МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА

Кафедра Неврологий

ТЕМА: ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ МОЗГА.

ПОДГОТОВИЛ:ӘБДІҒАЗЫ Ә.Б, 646 ВОП

ПРОВЕРИЛА:БАЛТАЕВА Ж.Ш

АСТАНА 2018 Г

Хроническая Ишемия Мозга

Хроническая ишемия головного мозга (ХИМ) — медленно прогрессирующая дисфункция головного мозга, возникшая вследствие диффузного и/или мелкоочагового повреждения мозговой ткани в условиях длительно существующей недостаточности церебрального кровоснабжения [1-5]

В понятие «хроническая ишемия головного мозга» входят: «дисциркуляторная энцефалопатия», «хроническая ишемическая болезнь мозга», «сосудистая энцефалопатия», «цереброваскулярная недостаточность», «атеросклеротическая энцефалопатия». Из вышеперечисленных названий наиболее часто в современной медицине встречается термин «дисциркуляторная энцефалопатия» [1-5]

Клиническая классификация.

Классификация ХИМ (Гусев Е.И., Скворцова В.И. (2012 г.):

По основному клиническому синдрому:

- с диффузной цереброваскулярной недостаточностью;
- с преимущественной патологией сосудов каротидной или вертебрально-базилярной систем;
- с вегето-сосудистыми пароксизмами;
- с преимущественными психическими расстройствами.

По стадиям:

- начальные проявления;
- субкомпенсация;
- декомпенсация.

По патогенезу (В. И. Скворцова, 2000):

- снижение мозгового кровотока;
- нарастание глутаматной эксайтотоксичности;
- накопление кальция и лактат ацидоз;
- активацию внутриклеточных ферментов;
- активацию местного и системного протеолиза;
- возникновение и прогрессирование антиоксидантного стресса;
- экспрессию генов раннего реагирования с развитием депрессии пластических белковых и снижением энергетических процессов;
- отдаленные последствия ишемии (локальная воспалительная реакция, микроциркуляторные нарушения, повреждения ГЭБ).

12. Диагностические критерии:

Клиническая картина ХИМ характеризуется сочетанием нарушений:

- когнитивные расстройства (нарушение способности к запоминанию, удержанию новой информации, снижение темпа и качества умственной деятельности, нарушение гнозиса, речи, праксиса);
- эмоциональные расстройства: преобладание депрессии, утрата интереса к происходящему, сужение круга интересов;
- вестибулярно-атактический синдром;
- акинетико-ригидный синдром;
- псевдобульбарный синдром;
- пирамидный синдром;
- глазодвигательные расстройства;
- сенсорные нарушения (зрительные, слуховые и пр.).

12.1. Жалобы и анамнез:

Жалобы: головные боли, несистемное головокружение, шум в голове, ухудшение памяти, снижение умственной работоспособности, нарушение речи, походки, слабость в конечностях, кратковременная потеря сознания (Дроп-атаки), клонико-тонические судороги, атаксии, деменции.

Анамнез: инфаркт миокарда, ИБС, стенокардии, АГ (с поражением почек, сердца, сетчатки, мозга), атеросклероз периферических артерий конечностей, сахарный диабет, инфекционно-аллергические заболевания, интоксикации.

12.2. Физикальное обследование:

- двигательные нарушения (гемипарезы, монопарезы, тетрапарезы, асимметрия рефлексов, наличие кистевых и стопных патологических рефлексов, симптомов орального автоматизма, защитных симптомов);
- когнитивные расстройства;
- нарушение поведения (агрессия, замедленная реакция, пугливость, эмоциональная нестабильность, дезорганизация);
- гемианестезия;
- нарушение речи (афазия, дизартрия);
- зрительные расстройства (гемианопсия, анизокория, диплопия);
- нарушения мозжечковых и вестибулярных функций (статика, координация, головокружение, тремор);
- нарушения бульбарных функций (дисфагия, дисфония, дизартрия);
- поражение глазодвигательных ЧМН;
- пароксизмальное нарушение сознания (потеря сознания, следы прикуса на языке);
- нарушение мочеиспускания и дефекации;
- пароксизмальные состояния (при недостаточности кровообращения в бассейне вертебробазилярной системы).

