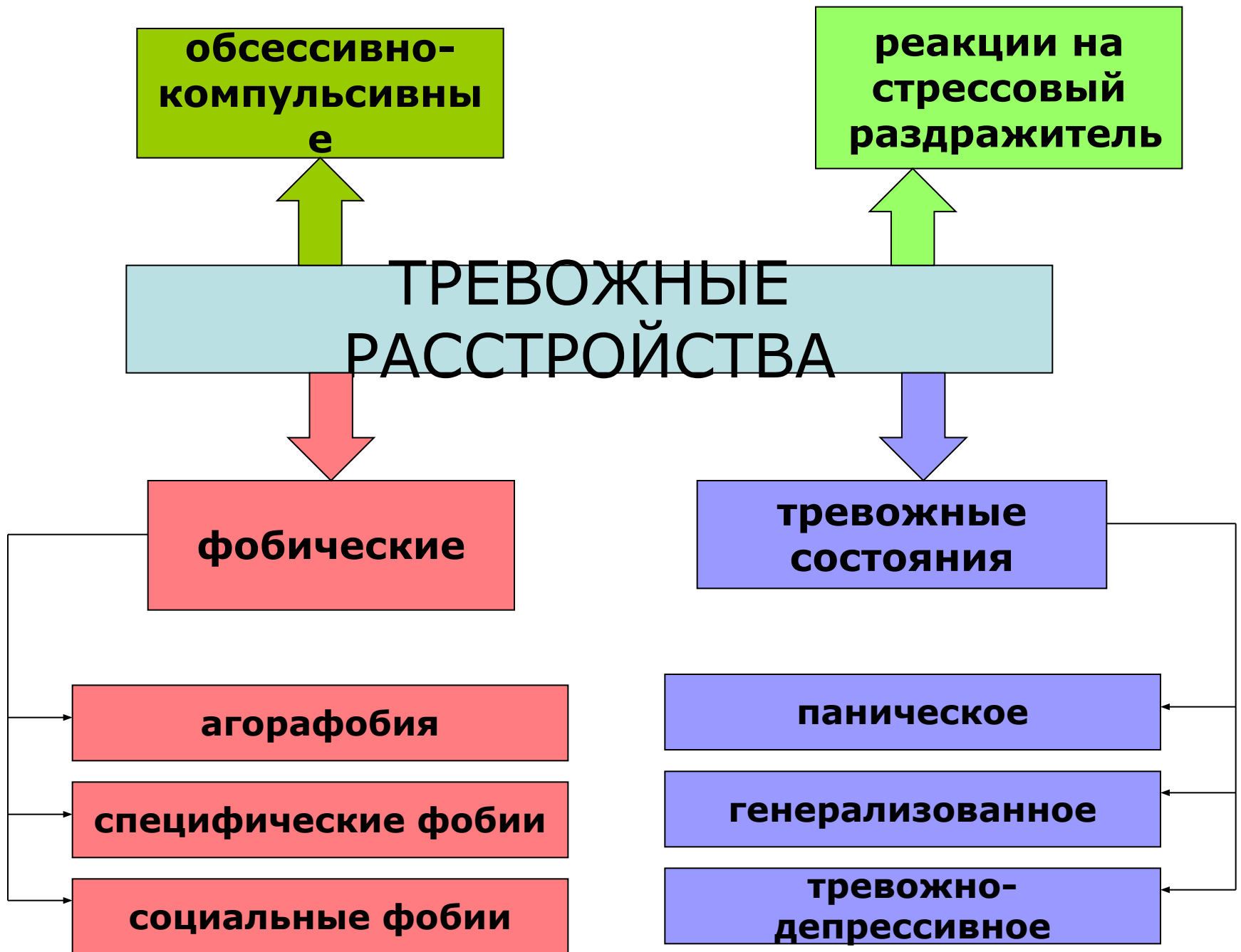
- дискоординаторный
- псевдобульбарный
- пирамидный
- психоорганический
- амиостатический

