

КГМИП и ПК,
асс. каф. неврологии, нейрохирургии
и психиатрии: Свердлова И.А.

- ▶ Хроническая прогрессирующая форма цереброваскулярной патологии, характеризующаяся
- ▶ Многоочаговым или диффузным поражением головного мозга и
- ▶ Проявляющаяся комплексом неврологических и нейropsихологических расстройств.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

- ▶ Термин «дисциркуляторная энцефалопатия» был предложен Г.А.Максудовым и В.М. Коганом более 50 лет назад.
- ▶ Гипердиагностика ДЭ из-за отсутствия чётких общепризнанных критериев.
- ▶ По данным западных авторов, умеренные и выраженные когнитивные нарушения цереброваскулярной природы, которые могут служить эквивалентом ДЭ, встречаются примерно у трети пожилых лиц.
- ▶ _Характеристики ДЭ:
 - Более постепенное развитие (часто с длительным периодом клинически «скрытого «течения»)
 - и мультифокальным поражением головного мозга

2

- Дисциркуляторная энцефалопатия
- хроническая ишемия мозга
- хроническая ишемическая болезнь мозга
- цереброваскулярная недостаточность
- атеросклеротическая энцефалопатия
- атеросклеротическая ангиэнцефалопатия
- вазоцеребральная недостаточность
- гипертоническая энцефалопатия
- сосудистая энцефалопатия и т.д.

3

4

I 65. Закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту

I 66. Закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга

I 67. Другие цереброваскулярные болезни

Дополнительные коды

I 67.0 Расслоение мозговых артерий без разрыва

I 67.2. Церебральный атеросклероз.

I 67.3. Прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия

(болезнь Бинсвангера).

I 67.4. Гипертензивная энцефалопатия.

I 67.8. Другие уточненные цереброваскулярные заболевания.

I 68 Поражения сосудов мозга, классифицируемых в других рубриках

I 68.0. Церебральная амилоидная ангиопатия

I 69 Последствия цереброваскулярных заболеваний

5

I68.1, I68.2. Церебральный артерит при инфекционных, паразитарных и других болезнях, классифицированных в других рубриках

I95. Артериальная гипотензия.

I21, I47. Заболевания сердца.

F01. Сосудистая деменция.

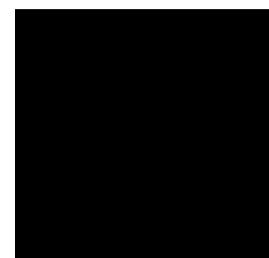
I65– I66. Окклюзии или стеноз прецеребральных (церебральных) артерий, не приводящие к инфаркту мозга (для кодирования пациентов с бессимптомным течением этой патологии).

6

- ◎ Атеросклероз.
- ◎ Артериальная гипертензия,
- ◎ Сочетание этих заболеваний.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ

- ◎ Болезни сердца с признаками хронической недостаточности кровообращения.
- ◎ Нарушения сердечного ритма.
- ◎ Аномалии сосудов, наследственные ангиопатии.
- ◎ Венозная патология.
- ◎ Компрессия сосудов.
- ◎ Артериальная гипотензия.
- ◎ Церебральный амилоидоз.
- ◎ Сахарный диабет.
- ◎ Васкулиты.
- ◎ Заболевания крови.



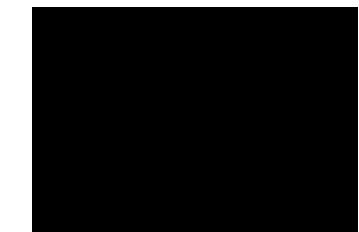
7

- 1) артериальная гипертензия;
- 2) заболевания сердца (ИБС, аритмии, ревматизм);
- 3) сахарный диабет;
- 4) гиперхолестеринемия;
- 5) избыточная масса тела (индекс Кетле более 30);
- 6) отягощенная наследственность;
- 7) вредные привычки;
- 8) частые и длительные стрессы

4 репрезентативных синдрома:

- 1) артериальная гипертензия;
- 2) нарушение сердечного ритма;
- 3) внутрисосудистое тромбообразование (гиперкоагуляция);

б) брахиоцефальных артерий



8

I стадия компенсированная:

- 1) классическая триада жалоб на головную боль, головокружение (обычно несистемного характера), снижение памяти и внимания;
- 2) субъективные ощущения (жалобы) беспокоят пациентов продолжительное время, не менее 3 месяцев, не проходят после отдыха;
- 3) очаговая неврологическая микросимптоматика без очагового неврологического дефицита, клинической манифестации, нарушения функции;
- 4) доминируют субъективные расстройства; резкая диссоциация между многочисленными жалобами неврозоподобного характера в сочетании с объективной микросимптоматикой;
- 5) когнитивные, преимущественно мнестические расстройства, страдает память на текущие события (кратковременная); профессиональная память сохраняется

9

- 1) отличается от первой более стойкими и выраженнымми симптомами;
- 2) характерно выделение доминирующего объективного синдрома;
- 3) появляются жалобы, которые отсутствовали ранее: шум в голове и ушах, снижение слуха, пошатывание при ходьбе, слабодушие, уменьшается работоспособность;
- 4) усиливаются тревожность, фобии и депрессия; снижается круг интересов, развивается эгоцентризм, усугубляются расстройства кратковременной памяти и появляются признаки ухудшения профессиональной и долговременной памяти (на прошлые события);
- 5) жалобы отступают на задний план по сравнению с объективными изменениями; признаки, указывающие на ацию церебрального сосудистого
но-базилярный бассейн (ВББ) – чаще
льный бассейн (КАБ)

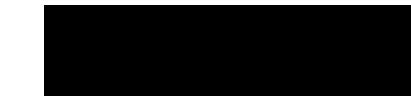
10

- 1) уменьшается объем жалоб, что нередко обусловлено снижением критики пациентов к своему состоянию;
- 2) на фоне отчетливых очаговых неврологических проявлений клинически значимыми становятся интеллектуально-мнестические нарушения, которые иногда достигают степени психоорганического синдрома, деменции;
- 3) отличительная особенность – сочетание тяжелых двигательных и когнитивных нарушений;
- 4) тяжелые двигательные расстройства обычно связаны с перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), экстрапирамидными или дискоординаторными нарушениями;
- 5) в этой стадии ХИМ чаще наблюдаются и пароксизмальные состояния – падения, обмороки, эпилептические припадки

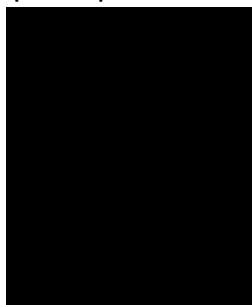
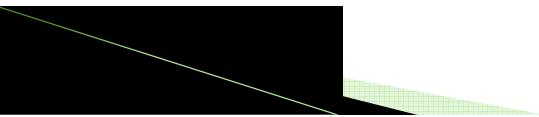
11

- 1) пирамидный;
- 2) вестибуло-атактический;
- 3) амиостатический, паркинсонический
- 4) псевдобульбарный;
- 5) психо-патологический:
 - синдром когнитивных нарушений;
 - депрессивный;
 - тревожный
- 6) сочетание синдромов

12



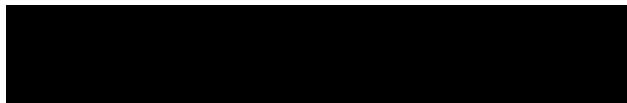
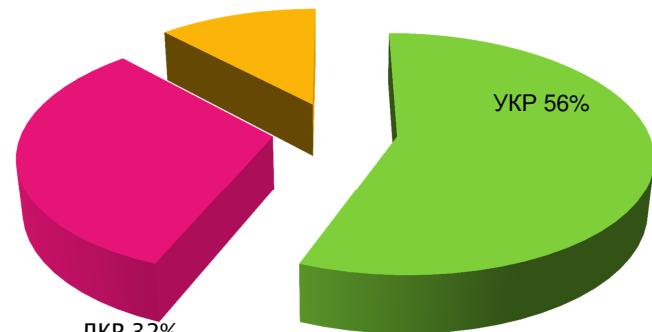
- 1) наличие значимого этиологического сосудистого фактора;
- 2) характерная клиническая картина заболевания – сочетание психопатологических, двигательных и других нарушений со стороны ЦНС;
- 3) нейровизуализационные изменения, характерные для ДЭ (данные компьютерной, магнитно-резонансной томографии головного мозга);