Лабараторные исследования:

- общий анализ крови: повышенное СОЭ и лейкоцитоз;
- протромбиновый индекс – повышение значений показателя;
- гематокрит (гематокритное число) – снижение или повышение значений показателя;
- определение содержания в крови глюкозы: гипо/гипергликемия;
- определение мочевины, креатинина, электролитов (натрия, калия, кальция) - выявление нарушений электролитного баланса, связанных с применением дегидратирующей терапии.

12.4 Инструментальные исследования:

- **КТ головного мозга:** выявление очаговых изменений в веществе мозга
- **МРТ головного мозга в режиме Т1, Т2, Flair:** наличие «немых» инфарктов, поражение перивентрикулярной и глубинное белое вещество (лейкоареоз);
- **УЗДГ сосудов головного мозга и брахиоцефального ствола (экстра и интракраниальные сосуды головы и шеи):** выявление стеноза внутричерепных артерий, спазма мозговых сосудов, САК;
- **ЭЭГ:** при впервые возникшем эпилептическом приступе, особенно при парциальных припадках, при подозрении на синдром Тодда, для выявления бессудорожного эпистатуса, который проявляется внезапной спутанностью сознания;
- **Исследование глазного дна:** определение застойных проявлений, или отека зрительного нерва, или изменений сосудов на глазном дне;
- **Периметрия:** выявление гемианопсии;
- **ЭКГ:** выявление патологии ССС;
- **Холтеровское мониторирование ЭКГ:** выявление эмболии, бессимптомного приступа мерцательной аритмии;
- **Рентгенография органов грудной клетки (2 проекции):** изменение конфигурации сердца при клапанных пороках, расширение границ сердца при наличии гипертрофической и дилатационной кардиомиопатии, наличие легочных осложнений (застойная, аспирационная пневмония, тромбоэмболия и др.).

12.6. Дифференциальный диагноз:

Признаки заболевания	Инсульт	Опухоль головного мозга	Черепно-мозговая травма (субдуральная гематома)
Неврологическая симптоматика	Варьирует в зависимости от возраста и локализации инсульта, одним из наиболее частых клинических признаков служит гемиплегия, афазия, атаксия	Очаговые изменения головного мозга, признаки повышения внутричерепного давления, общемозговые проявления.	В остром периоде: нарушение сознания, рвота, ретроградная амнезия
Начало	Внезапное начало, часто при пробуждении, реже постепенное.	Постепенное	Острое
КТ головного мозга	Сразу после инсульта выявляет внутримозговое кровоизлияние, ишемический очаг - спустя 1-3 суток	Опухоль мозга, перифокальный отек, смещение срединных структур, сдавление желудочков или обструктивная гидроцефалия	Контузионные очаги мозга. В острой стадии предпочтительнее КТ

МРТ головного мозга	Инфаркт на ранних стадиях, ишемические очаги в стволе, мозжечке и височной доле, не доступные для КТ, венозный тромбоз небольшие инфаркты, в том числе и лакунарные, АВМ	Опухоль, перифокальный отек, смещение срединных структур, сдавление желудочков, гидроцефалия	В подострой стадии - геморрагические и негеморрагические контузионные очаги, петехиальные кровоизлияния. В хронической стадии обнаруживаются зоны энцефаломаляции на Т2-изображениях по увеличению интенсивности сигнала из-за повышенного содержания воды в ткани, легче диагностируются внемозговые скопления жидкости, в том числе хронические субдуральные гематомы.

13. Цели лечения:

- замедлить прогрессирование болезни;
- улучшить качество жизни;
- при наличии эпилептических припадков подбор адекватной противосудорожной терапии (ПСТ).

