



***ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ
ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ
в практике терапевта***

Дисциркуляторная
энцефалопатия (ДЭ) —
хроническое прогрессирующее
диффузное или мелкоочаговое
поражение ГОЛОВНОГО МОЗГА,
обусловленное нарастающим
ухудшением его кровоснабжения.

ТЕРМИНОЛОГИЯ

*Впервые термин ДЭ был введен в
употребление учеными НИИ
неврологии АМН СССР
Г.А. Максудовым и академиком Е.
В. Шмидтом в конце 50-х —
начале 60-х годов XX в.*

Специалисты, занимающиеся проблемой хронической ишемии головного мозга (ХИГМ) широко используют другие термины, определяя схожие состояния как:

1. «медленно прогрессирующая недостаточность мозгового кровообращения»
2. «ишемическая болезнь мозга»
3. «церебро-васкулярная недостаточность»

Несмотря на отсутствие
термина

*«ДИСЦИРКУЛЯТОНАЯ
ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ»*

в МКБ-10, в отечественной
медицине он продолжает часто
использоваться

Вместе с тем наиболее полное
представление о генезе
заболевания (ХРМК) нашло
свое отражение
в МКБ 10

Использование рубрификации заболеваний МКБ-10

позволяет детализировать
диагноз, обеспечивая
возможность более правильного
прогнозирования течения
заболевания, выбор оптимальной
лечебной тактики.

рубрика 165 "Закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга" (имеется возможность более точного указания пораженного сосуда),

рубрика 166 "Закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга" (аналогичным образом, возможны уточнения локализации области стеноза или закупорки).

ХРМК могут быть классифицированы в зависимости от ведущего клинического синдрома, обозначенного в рубриках 167

1. "Другие Цереброваскулярные болезни":
церебральный атеросклероз
2. (167.2) прогрессирующая сосудистая
лейкоэнцефалопатия,
3. болезнь Бинсвангера (167.3),
4. гипертензивная энцефалопатия (167.4),
5. другие уточненные поражения сосудов мозга
— острая цереброваскулярная
недостаточность или ишемия мозга
хроническая (167.8).

Возможно выделение сосудистой деменции:

рубрика F01 (F01.0 — сосудистая деменция с острым началом;

F01.1 — мультиинфарктная деменция;

F01.2 — подкорковая сосудистая деменция; F01.3 — смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция,

а также ряд иных неврологических синдромов, рассматриваемых в качестве последствий перенесенных цереброваскулярных заболеваний (рубрика 169).

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

1. Цереброваскулярные заболевания являются важнейшей медико-социальной проблемой и нашей стране и во всем мире.

2. Заболевания головного мозга - одна из ведущих причин заболеваемости, смертности и инвалидности в Российской Федерации.

3. В среднем в России ежегодно регистрируется около 400—450 тыс. мозговых инсультов (80-85% ишемических)
4. из которых до 200 тыс. заканчиваются летальным исходом
5. а из выживших пациентов не менее 80% остаются инвалидами разной степени тяжести.

6. В последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты инсульта у лиц работоспособного возраста.

7. Последствия этих заболеваний отрицательно сказываются на экономике страны и жизни общества в целом, снижают качество жизни больных и их семей.

Хронические расстройства
мозгового кровообращения
(ХРМК), в значительной степени
определяют деятельность не
только врачей первичного звена и
неврологов, но и большинство
специалистов терапевтического
профиля

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ХРМК

1. артериальная гипертензия;
2. сердечные аритмии;
3. пороки сердца;
4. атеросклероз;
5. аневризмы сердца;
6. сердечная недостаточность

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ХРМК

7. сахарный диабет
8. васкулиты
9. искусственные клапаны сердца
10. стенозирующее поражение магистральных артерий головы и интракраниальных сосудов;
11. нарушения микроциркуляции и системы гемостаза.

Клиническая картина

Основными клиническими проявлениями ХИМ являются нарушения:

1. в эмоциональной сфере,
2. двигательные расстройства,
3. ухудшение памяти и способности к обучению, постепенно приводящие к дезадаптации больных

ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДЭ ХАРАКТЕРНО:

1. Прогрессирующее нарастание когнитивных нарушений (снижение памяти, внимания, интеллекта), достигающих на последних этапах уровня деменции.
2. Постепенное нарастание эмоционального оскудения, потеря интереса к жизни.

ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДЭ ХАРАКТЕРНО:

3. Постепенное нарастание нарушений координации и ходьбы, дестабилизация темпа и ритма движений, склонность к падениям. В выраженных случаях ходьба становится невозможной, несмотря на отсутствие парезов.
4. У некоторых больных наблюдается подкорковый синдром; гипомимия, повышение мышечного тонуса по экстрапирамидному типу (по типу синдрома паркинсонизма).

ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДЭ ХАРАКТЕРНО:

5. Обычно наблюдается различной выраженности псевдобульбарный синдром: дизартрия, дисфагия, насильственный смех и плач, симптомы орального автоматизма.
6. При выраженном поражении головного мозга могут появляться снижение силы в конечностях, легкие парезы.
7. Постепенно появляется нарушение контроля за функцией тазовых органов.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Наиболее часто при ДЭ наблюдаются

1. Вестибуломозжечковый
2. Пирамидный
3. Амиостатический
4. Псевдобульбарный
5. Психоорганический синдромы
6. а также их сочетания.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

При вестибуломожечковом синдроме субъективные жалобы на головокружение и неустойчивость при ходьбе сочетаются с нистагмом и координаторными нарушениями

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Пирамидный синдром при ДЭ

характеризуется высокими сухожильными и положительными патологическими рефлексамии, нередко асимметричными. Парезы нерезко выражены либо отсутствуют, наличие их указывает на перенесенный ранее
ИНСУЛЬТ.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Амиостатический или паркинсонический синдром в рамках ДЭ

представлен замедленными движениями, гипомимией, сложностью начала движений, негрубой мышечной ригидностью, чаще в ногах, с феноменом "противодействия", когда сопротивление мышц непроизвольно нарастает при совершении пассивных движений. Тремор, как правило, отсутствует.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Псевдобульбарный синдром

В данный симптомокомплекс входят дизартрия, дисфагия, дисфония, эпизоды насильственного плача или смеха и рефлексы орального автоматизма.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Психоорганический синдром проявляется выраженными когнитивными расстройствами, вплоть до развития сосудистой деменции. Если ХИМ сформировалась на фоне длительно неконтролируемой АГ, то в патогенезе деменции принимают участие вторичные нейродегенеративные изменения по типу болезни Альцгеймера, что значительно усугубляет расстройства памяти. В таких случаях диагностируется смешанная сосудисто-дегенеративная деменция

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

ПАМЯТЬ является самой уязвимой психической функцией и страдает при всех стадиях ДЭ.

1. Вначале нарушается произвольное воспроизведение - снижение возможности удержания материала в памяти. На ранних стадиях пациенты способны осознавать ухудшение памяти и включать механизмы компенсации - перестраивая свою повседневную деятельность.
2. При прогрессировании ХИМ изменения памяти становятся более явными, но менее осознанными больным (обратная зависимость между жалобами и объективными расстройствами памяти).
3. При распаде интеллектуальных навыков, свойственных деменции, возникают затруднения в понимании инструкций, решении новых задач

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

*В отечественной
литературе
принято выделять
три стадии ДЭ*

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

При ДЭ 1-й стадии выявляются легкие когнитивные расстройства в виде замедления и инертности интеллектуальной деятельности, уменьшения объема оперативной памяти.

При исследовании неврологического статуса может выявляться диффузная микроочаговая симптоматика: сухожильная анизорефлексия, недостаточность конвергенции, негрубые рефлексы орального автоматизма, легкие изменения походки и неуверенность при выполнении координаторных проб.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

ДЭ 2-й стадии характеризуется:

1. нарастанием неврологической симптоматики с формированием негрубо выраженного одного или нескольких синдромов.
2. Отмечаются умеренные когнитивные расстройства, отдельные экстрапирамидные нарушения, неполный псевдобульбарный синдром, атаксические проявления.
3. На этой стадии могут обнаруживаться признаки снижения профессиональной и социальной адаптации. Жалобы, отражающие субъективный дискомфорт, становятся менее выраженными или неактуальными для больного.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

ДЭ 3-й стадии определяется наличием:

1. одного или нескольких неврологических синдромов
2. снижением критики к своему состоянию
3. нарастанием дезадаптации, не только социальной и профессиональной, но и в повседневной жизни..

Основные принципы лечения больных с ХРМК

*ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА (ДЭ)
ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ,
НАПРАВЛЕННЫЕ НА:*

1. основное заболевание, на фоне которого развивается ДЭ (атеросклероз, артериальная гипертензия, васкулиты и др.)
2. коррекцию основных синдромов
3. воздействие на церебральную гемодинамику
4. метаболическую терапию.

