

ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ: ЧТО СКРЫВАЕТСЯ ЗА ДИАГНОЗОМ?



проф. В.В.Захаров

*Кафедра нервных болезней и нейрохирургии Первого
МГМУ им. И.М.Сеченова*

ДЭП: ЗА И ПРОТИВ

- ЗА

- Головной мозг – орган мишень артериальной гипертензии и других сердечно-сосудистых заболевания
- При этом головной мозг страдает не только в результате инсультов

- ПРОТИВ

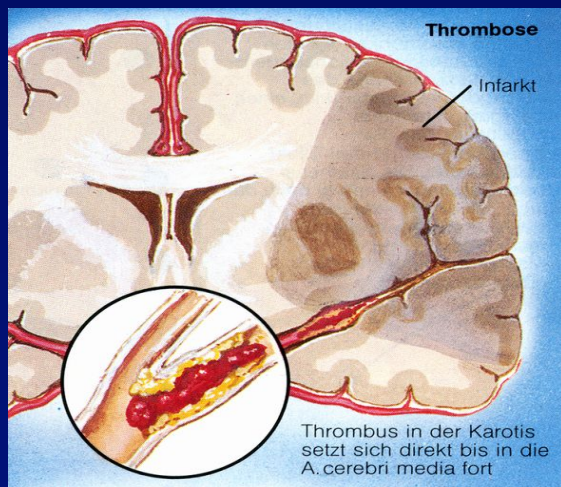
- Нет в МКБ-Х
- Избыточная диагностика: большинство пациентов с ДЭП не имеют хронического сосудистого поражения мозга

ДЭП: СТАДИИ

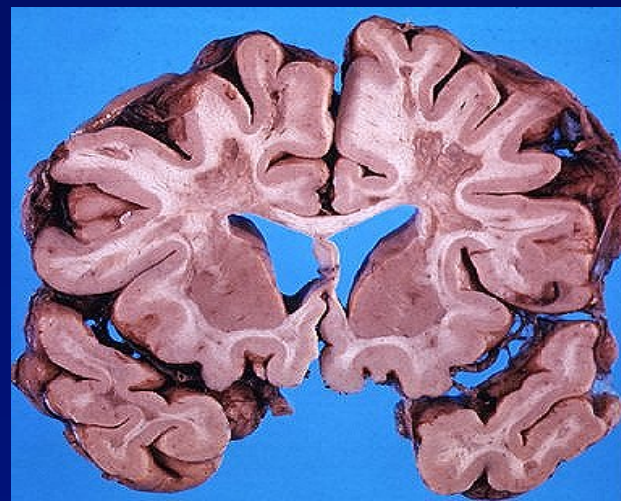
- I стадия - субъективные неврологические симптомы (головная боль, головокружение, шум в голове, нарушения сна, снижение памяти)
- II стадия – объективные расстройства (вестибуло-атактический, пирамидный, амиостатический, псевдобульбарный синдром)
- III – сосудистая деменция

2 фактора сосудистого повреждения головного мозга

макроангиопатия



микроангиопатия

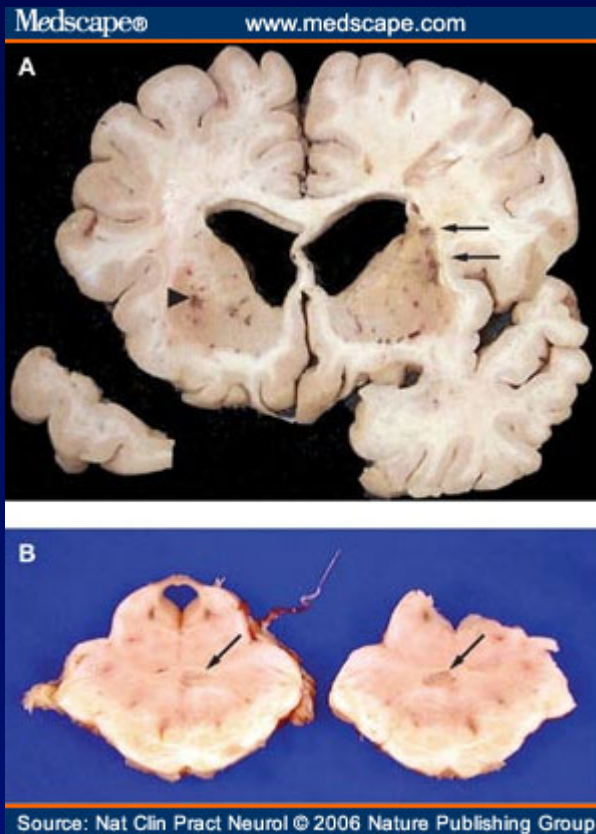


ЛАКУНАРНЫЕ ИНФАРКТЫ И КН

- Из 3660 участников Cardiovascular Health Study – CHS у четверти были обнаружены одна или несколько «немых» лакун
- «Немые» лакуны, особенно в таламусе, повышают риск развития деменции более чем в два раза [HR=2.26; 95% CI, 1.09-4.70]