Основные синдромы

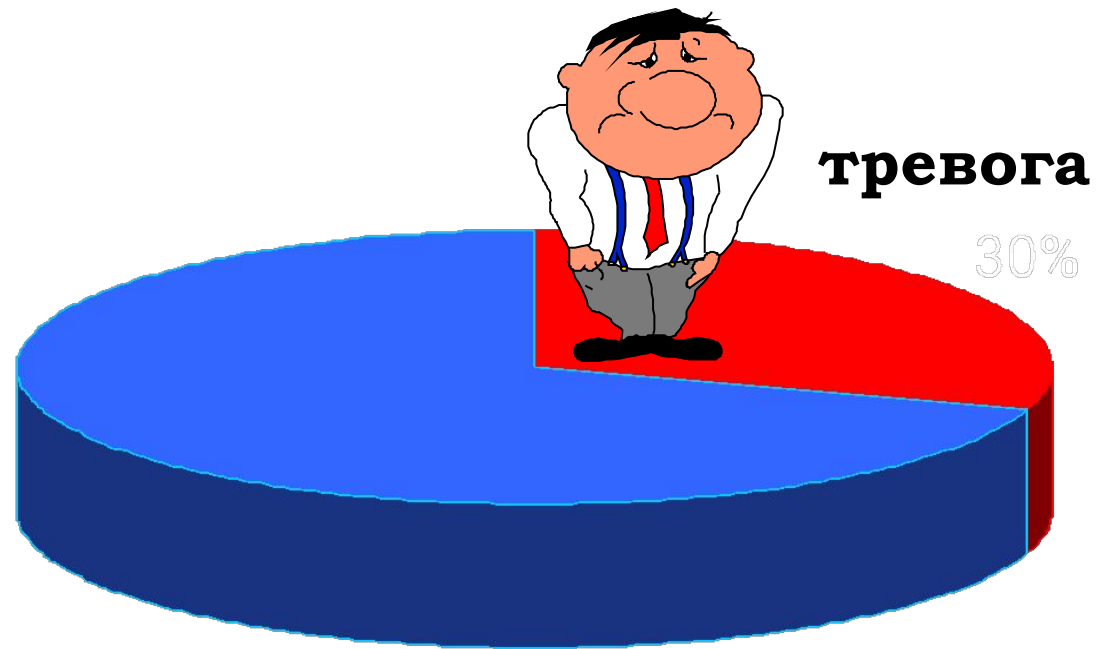
- **Цефалгический**
- **Вестибуло-атактический**
- **Псевдобульбарный**
- **Пирамидный**
- **Амиостатический (паркинсоноподобный)**
- **Пароксизмальные расстройства**
- **Эмоционально-аффективные расстройства и когнитивные нарушения**

СТАДИИ ДУШЕВНОГО СОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРЫЙ НЕИЗЛЕЧИМО БОЛЕН

- **ОТРИЦАНИЕ ИДЕИ О СМЕРТЕЛЬНОСТИ
БОЛЕЗНИ (DENIAL)**
- **ГНЕВ НА НЕСПРАВЕДЛИВОСТЬ СУДЬБЫ
(ANGER)**
- **ТОРГОВЛЯ С СУДЬБОЙ (BARGAINING)**
- **ПОДАВЛЕННОСТЬ (DEPRESSION)**
- **ПРИНЯТИЕ СВОЕЙ УЧАСТИ (ACCEPTANCE)
(ПРОИСТЕКАЮЩАЯ ОТСЮДА УМИРОТВОРЁННОСТЬ)**

