

# **Заболевания ССС как риск развития дисциркуляторной энцефалопатии**

**Профессор Воробьева О.В.**

**Кафедра нервных болезней ФПШОВ**

**ГОУ ВПО ПЕРВЫЙ МГМУ им. И.М.Сеченова**

## «ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ»

хроническая ишемия мозга, гипертензивная энцефалопатия, церебральный атеросклероз, прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия, цереброваскулярная болезнь неуточненная (МКБ 10)

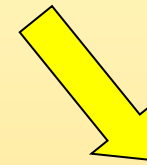
ДЭ – синдром прогрессирующего многоочагового или диффузного поражения головного мозга, проявляющийся клинически неврологическими, нейропсихологическими и/или психическими нарушениями, обусловленный хронической сосудистой мозговой недостаточностью и/или повторными эпизодами острых нарушений мозгового кровообращения.

# Факторы риска ДЭ



## ***ОСНОВНЫ́Е:***

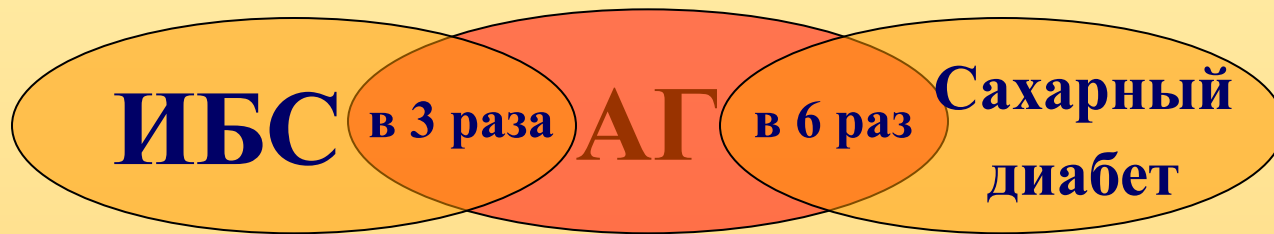
- АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ
- АТЕРОСКЛЕРОЗ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ГОЛОВЫ
- Заболевания сердца
- Антифосфолипидный обмен
- Сахарный диабет



## ***ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ:***

- Возраст
- Генетические факторы
- Курение
- Дислипидемия
- Гиперкоагуляция
- Гипергомоцистеинемия
- Мигрень
- Синдром апноэ во сне
- Инфекционные заболевания

# Увеличение риска развития дисциркуляторной энцефалопатии при сочетанной патологии



R. Mayeux, Neurology 2002;58:1175-81

# Клинические особенности ДЭ

- Нарастание эмоционально-аффективных нарушений
- **Медленно прогрессирующий когнитивный дефицит**
- Постепенное нарастание нарушений координации и ходьбы, темпа и ритма движений
- Синдром паркинсонизма
- Псевдобульбарный синдром
- Пирамидный синдром
- Нарушение контроля за функцией тазовых органов

# Прогрессирование когнитивных нарушений

## **ЛЕГКИЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ:**

эпизодическая забывчивость, утомляемость при длительной умственной работе, нарушения не влияют на повседневную деятельность

## **УМЕРЕННЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ:**

постоянная забывчивость, утомляемость при обычной умственной работе, нарушения вызывают затруднения, но не лишают независимости

**ДЕМЕНЦИЯ:** грубые нарушения памяти, мышления, невозможность умственной работы, частичная или полная зависимость от посторонней помощи

## Почему терапевт должен уметь диагностировать и лечить УКН?

- Чрезвычайная распространенность УКН – не менее 70% среди лиц старше 60 лет (Эпид. иссл. ПРОМЕТЕЙ)
- УКН – частично курабельное состояние
- Риск развития деменции у лиц с УКН составляет 10-15% в год → через 5 лет у 70% больных УКН трансформируются в деменцию

# Эффективность медицинской помощи зависит от

- Своевременной диагностики. Необходим целенаправленный поиск когнитивных нарушений.
- Активного лечения нарушений памяти и внимания. Специфическое лечение УКН – основной метод профилактики развития деменции.



# Факторы риска УЖР

- Возраст старше 55 лет
- Семейный анамнез нарушения памяти
- Заболевания сердечно-сосудистой системы
- Заболевания, приводящие к нарушению обмена веществ
- Отсутствие постоянных умственных занятий

# Как увидеть пациента с УЖН?

- Активные жалобы на снижение памяти и трудности концентрации внимания;
- Свидетельство родственников о чрезмерной забывчивости пациента в последнее время
- Невозможность самостоятельно полно изложить анамнез, непонимание рекомендаций врача
- Симптом «поворачивающейся головы»
- Множество неспецифических жалоб у пожилого пациента