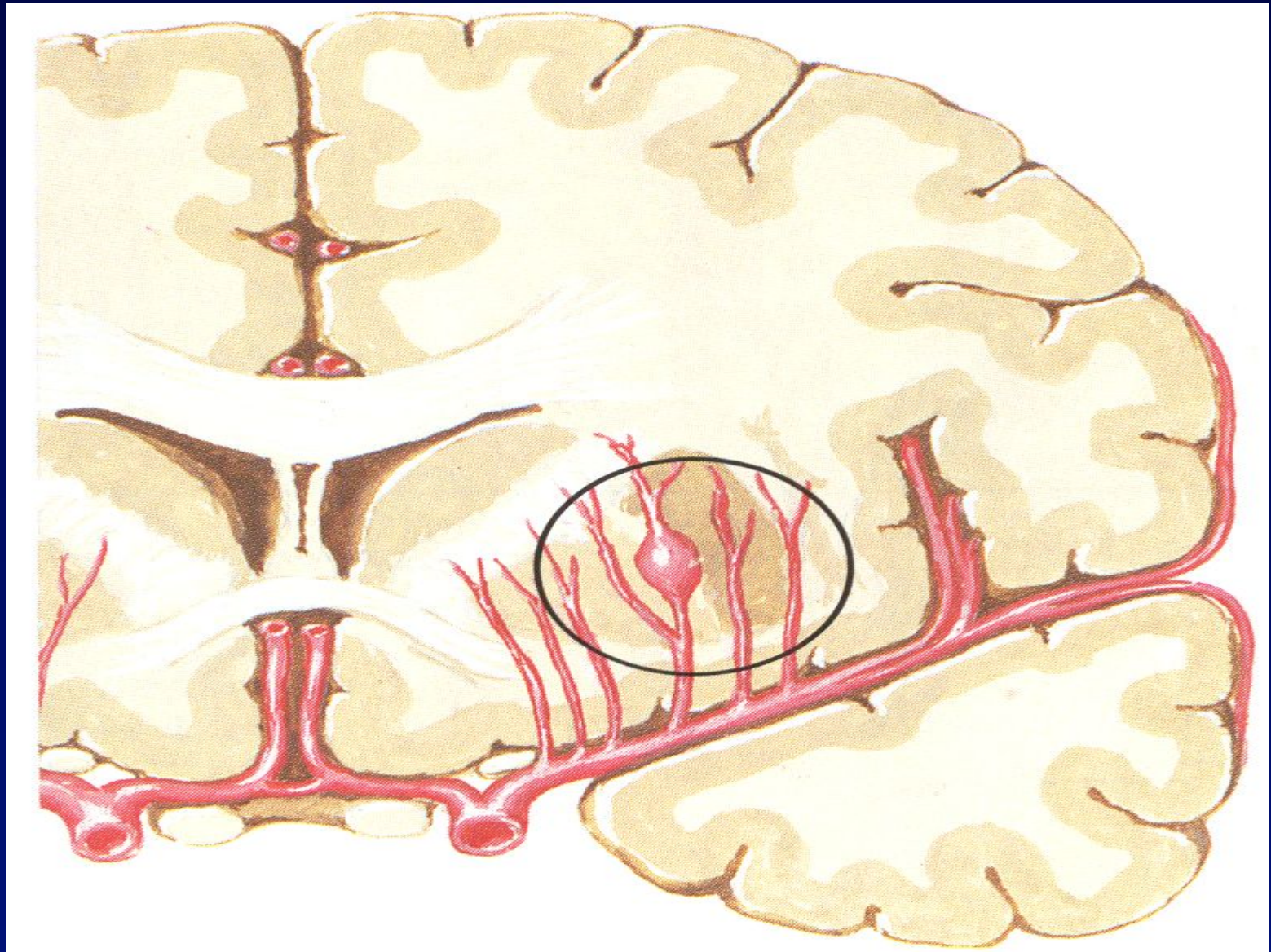
*Vermeer et al. N Engl J Med. 2003;348:1215-1222; Norrving. Lancet Neurol. 2003; 2: 238-245;
Longstreth et al. Arch Neurol. 1998; 55: 1217-1225.*

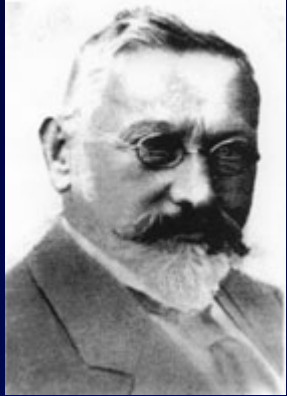
ЛАКУНАРНЫЙ ИНФАРКТ – ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ МАРКЕР АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ



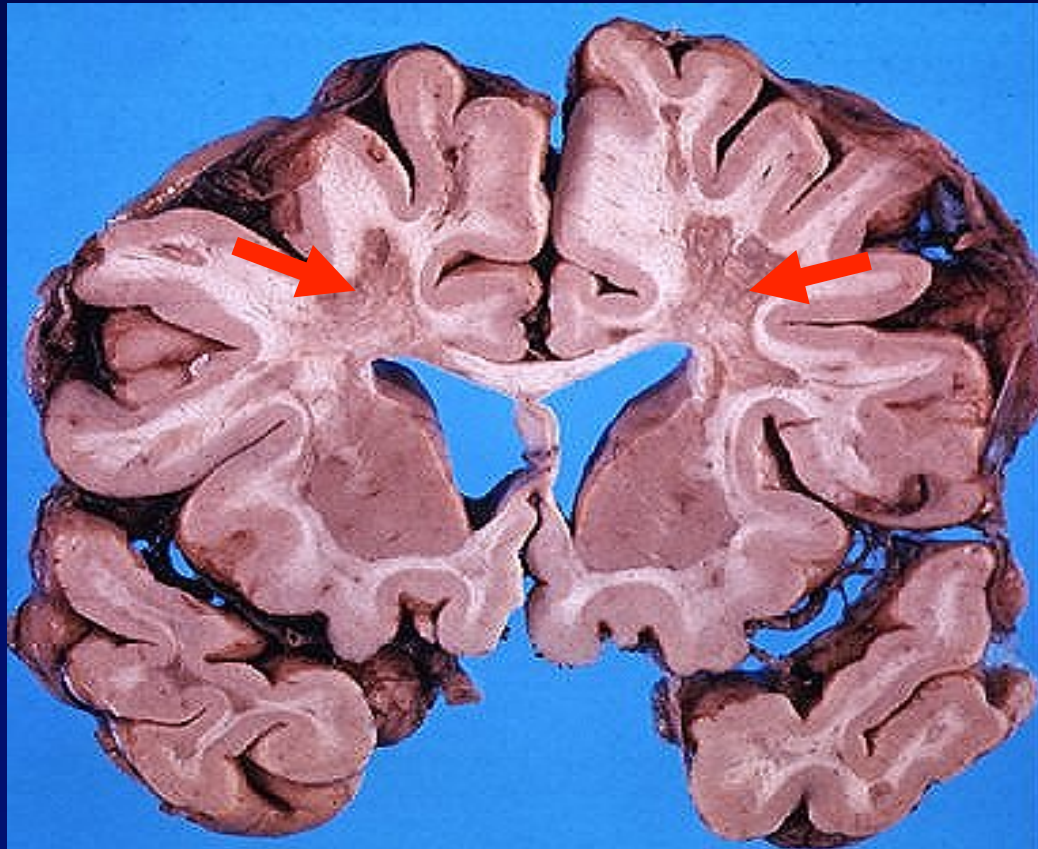
- Лакуна – киста менее 10-15 мм в диаметре
- Основная причина лакун – инфаркт мозга вследствие микроангиопатии.
- «Излюбленная» локализация лакунарных инфарктов – подкорковые базальные ганглии, мост и мозжечок.