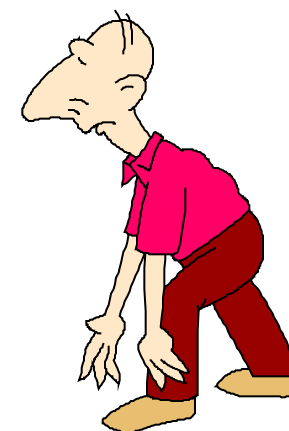
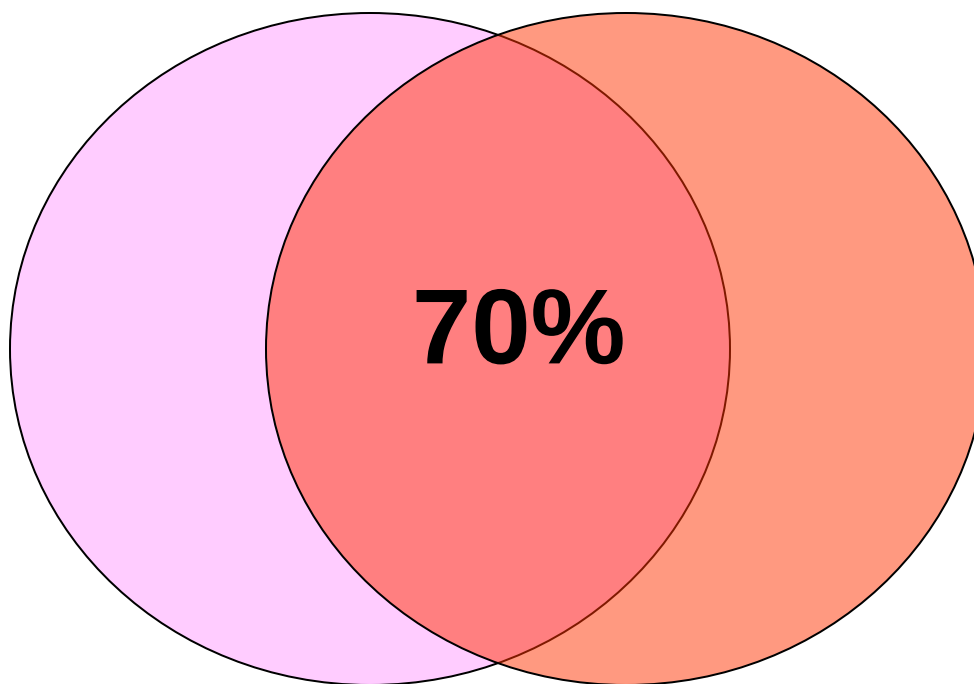
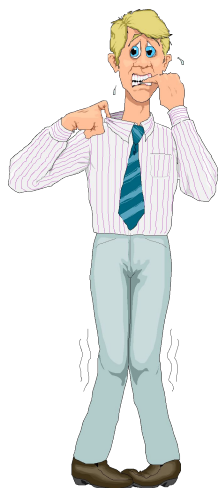