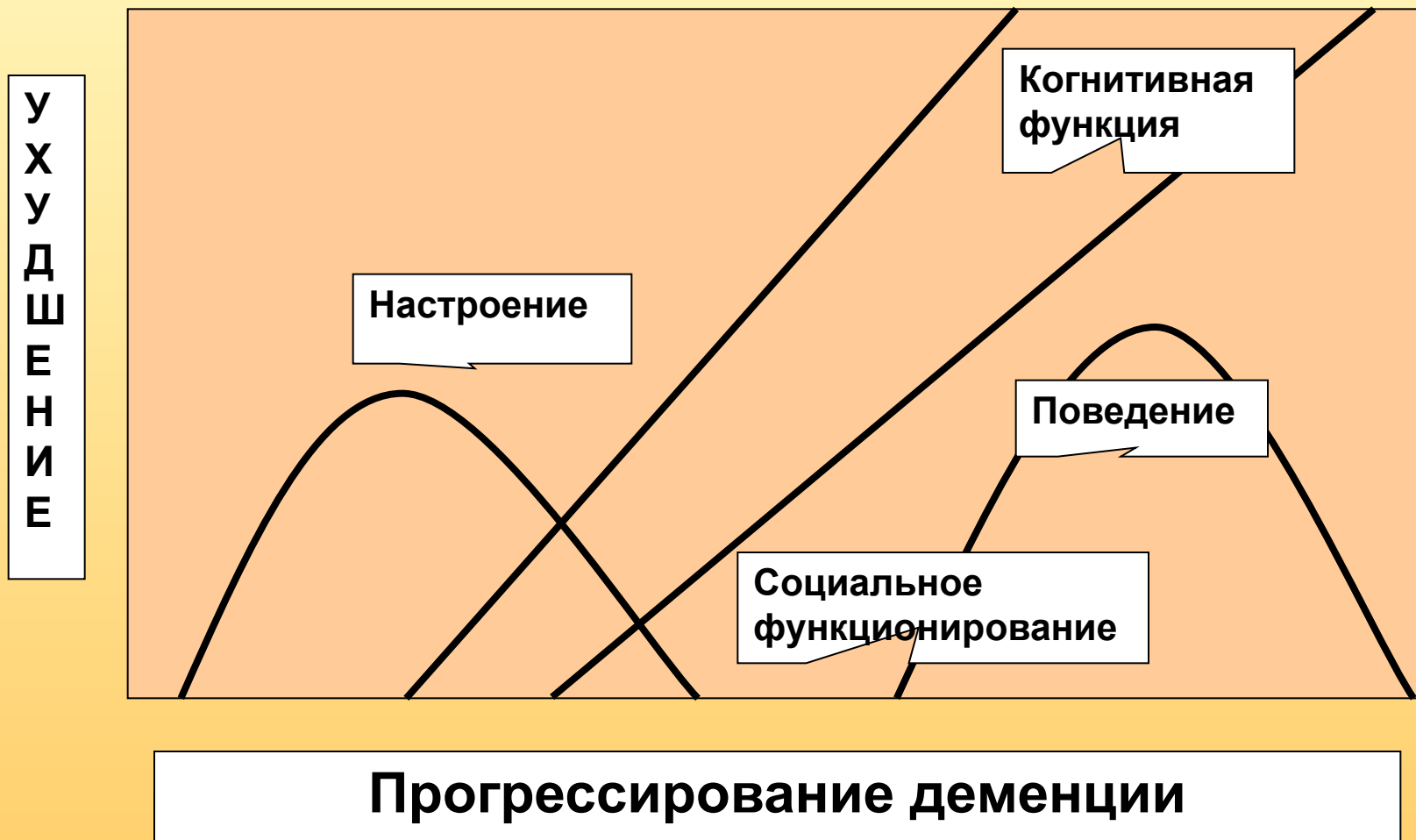
# ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА С УЖН

- Не может правильно организовать свою деятельность, быстро устает, часто допускает ошибки из-за невнимательности
- Не может запомнить новые имена, затруднения при счетных операциях
- Предъявляет множество жалоб, суть которых объяснить не может
- Часто имеет нарушение походки, испытывает неустойчивость, «осторожная» походка
- Страдает АГ неустановленной давности

# МИНИ-КОГ основной скрининговый инструмент для выявления УКН

- Представляет собой комбинацию теста на запоминание трех слов (лимон, ключ, шар) и рисования часов; прост и быстр в выполнении
- Валидность – демонстрирует лучшее соотношение чувствительность/специфичность для УКН
- Трактовка – невозможность вспомнить после подсказки хотя бы одно слово или ошибки при рисовании часов свидетельствуют об УКН

# Паттерн симптомов деменции во временном аспекте развития заболевания.



# Критерии диагноза сосудистой деменции (NINDS-AIREN)

- Наличие деменции
- Наличие проявлений цереброваскулярного заболевания (анамнестические, клинические, нейровизуализационные данные)
- Наличие причинной связи между ними
  - Развитие КН в первые 3 месяца после инсульта (ранние ПИКН)
  - Развитие КН не позднее года после инсульта (поздние ПИКН)