ГИПЕРТЕНЗИВНАЯ МИКРОАНГИОПАТИЯ





ЛЕЙКОАРЕОЗ: РАЗРЕЖЕНИЕ БЕЛОГО ВЕЩЕСТВА

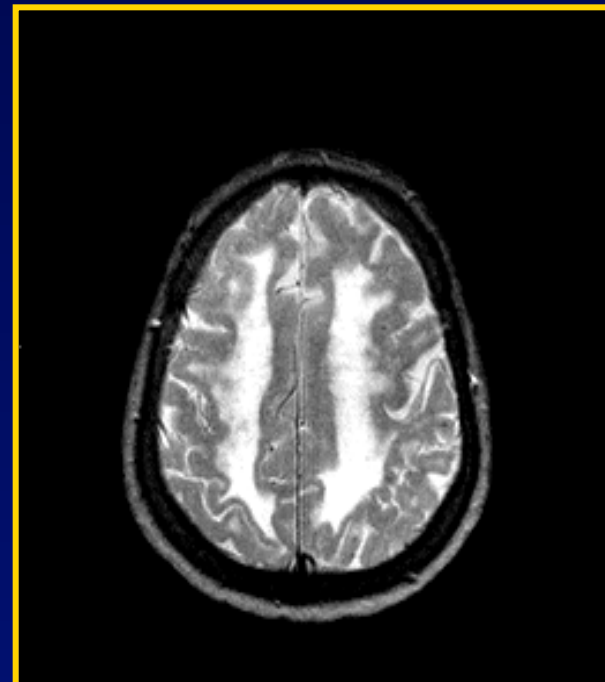
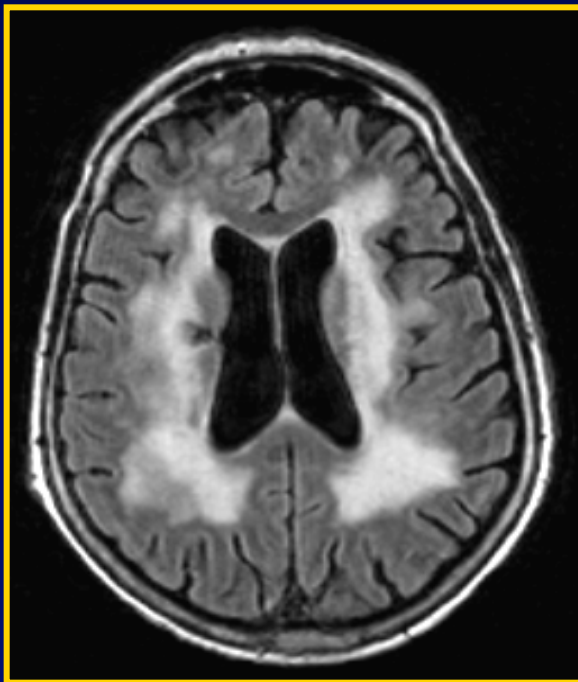
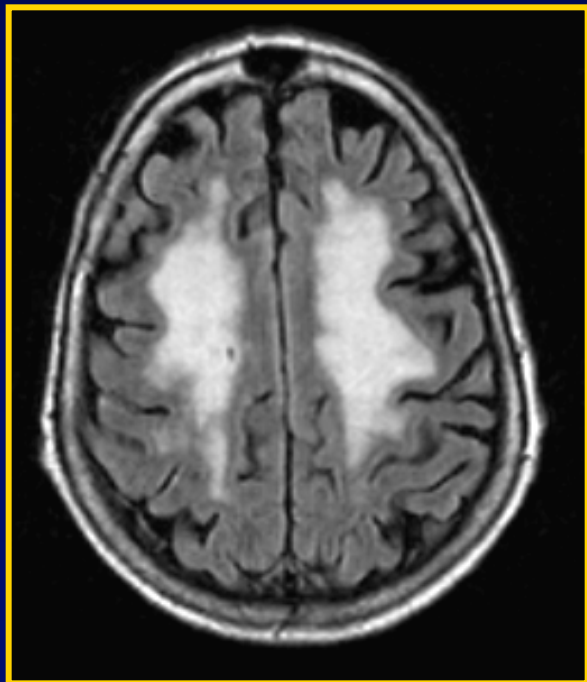