Распространенность тревожных расстройств в популяции



Коморбидность тревоги и депрессии

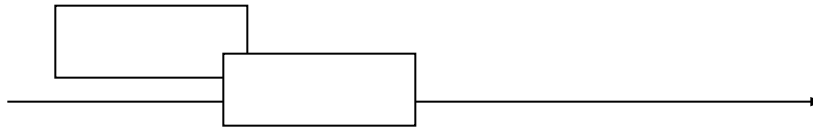
тревога



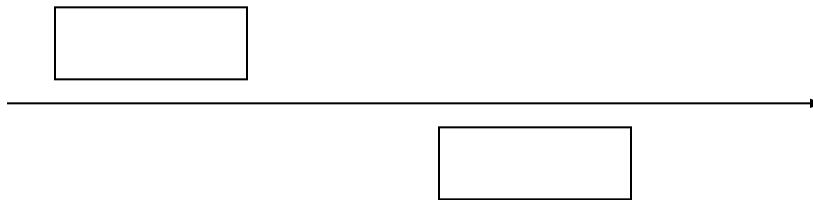
депрессия

1. Тревога и депрессия – самостоятельные расстройства

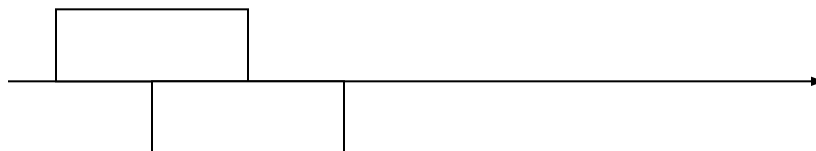
- артефакторная коморбидность – перекрывание клинических СИМПТОМОВ



- депрессия и тревога – самостоятельные сущности



- депрессия и тревога совпадают по времени возникновения



Фрустрация

(лат. *frustratio* – расстройство, тщетное ожидание)

состояние, при котором существуют:

- сильная мотивация достичь определённой цели;
- препятствия, мешающие достижению цели.

Повседневные перегрузки

- (англ. «daily hassels»)
- фрустрирующие события повседневной жизни, воспринимаемые как угрожающие, оскорбительные, связанные с потерями, *предвещающие негативные перемены*

(Kanner A.D., Coyne J.C.,
Schaefer C., Lazarus R.S., 1981)

ОСТРОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (ОСР) Acute Stress Disorder (ASD)

- возникает в период от 48 часов до 28 дней, определяется наличием диссоциативных СИМПТОМОВ:
- субъективное чувство оцепенения, потеря эмоций, отчуждение;
- сужение сознания;
- психогенная амнезия

Острые стрессовые расстройства могут быть самостоятельными, а могут переходить в ПТСР.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕМЕНЦИИ

По классификации ВОЗ **деменция** – это

- синдром прогрессирующего нарушения **КОГНИТИВНЫХ** функций (памяти, суждения, абстрактного мышления, математических способностей),
- распада **эмоциональной сферы** и личности в целом,
- утраты **двигательных навыков** (особенно речевых функций и зрительно-пространственного компонента праксиса),
- а также **навыков самообслуживания**.

Когнитивные нарушения и их выявление

- Главные составляющие деменции: снижение 2 из 6 когнитивных (познавательных) функций
 - внимание
 - память
 - праксис
 - гнозис
 - мышление
 - речь
- Для оценки когнитивных функций наиболее часто используются шкалы:
 - Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE, 1975)
 - Шкала общего ухудшения (GDS)
 - Шкала деменций Маттиса
 - Шкала оценки активности в повседневной жизни (ADL)
 - Шкала ADAS-сog «запоминание слов, называние предметов»
 - Тест рисования часов
 - Нейро-психиатрическая шкала (оценка поведения) (NPI)

Деменция

клинические стадии

Деменция

Легкая (мягкая) деменция

20-23 балла

Постоянное умеренное снижение памяти, заметное в повседневной жизни
Частичная дезориентировка во времени при сохранной способности ориентироваться в окружающей обстановке
Личностные нарушения, быстрая смена эмоционального состояния
Снижение способности выносить правильные суждения

MMSE

Деменция средней тяжести

11-19 баллов

Нарушение способности выполнять привычные действия (одевание, соблюдение личной гигиены)
Невозможность воспринимать новую информацию
Выраженная дезориентация

MMSE

Тяжелая деменция

0-10 баллов

Невозможность выполнять привычные действия
Полная зависимость в повседневной жизни
Полная утрата кратковременной и долговременной памяти