14



ДЭ без КР 12%



Общая сумма баллов	Состояние когнитивных функций
28–30	норма
24–27	Когнитивные нарушения
20–23	Лёгкая деменция
11–19	Средней степени тяжести деменция
0–10	Тяжёлая деменция



15



- 1) наличие наружной и/или внутренней гидроцефалии, атрофической водянки мозга, превышающей возрастную норму;
- 2) ишемические очаги мозга на разной стадии развития в разных сосудистых бассейнах, различных размеров и локализации;
- 3) поражение окологелудочкового белого вещества (лейкоареоз);
- 4) лакунарные (от 5 до 15 мм) инфаркты, часто клинически латентные;
- 5) возможно проявление только одного признака, особенно атрофии;
- 6) сочетание вышеуказанных признаков



16

Нейровизуализационные изменения при дисциркуляторной энцефалопатии
(О.С. Левин, 2006):

► I стадия:

- 1) лейкоареоз – тип перивентрикулярный и/или пунктирный субкортикальный, ширина менее 10 мм;
- 2) лакуны – число 2-5;
- 3) территориальные инфаркты – число 0-1, площадь не более 1/8 полушарий, диаметр до 10 мм;
- 4) атрофия головного мозга - +/-;



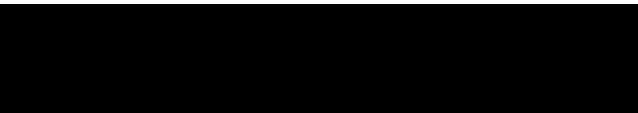
17

► II стадия:

- 1) лейкоареоз – тип пятнистый, частично сливающийся субкортикальный, ширина более 10 мм; 2) лакуны – число 3-5;
- 3) территориальные инфаркты – число 2-3, площадь не более 1/4 полушарий, диаметр до 25 мм;
- 4) атрофия головного мозга - +/++;



18



► III стадия:

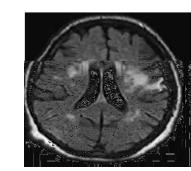
- 1) лейкоареоз – тип сливающийся субкортикальный, ширина более 20 мм; 2) лакуны – число более 5;
- 3) территориальные инфаркты – более 3, площадь не менее 1/4 полушарий, диаметр более 25 мм;
- 4) атрофия головного мозга - ++/+++;



19



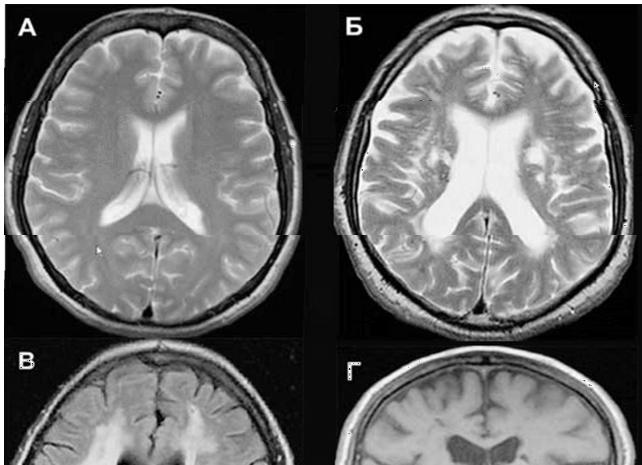
Свечение белого вещества (лейкоареоз)