ВЫРАЖЕННЫЙ ЛЕЙКОАРЕОЗ У ПАЦИЕНТА С ПОДОСТРОЙ АРТЕРИОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ



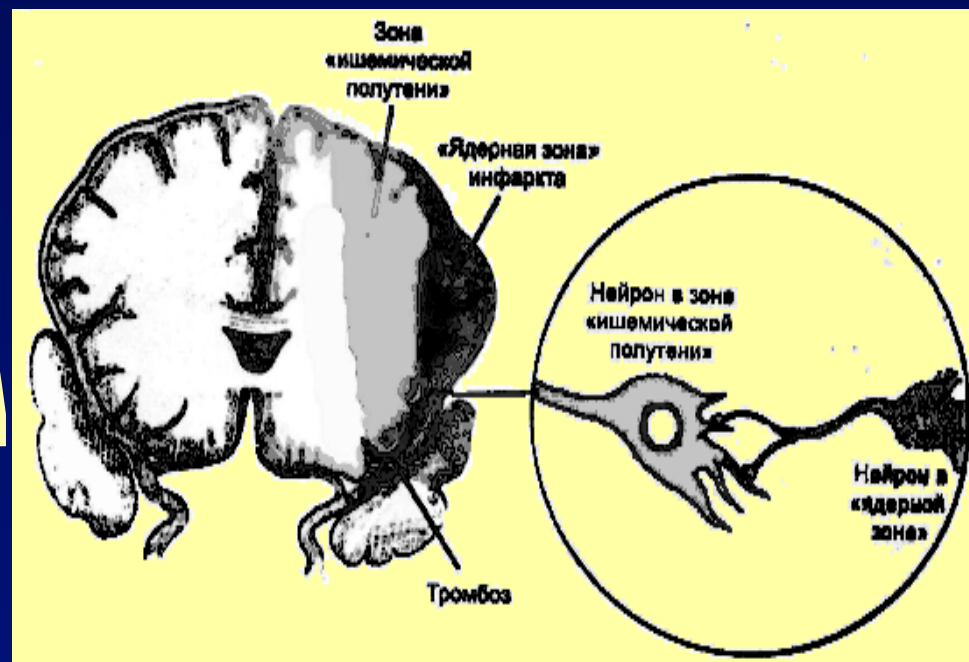
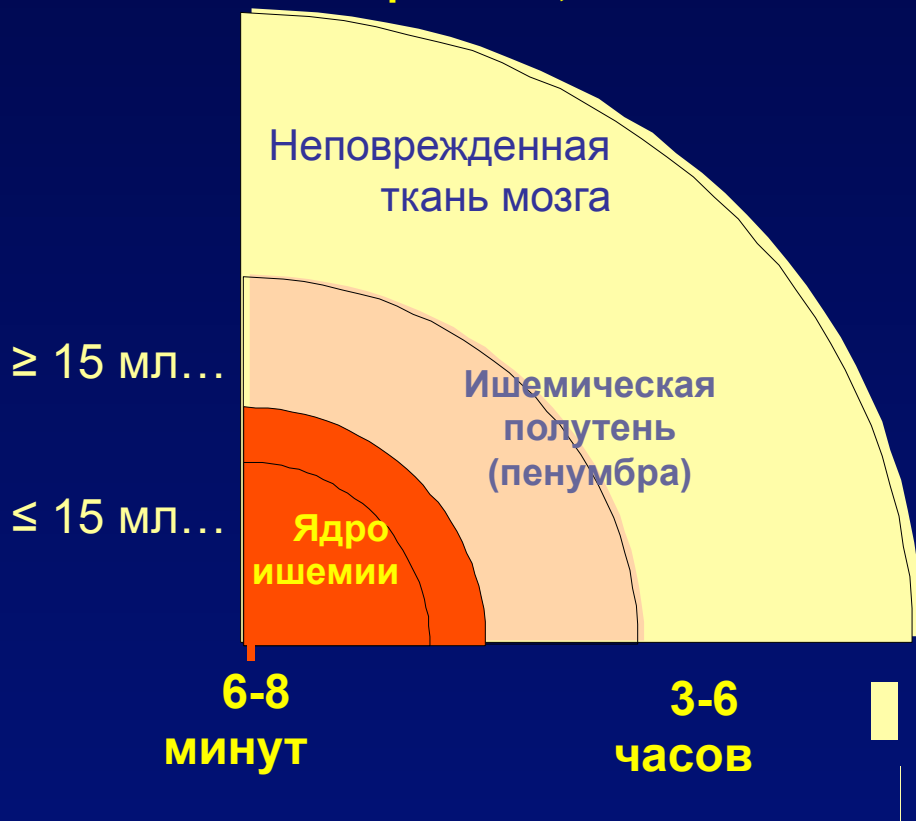
ЛЕЙКОАРЕОЗ