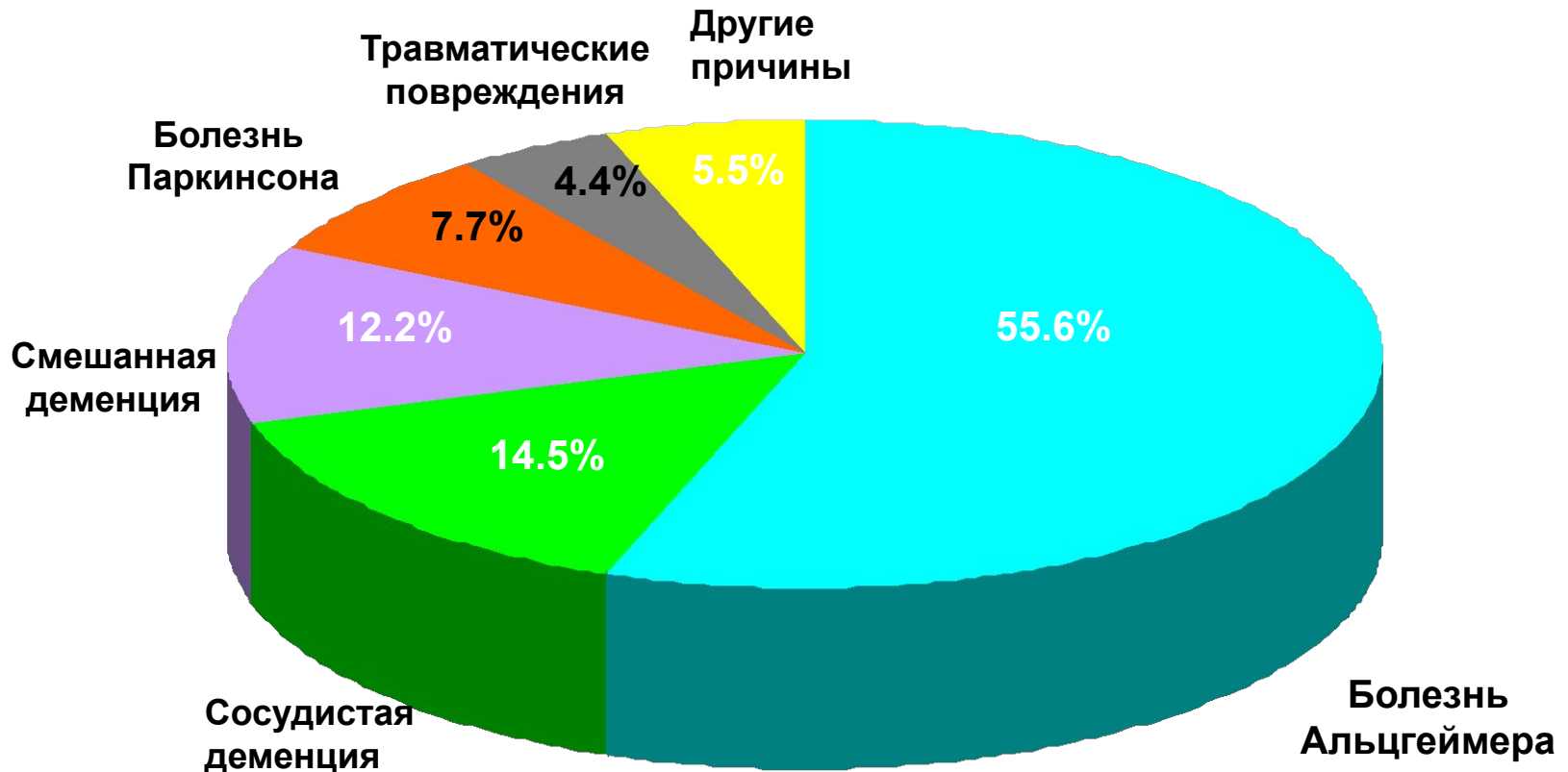
MMSE

Суммарная оценка по MMSE

30
25
20
15
10
5
0

Причины деменции

Болезнь Альцгеймера – самая частая причина деменций



Цифры обозначают распространенность различных деменций по данным мировой статистики (в %)

Основные причины когнитивных нарушений.