Основные принципы лечения больных с ХРМК

Первоосновой является восстановление или улучшение перфузии мозга, что напрямую связано с лечением основного заболевания:

1. АГ, атеросклероза
2. Заболеваний сердца с устранением сердечной недостаточности.
3. При окклюзионно-стенозирующем поражении МАГ целесообразным является постановка вопроса о хирургическом устранении нарушения проходимости сосудов

Основные принципы лечения больных с ХРМК

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ

1. Поддержание АД на нормальном уровне (не более 140/80 мм рт. ст.) является профилактикой нарастания расстройств при ДЭ.
2. При назначении гипотензивной терапии следует избегать резких колебаний АД, так как при развитии ХРМК снижаются механизмы ауторегуляции МК.

Основные принципы лечения больных с ХРМЖ

Сегодня арсенал антигипертензивных препаратов представлен лекарственными средствами из 7 групп. По данным регистра, назначаются врачами чаще всего:

- 1) ИАПФ (54,8%);
- 2) β -блокаторы (29,8%);
- 3) диуретики (28,8%);
- 4) антагонисты кальция (12,4%).

Препараты трех групп используются реже и обычно как дополнительное средство при комплексной терапии:

- α -адреноблокаторы,
- антагонисты рецепторов к ангиотензину II,
- агонисты имидазолиновых рецепторов.

Основные принципы лечения больных с ХРМЖ

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ (наиболее эффективные комбинации):

1. диуретик + β -адреноблокатор;
2. диуретик + ИАПФ;
3. диуретик + блокатор ангиотензиновых рецепторов 1-го типа;
4. антагонист кальция дигидропиридинового ряда + β -адреноблокатор;
5. антагонист кальция + ИАПФ;
6. антагонист кальция + диуретик;
7. α -адреноблокатор + β -адреноблокатор;
8. препарат центрального действия + диуретик.

Основные принципы лечения больных с ХРМЖ

При выборе препарата следует учитывать клинические особенности заболевания:

1. объемо-, солезависимость АГ
2. наличие активации симпато-адреналовой системы
3. наличие метаболических нарушений
4. весь спектр имеющихся факторов риска
5. поражение органов-мишеней и сопутствующие заболевания (например, ИБС, сахарный диабет)

(так как некоторые из них требуют использования определенных препаратов или ограничивают его)

Основные принципы лечения больных с ХРМК

АНТИАГРЕГАНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

1. Доказана эффективность аспирина (ацетилсалициловая кислота). Применяются преимущественно кишечнорастворимые формы (тромбо АСС и др.) в дозе 75-100 мг (1 мг/кг) ежедневно.
2. При необходимости к лечению добавляют другие антиагреганты (дипиридамол, клопидогрел).

Назначение препаратов данной группы снижает на 20-25% риск развития таких острых состояний, как инфаркт миокарда, ишемический инсульт, тромбозы периферических сосудов

Основные принципы лечения больных с ХРМК

Препараты, нормализующие реологические свойства крови ее микроциркуляцию, венозный отток

1. вазобрал,
2. винпотропил,
3. винпоцетин,
4. гинкго билоба,
5. инстенон,
6. ницерголин,
7. пентоксифиллин,

Основные принципы лечения больных с ХРМК

НЕЙРОПРОТЕКТОРЫ

1. Церебролизин
2. Актовегин
3. Семакс
4. Глицин

Основные принципы лечения больных с ХРМК

НЕОТРОПЫ

1. Пирацетам
2. Циннаризин
3. Фезам

Средства, влияющие на когнитивные функции

1. ингибиторы ацетилхолинэстеразы – ГАЛАНТАМИН
2. блокаторы NMDA-рецепторов - МЕМАНТИН.

Основные принципы лечения больных с ХРМК

АНТИОКСИДАНТЫ

1. витамины Е, С,
2. мексидол
3. милдронат

Основные принципы лечения больных с ХРМЖ

СТАТИНЫ

1. месячный курс лечения аторвастатином
останавливает прогрессирование процесса в МАГ

Основные принципы лечения больных с ХРМК

ПРЕПАРАТЫ, УМЕНЬШАЮЩИЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ

1. Батасерк
2. Винпоцетин
3. Вазобрал
4. Гинкго-билоба

Благодарю за внимание ! Вопросы ?