Болезнь Бинсвангера: магнитно-резонансная томография



Параметры мозгового кровообращения в норме и при ишемическом инсульте

Мозговой кровоток, 60 мл 100 г/мин



ПАТОГЕНЕЗ ЛЕЙКОАРЕОЗА

Эндотелиальная
дисфункция



Повышение
проницаемости ГЭБ

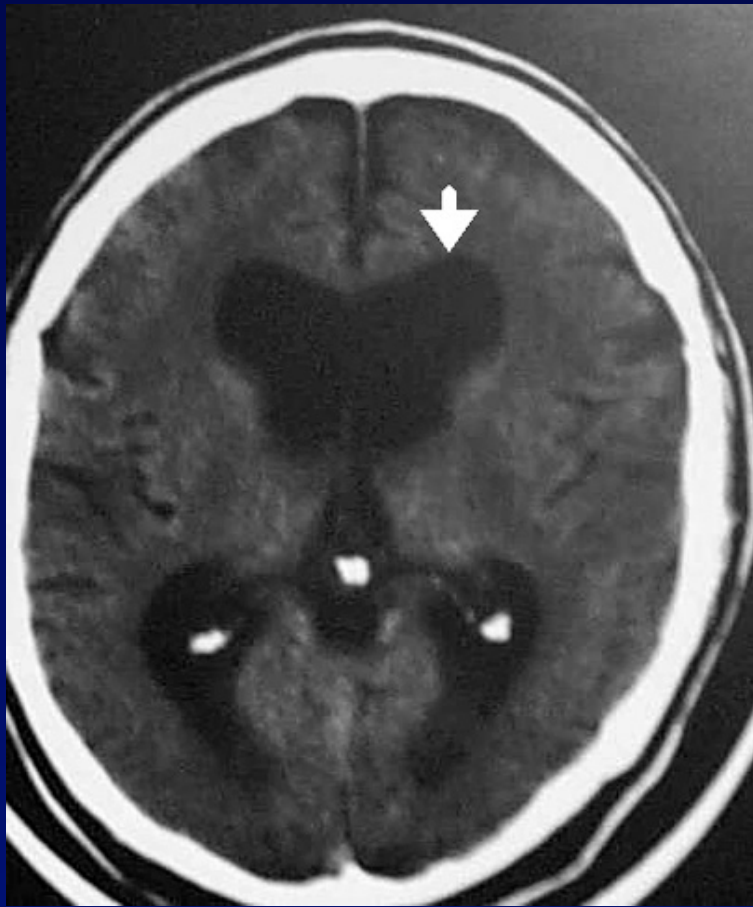


Хронический
отёк

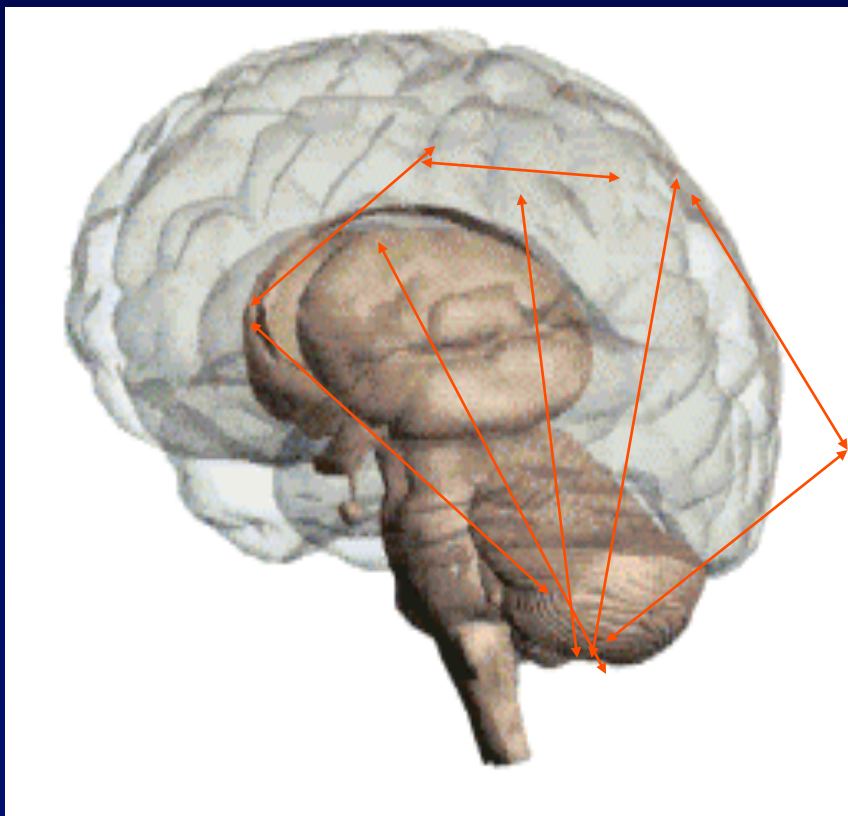


Демиелинизация
белого вещества

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПРИ АРЕЗОРБТИВНОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ



ПАТОФИЗИОЛОГИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ



- феномен корково-коркового и корково-подкоркового “разобщения”

ЛОБНАЯ ДИСФУНКЦИЯ



```
graph TD; A[ЛОБНАЯ ДИСФУНКЦИЯ] --> B[КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ]; A --> C[ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ]; A --> D[НАРУШЕНИЯ РАВНОВЕСИЯ];
```

**КОГНИТИВНЫЕ
НАРУШЕНИЯ**

**ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ
НАРУШЕНИЯ**

**НАРУШЕНИЯ
РАВНОВЕСИЯ**

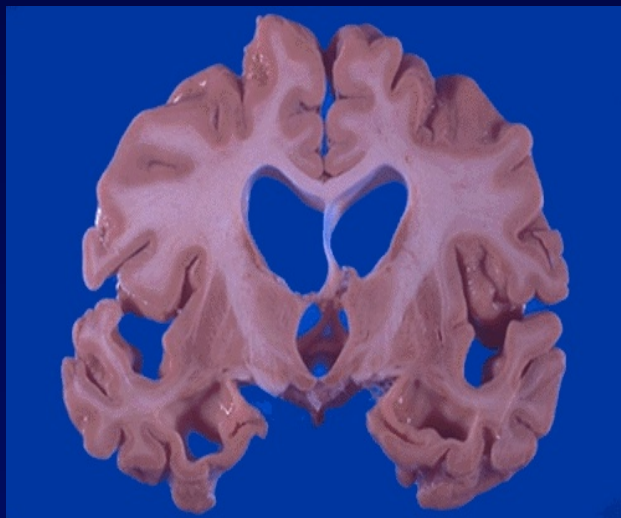
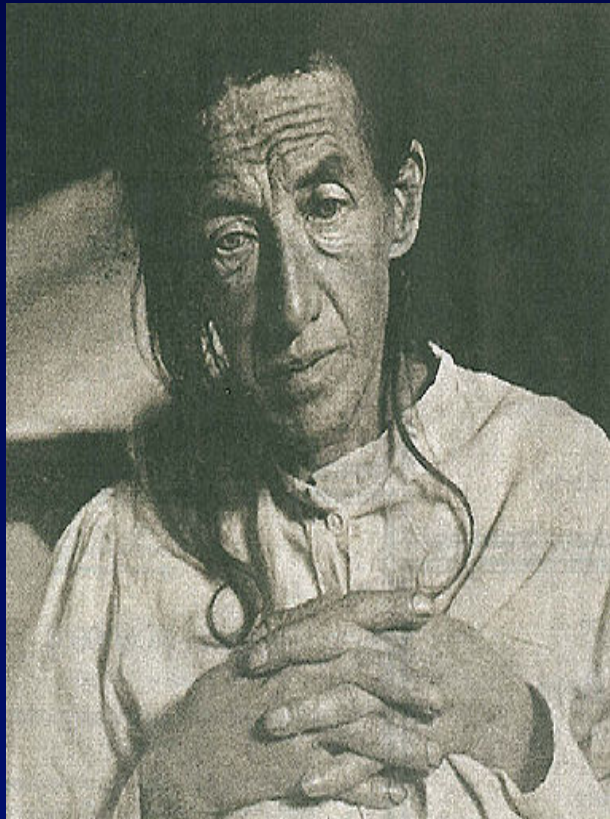
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛА

- **Снижение когнитивных функций**
 - Брадифрения, нарушение «управляющих» лобных функций, снижение оперативной памяти.
- **Неустойчивость при ходьбе, падения**

«ПОДКОРКОВЫЕ» КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

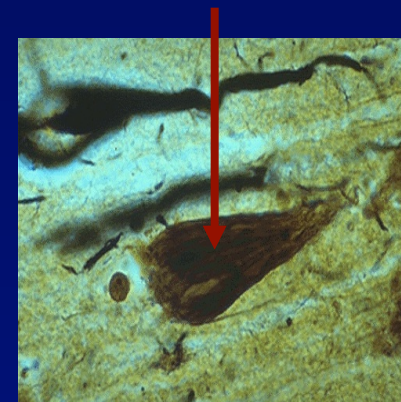
- Брадифрения
- Недостаточность когнитивного контроля (снижение критики, импульсивность)
- Зрительно-пространственные расстройства (дисгнозия, диспраксия)
- Недостаточность воспроизведения
- Отсутствие афазии
- Сочетание с депрессией и/или апатией, двигательными расстройствами (гипокинезия, нарушения походки)

БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА



Нейрофибриллярные
сплетения

Сенильные
бляшки

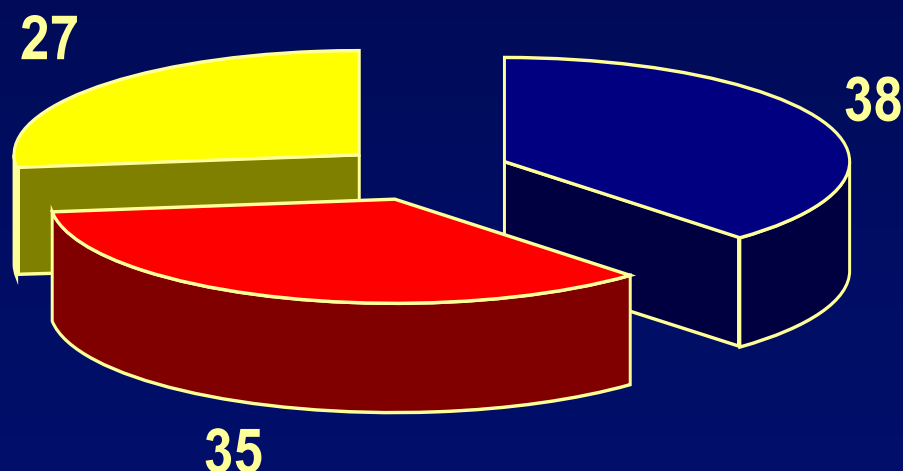


	Болезнь Альцгеймера	ДЭ
Нейропсихологические особенности	Доминируют нарушения памяти, пространственной ориентировки, речи	Доминируют брадифрения, нарушения концентрации, «управляющих» функций
Эмоциональные особенности	Тревога, реже депрессия	Депрессия, на стадии сосудистой деменции – апатия
Неврологический статус	Отсутствуют первичные двигательные или сенсорные нарушения	Лобная дисбазия, экстрапирамидные расстройства, псевдобульбарный синдром
Нейровизуализация	Норма или только атрофические изменения, преимущественно в височно-теменной области	Инфаркты мозга, лейкоареоз

СОСУДИСТАЯ ДЕПРЕССИЯ

- Начало после 50 лет
- Преобладают: апатия, отсутствие удовольствия от жизни (ангедония), снижение мотивации и инициативы, безразличие.
- Значительно выражены когнитивные симптомы (замедленность мышления, снижение памяти, повышенная утомляемость при умственной работе)
- Не характерны: чувство вины, тоска
- Тенденция к затяжному течению
- Относительная фармакорезистентность

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ДЕПРЕССИИ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ



- Нет депрессии
- Малая депрессия
- Большая депрессия

ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ I СТАДИИ



**Е.В.Шмидт,
1985**

- Головные боли напряжения
- Тяжесть, чувство несвежести в голове
- Несистемное головокружение
- Повышенная утомляемость
- Непокойный ночной сон
- Подавленное настроение
- Жалобы на снижение памяти и внимания

	Первичное тревожно-депрессивное расстройство	Сосудистая депрессия при ДЭ
Возраст начала	Молодой или средний	Поздний средний или пожилой (>50 лет)
Выраженность	От лёгкой до крайне тяжёлой	Лёгкая или умеренная
Особенности клиники	Обычно выраженные эмоциональные и аффективные расстройства	Соматические и когнитивные симптомы. Эмоциональный и аффективный компонент не выражены
Ответ на терапию	Обычно хороший	Часто фармакорезистентность

НАРУШЕНИЯ ПОХОДКИ ПРИ ДЭ



- «Осторожная» походка
- Короткий шаг
- Широкая база
- Трудности инициации ходьбы, топотание
- Прилипания к полу, походка «лыжника»
- Нарушение поддержания равновесия, падения (в начале ходьбы, на поворотах, при остановках).