Мультиинфарктное поражение головного мозга



20



21



22

► Этиология

1.Артериальная гипертония (95–98%)

2.Амилоидная ангиопатия

3.CADASIL-синдром(церебральная аутосомно-доминантная артериопатия с субкортикальными инфарктами и лейкоэнцефалопатией- по морфологическим и клиническим признакам напоминает типичную САЭ, но без гипертонии)

23

1.Нарушение ходьбы

► Вначале шаркающая или семенящая, «магнитная», затем «осторожная». Увеличивается опрная площадь стояния, распадается автоматизм ходьбы, включается произвольный контроль -походка напоминает походку здорового человека , оказавшегося на ледяном поле.

► **Лобная диспраксия ходьбы:**

- -замедление ходьбы
- Укорочение шага
- Нарушение инициации ходьбы
- Неустойчивость при поворотах (постуральная дисфункция)
- Расширение базы опоры
- Снижение длины шага

24

1.Нарушение ходьбы

- ▶ Вначале шаркающая или семенящая, «магнитная», затем «осторожная». Увеличивается опрная площадь стояния, распадается автоматизм ходьбы, включается произвольный контроль –походка напоминает походку здорового человека , оказавшегося на ледяном поле.
- ▶ **Лобная диспраксия ходьбы:**
 - ▶ –замедление ходьбы
 - ▶ Укорочение шага
 - ▶ Нарушение инициации ходьбы
 - ▶ Неустойчивость при поворотах (постуральная дисфункция)
 - ▶ Расширение базы опоры
 - ▶ Снижение длины шага

25



2.Когнитивные нарушения

Disconnection syndrome (Roman G, 1987) за счёт разобщения корково–подкорковых связей вследствии поражения

- A) белого подкоркового вещества
- B) дисфункции базальных ганглиев и таламуса

Варианты:

- дисмнестический–нерезко выраженное снижение памяти и интеллекта, замедление физических и психических реакций. Критика к собственному состоянию и поведению незначительна нарушена
- амнестический–преобладают выраженные нарушения памяти на текущие события при сохранении прошлых воспоминаний
- псевдопаралитический–устойчивое однообразное благодушное настроение, незначительные расстройства памяти и выраженное снижение критики

26



Начало 40–60 лет

- ▶ Поражение мелких перфорирующих артерий диаметром менее 150 мкм (гипертрофия сосудистой стенки, гиалиноз, склероз ➔ диффузное поражение белого вещества головного мозга: спонгиоз, очаги неполного некроза, распад миелина, очаги энцефалолизиса)

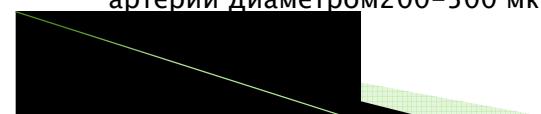


27

Этиология

- АГ
 - атеросклероз магистральных артерий головного мозга (стеноз, закупорка)–распадающие бляшки
 - А)источник повторных эмболий
 - Б)источник перекалибровки интракраниальных артерий–сужение просвета
 - Мерцательная аритмия
 - Ангиокоагулопатии(АФЛ,эритремия)
 - васкулиты мозговых сосудов
- ▶ Множественные мелкие инфаркты (в полушариях и стволе головного мозга без выраженного лейкоареоза, эти очаги больше , чем при болезни Бисвангера)
- ▶ –поражение средних и крупных перфорирующих артерий диаметром 200–500 мкм

28



- ▶ Клиника разнообразна и зависит от локализации поражения
- ▶ –Псевдобульбарный синдром
- ▶ Подкорковый синдром
- ▶ Мозжечковый синдром
- ▶ Характерно ступенеобразное развитие симптоматики (при микроинсультах)
- ▶ КН редко достигают степени деменции

29

- 1) воздействие на основные факторы риска (АГ, атеросклероз, ИБС и др.);
- 2) нормализация мозгового кровотока;
- 3) улучшение метаболизма мозговой ткани;
- 4) профилактика ТИА и ОНМК

30