1. Нейродегенеративные заболевания (БА, ДТЛ, фронтотемпоральная деменция, БП, прогрессирующий надъядерный паралич, болезнь Хантингтона и др.);
2. Сосудистые заболевания ГМ (последствия инсульта в стратегически важной зоне, мультиинфарктное состояние, болезнь Бисвангера, сосудистая деменция при ДЭП.
3. Смешанные сосудисто-дегенеративные нарушения.
4. Дисметаболические энцефалопатии (алкоголизм, гипоксическая, дефицитарная, печеночная, почечная, интоксикационная энцефалопатии, гипотиреоз, гепатолентикулярная дегенерация, соматогенные при гипоксемии, гипогликемии).
5. Нейроинфекции и демиелинизирующие заболевания (ВИЧ-ассоциированная энцефалопатия, болезнь Крейцфельда – Якоба), прогрессирующие панэнцефалиты, последствия острых и подострых менингоэнцефалитов, прогрессивный паралич, РС, мультифокальная лейкоэнцефалопатия, поздняя стадия нейроборрелиоза, хронический клещевой энцефалит, герпетический, грибковый энцефалит).
6. Другие (ЧМТ, опухоли, ликвородинамические нарушения, нормотензивная гидроцефалия)

ТИПЫ ДЕМЕНЦИИ

- **КОРТИКАЛЬНАЯ**
 - теменно-височная** (БА): амнезия, афазия, апраксия, агнозия при отсутствии двигательных расстройств и дизартрии;
 - лобно-височная** (БАС с синдромом деменции, болезнь Пика, лобная дегенерация неальцгеймерского типа) – сохранная память, но нарушения поведения, апатия, заторможенность, афазия и нарушение планирования.
- **СУБКОРТИКАЛЬНАЯ** (болезнь Хантингтона, прогрессирующий надъядерный паралич, сосудистая деменция, гидроцефалия) – замедленность мышления, забывчивость, апатия, двигательные расстройства и дизартрия.

СМЕШАННАЯ:
нейроинфекции – коморбидность с тревожно-депрессивными и поведенческими нарушениями

Критерии клинического диагноза деменции (DSM-IV)

А. Нарушение памяти (кратковременной и долговременной).

Б. Нарушение по крайней мере еще

одной из ниже перечисленных

высших мозговых функций:

праксиса,

гнозиса,

речи,

способности к обобщениям

или абстрагированию,

регуляции произвольной деятельности.

Нарушения выражены настолько, что приводят к затруднениям в профессиональной сфере и в быту.

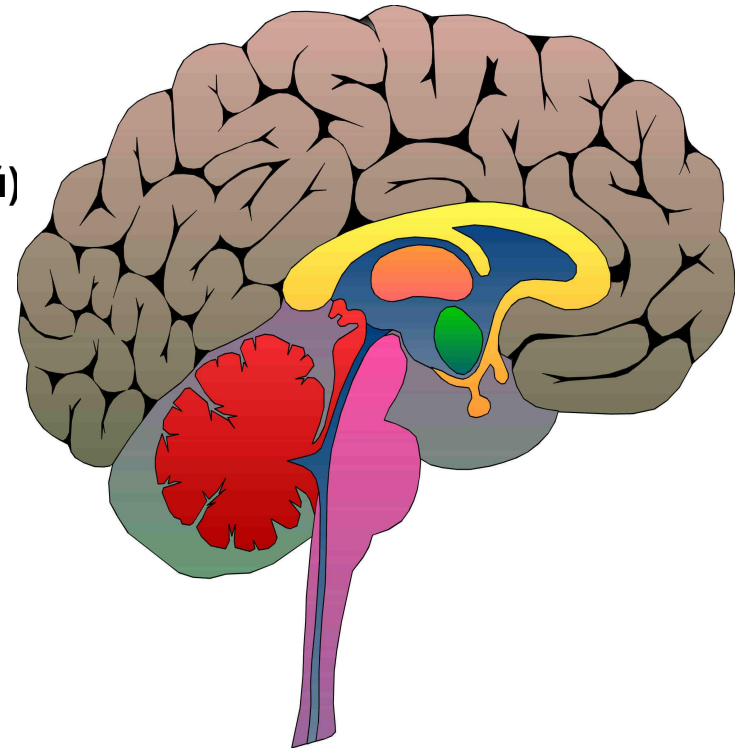
Нарушения развиваются вследствие органического поражения головного мозга.