ПАЦИЕНТ П.: ПОХОДКА



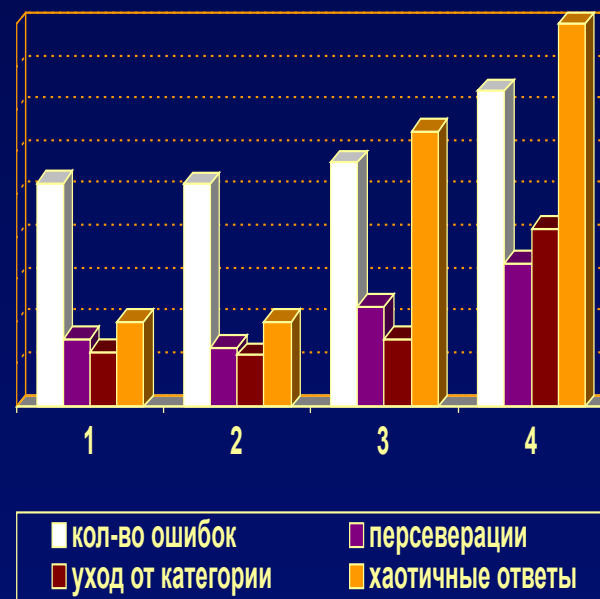
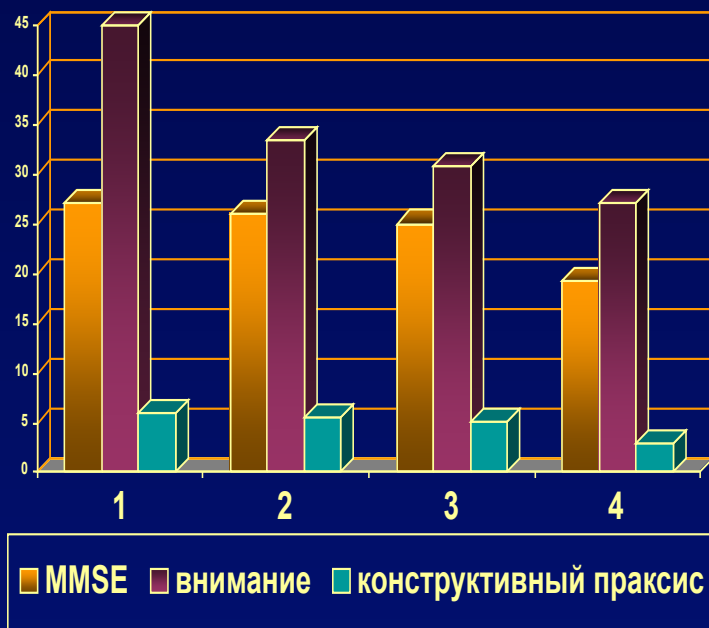
ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ

- **Иллюзия вращения окружающего мира вокруг пациента или вращения вокруг своей оси.**
- **Неустойчивость при ходьбе, пошатывание**
- **Общая слабость, дурнота, чувство приближающегося обморока**
- **Неясность, туман, дискомфорт в голове**

ПАТОГЕНЕЗ НАРУШЕНИЙ ПОХОДКИ ПРИ ДЭ

- Нарушение внимания, других когнитивных функций;
- Лобная атаксия
- Сосудистый паркинсонизм нижней половины тела
- Апраксия ходьбы
- Другие неврологические нарушения
 - (мозжечковые, вестибулярные, пирамидные, сенсорные расстройства)
- Экстраневральная патология
 - Заболевания суставов, сенсорная недостаточность и др.