14. Тактика лечения:

- нормализация АД, липидов, холестерина и уровня глюкозы крови;
- применение препаратов вазлоактивного, нейропротективного и нейротрофического действия.

14.1. Немедикаментозное лечение:

1) Режим

- Полупостельный (палатный).

2) Диета: стол № 10 (ограничение соли, жидкости).

14.2. Медикаментозное лечение:

Ноотропные препараты:

- фенотропил – по 100 - 200 мг 1-2 раза/сутки (до 15 часов дня);
- пирацетам – 20% раствора в ампулах в/в или в/м по 5 мл в сутки, с последующим переводом на таблетированный прием по 0,6-0,8 г/сутки длительно;
- комплекс пептидов, полученных из головного мозга в/в 5-10 мл в ампулах.

Антиагреганты:

- ацетилсалициловая кислота (таблетки, покрытые пленочной оболочкой) – 75-150 мг/сутки под контролем ПТИ, коагулограммы.

Мембранопротекторы:

- цитиколин: 500 - 2000 мг/сутки в/в или в/м; далее 1000 мг/сутки – в пакетиках (уровень А);
- холина альфосцерат, 1-3 г/сутки; ступенчатое введение в первые 5-6 дней в/в, далее в/м; курс лечения определяется клиническим эффектом.

Нейропротекция:

- магния сульфат, 25% раствор 30 мл/сутки (уровень А);
- глицин, 20 мг/кг массы тела (в среднем 1-2 г/сутки) сублингвально в течение 7-14 дней

Антиоксиданты и антигипоксанты:

- инозин + никотинамид + рибофлавин + янтарная кислота:
- 20 мл/сутки внутривенно капельно медленно (60 капель в минуту) в течение 10 дней, затем таблетки внутрь по 300 мг - 2 таблетки 2 раза в день в течение 25 дней (уровень в);
- этилметилгидроксипиридина сукцинат, инфузионно по 100 мг/сутки с последующим переводом на таблетированный прием препарата в дозе 120-250 мг/сутки (уровень В);
- токоферола ацетат (витамин Е): 1-2 мл в/м 1 раз/сутки в течение 7-10 дней, затем по 1 драже 2 раза/сутки в течение 2 месяцев.

Вазоактивные препараты:

- винпоцетин инфузионно – 2-4 мл/сутки в/в – 7-10 дней с переводом на пероральный прием по 5-10 мг/сутки в течение месяца;
- ницерголин – 2-4 мг в/м или в/в 2 раза/сутки, а затем таблетки по 10 мг 3 раза/сутки в течение месяца;
- бенциклана фумарат – в дозе 100 мг/сутки в/в с переходом на таблетированный прием в дозе 100 мг 2 раза в сутки на протяжении 2-3 месяцев, максимальная суточная доза 400 мг (уровень В).

Препараты, улучшающие микроциркуляцию:

- пентоксифиллин в суточной дозе 400-800 мг 2-3 раза/сутки (уровень В).

Миорелаксанты:

- баклосан, перорально 5-20 мг/сутки длительно (в зависимости от мышечного тонуса);
- толперизона гидрохлорид, 50-150 мг 2 раза в сутки длительно (под контролем АД).

Препараты для купирования болевого синдрома:

При ноцицептивных болях:

- нестероидные противовоспалительные препараты (мелоксикам 7,5-15 мг в/м или перорально, лорноксекам 4-8 мг при болях в/м или перорально; кетопрофен 100-300 мг в/в, в/м или перорально);

При нейропатических болях:

- прегабалин 150 - 600мг/сутки;
- габапентин 300-900 мг/сутки.

Гиполипидемическая терапия:

- аторвастатин 10-20 мг/сутки - длительно; максимальная суточная доза - 80 мг.

Гипотензивные препараты:

Коррекция АД проводится согласно клиническому протоколу «Артериальная гипертония».

Противоэпилептическая терапия:

Купирование эпилептического припадка или эпилептического статуса проводится согласно клиническому протоколу «Эпилепсия. Эпилептический статус».