Нарушения отмечаются при ясном сознании больных.



ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ДЕМЕНЦИЙ

- **болезнь Альцгеймера (50-60%)**
- **сосудистая деменция (10-15%)**
- **смешанная деменция (сочетание альцгеймеровских и сосудистых изменений) (10-20%)**
- **дисметаболическая энцефалопатия (4-5%)**
- **алкоголизм (7-10%)**
- **опухоли головного мозга (2-3%)**
- **черепно-мозговая травма (5%)**
- **нормотензивная гидроцефалия (1,5-3%)**
- **болезнь Паркинсона (1%)**
- **нейроинфекции (1%)**



Особенности когнитивных нарушений при последствиях герпетического энцефалита

- ВПГ-инфекция наиболее часто поражает гиппокамп, миндалину, подкорковые лимбические структуры, парагиппокампальную извилину, височную долю. Медиальная височная доля – антероградное нарушение декларативной памяти; Двустороннее поражение – нарушение восприятия вербальной и невербальной информации, при левостороннем – только вербальный, при правостороннем – невербальный дефект восприятия. При обширном повреждении – глобальная амнезия.

ВИЧ–ассоциированная деменция

- Тяжесть коррелирует с прогрессированием основного заболевания и тяжестью иммуносупрессии; затруднено усвоение новой информации, расстройство внимания, концентрации, декларативной памяти; сочетание с двигательными расстройствами (акинетико-ригидный, пирамидный синдром, мозжечковая атаксия) и эмоциональными нарушениями (тревожно депрессивный синдром, депрессия).

Деменция при нейроинфекциях

- При остром и подостром течении, в раннем резидуальном периоде после перенесенной нейроинфекции преобладают легкие когнитивные нарушения в сочетании с тревожно-невротическими, астено-депрессивными нарушениями, не исключены поведенческие отклонения; при длительном хроническом прогрессирующем течении нарастают патофизиологические проявления дегенеративных процессов в мозге и утяжеляется степень деменции, сочетание ее с двигательными и речевыми нарушениями.

Сосудистая деменция

- Первое место по распространенности:
 - Увеличивает смертность пожилых больных почти в 3 раза

Клинически для сосудистых деменций характерно наличие



двигательных расстройств:

- ✓ заторможенность
- ✓ нарушения позы
- ✓ нарушение инициации ходьбы
- ✓ апраксия ходьбы»
- ✓ тонусные нарушения
- ✓ супрануклеарный паралич взора



психических расстройств:

- ✓ забывчивость
- ✓ апатия
- ✓ трудности переключения с одного вида психической деятельности на другой
- ✓ несдержанность эмоционального аффекта

НАЧАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕМЕНЦИИ

- Недостаточная концентрация внимания**
- Чувство чрезмерного напряжения**
- Быстрая утомляемость**
- Угнетенное настроение**
- Нерасторопность**
- Сужение круга интересов**
- Общая тревога**

Эмоционально-аффективные расстройства и когнитивные нарушения

На начальных стадиях - невротоподобные астенические, астенодепрессивные и тревожные нарушения.

В поздних и резидуальных стадиях - к ним присоединяются выраженные дисмнестические и интеллектуальные расстройства (синдром когнитивных нарушений, нарушения поведения, двигательные нарушения).

Кольцо Кайзера – Флейшера при ГЛД

Бернард Кайзер и Бруно Флейшер – немецкие офтальмологи, описали феномен соответственно
в 1902 и 1903