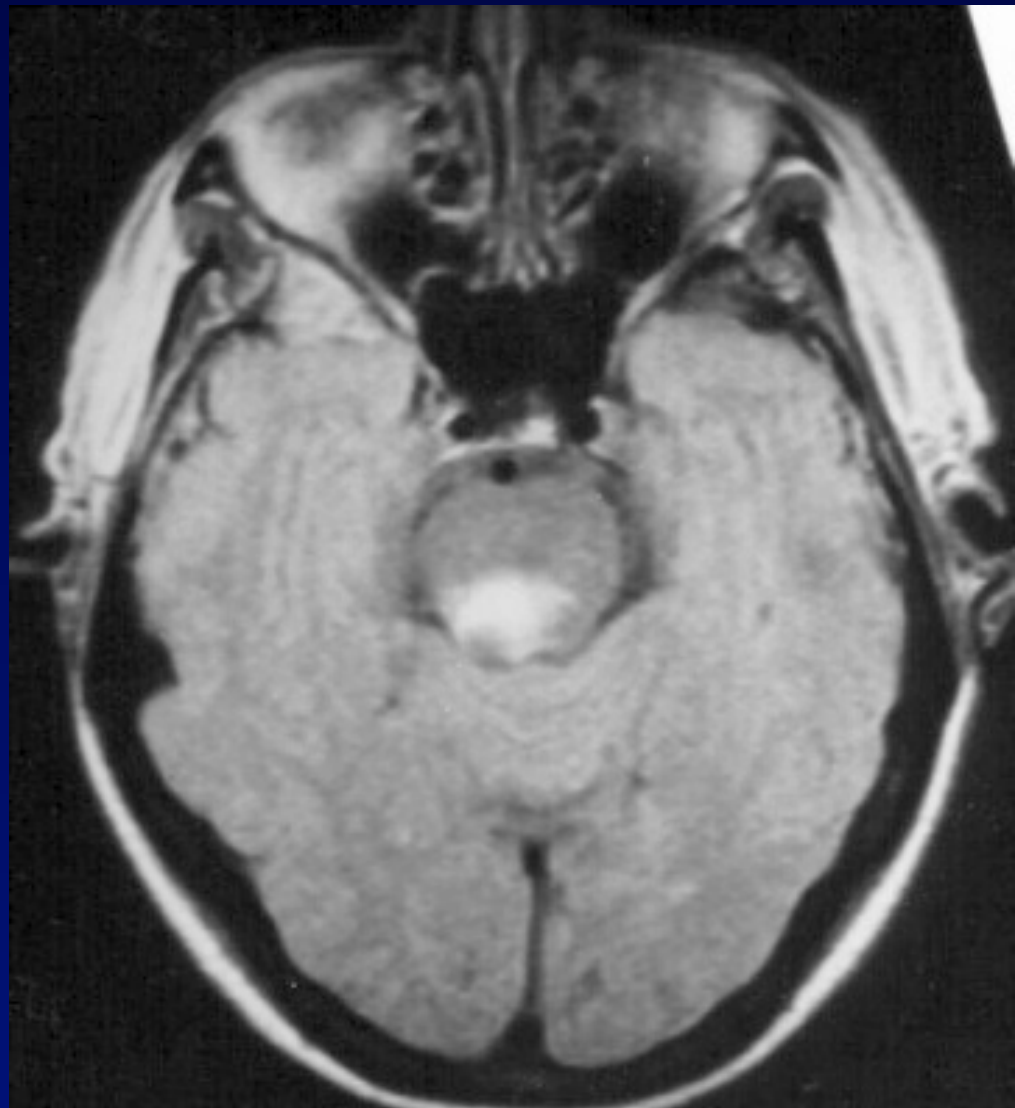
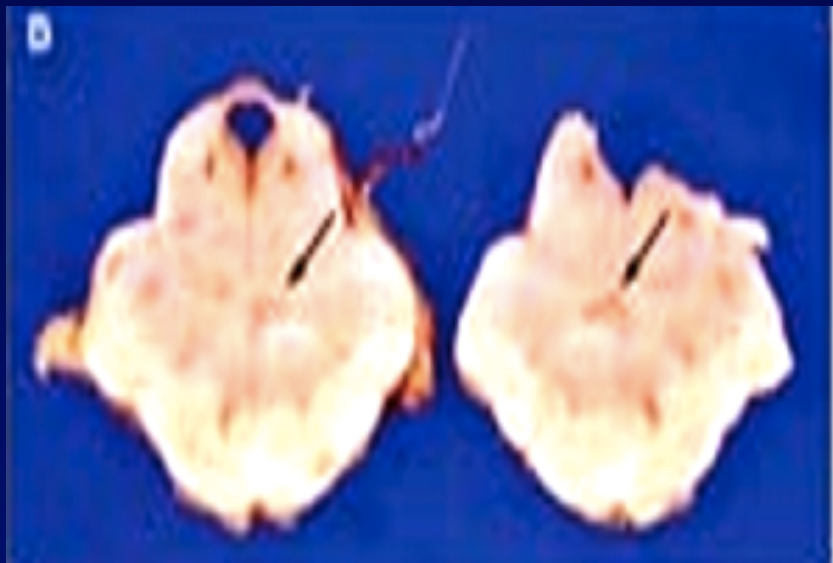
ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ. ВЗАИМОСВЯЗЬ ДВИГАТЕЛЬНЫХ И КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ



КЛИНИКА ДЭ: ДРУГИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

- Псевдобульбарный синдром
 - Дизартрия, оживление рефлексов орального автоматизма, насильственный плач и смех
- Пирамидный тетрапарез
 - Оживление сухожильных рефлексов, анизорефлексия
- Тазовые расстройства
 - Императивные позывы, недержание

ИНФАРКТЫ МОСТА



ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СОСУДИСТОЙ МОЗГОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ



ЭТИОТРОПНОЕ

ПАТОГЕНЕТИ- ЧЕСКОЕ

СИМПТОМАТИ- ЧЕСКОЕ



Лечение гипертензии
Лечение других ссз
Антиагреганты

Оптимизация
микроциркуляции
Нейрометаболическая
терапия

Лечение деменции
Лечение депрессии
Коррекция двигательных
нарушений

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- В основе симптомов ДЭП лежит дисфункция передних отделов головного мозга, которая проявляется когнитивными, эмоциональными расстройствами и нарушениями равновесия
- В повседневной клинической практике актуален дифференциальный диагноз ДЭП с болезнью Альцгеймера, тревожно-депрессивными расстройствами и периферической энцефалопатией.
- Лечение ДЭП предусматривает компенсацию базисного сосудистого заболевания, вазоактивные и нейрометаболические препараты.

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И КН

- Пешие прогулки в средние годы жизни (более 2 миль в день) ассоциированы с уменьшением риска деменции в пожилом возрасте (в 1,8 раза по сравнению с <0,25 мили в день)
 - *Honolulu-Asia Aging Study*
- Физические упражнения в средние годы жизни (не менее 2 раз в неделю) уменьшают риск деменции у генетически предрасположенных лиц.
 - *Stockholm cohort, Rovio et al.*
- Физическая активность уменьшает риск КН, БА и деменции.
 - *Canadian study of health and aging*

СРЕДИЗЕМНОМОРСКАЯ ДИЕТА



1. Donini L.M. et al. *Arch Gerontol Geriatr.* 2007. -V.44. -S.1^o. -P.143-153. 2. Solfrizzi V. et al. *Neurobiol Aging.* 2006. -V.27. -N.11. -P. 1694-1704. 3. Scarmes N. et al. *Ann Neurol.* 2006. -V.59. -N.6. -P.877-879. 4. Scarmes et al. *Arch Neurol.* -2006. -V.63. -N.12. -P.1709-1717. 5. Panza et al. *Public Health Nutr.* -2004. -V.7. -N.7. -P.1567-1572. 6. Solfrizzi et al. *J. Neural. Transm.* 2003. V.11. N.1. P.95-110. 7. Solfrizzi V. et al. *Neurology.* -1999. V.52. -N.8. -P.1563-1569.

МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД

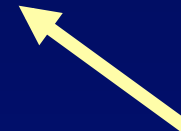
Лечение ССЗ



*Положительные
ЭМОЦИИ*



*Нейропротективная
терапия*



*Умственная
активность*



*Сбалансированное
питание*



*Физическая
активность*