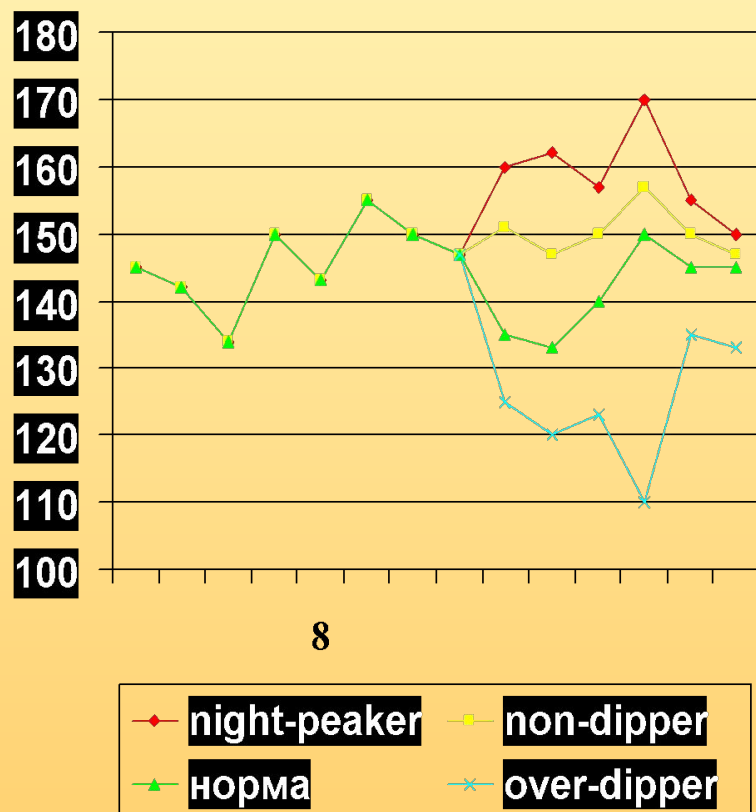
# Факторы риска развития сосудистых деменций

- ✓ **Возраст**
- ✓ **Артериальная гипертензия**
- ✓ **Артериальная гипотензия**
- ✓ **Сахарный диабет**
- ✓ **Нарушения сердечного ритма**
- ✓ **Анемия**
- ✓ **Дислипидемия**

## Условия развития деменции при ДЭ:

- **Утрата критической массы вещества с измененным метаболизмом**
- **Локализация в стратегически важных зонах**
- **Феномен корково-подкоркового разобщения**

# АД и распределение ишемических событий в цикле сон-бодрствование



- Только 35% составляют дневные МИ, 45% утренние события и 20% ночные
- Частота развития ИС прямо коррелирует с
  1. Среднесуточными показателями АД
  2. Нарушением циркадианного ритма АД
  3. Вариабельностью АД
  4. Скоростью утреннего подъема АД



# Когнитивные нарушения и другие заболевания сердечно-сосудистой системы

- У пациентов с мерцательной аритмией деменция развивается в 2 раза чаще, чем в среднем по популяции
- У пациентов, перенесших инфаркт миокарда, деменция развивается в 5 раз чаще, чем в среднем по популяции
- Сердечная недостаточность ассоциирована с 80% повышением риска деменции

# Тактика лечения ДЭП

- 1. Воздействие на основное заболевание, на фоне которого развилась дисциркуляторная энцефалопатия**
- 2. Улучшение церебральной циркуляции и метаболических процессов в головном мозге**
- 3. Специфическая терапия психопатологических и когнитивных нарушений**

# Целевая терапия этапов ДЭП

Клинический этап	Основное лечение	Дополнительное лечение
Аффективные нарушения	Антидепрессанты	<b>Ноотропы, АО, вазоактивные</b>
УКН	<b>Ноотропы</b> Гинго-билоба (гинос)	Танакан
Деменция	АХЭ Мемантин?	Гинго-билоба

# Механизмы действия парацетама

- Ускорение проникновения глюкозы через гематоэнцефалический барьер и повышение ее усвояемости клетками различных отделов мозга, особенно коры
- Улучшение обмена нуклеиновых кислот в нервных клетках
- Усиление церебральной холинергической проводимости
- Увеличение синтеза фосфолипидов и белков в нервных клетках и эритроцитах (стабилизация клеточных мембран), нормализация жидкостных свойств мембран (этот эффект значительно более выражен у пожилых пациентов)
- Ингибирование лизосомальных ферментов и удаление свободных радикалов (защита клеточных мембран)

# Синергичное влияние ноотропов на другие медикаменты

Благодаря воздействию ноотропов на нейрональную возбудимость они повышают активность препаратов, также модулирующих нейрональную активность. Это повышает позитивное действие обеих субстанций



**НООТРОПЫ**  
+  
**АК**

**НООТРОПЫ**  
+  
**ВИТАМИНЫ**

**НООТРОПЫ**  
+  
**ВАЗОАКТИВНЫЕ**

# **ВИНПОТРОПИЛ®:**

**пирацетам 400 мг + винпоцетин 5 мг**

## Способ применения и дозы

**Внутрь, перед едой по 1-2 КАПСУЛЫ 2-3 РАЗА В ДЕНЬ.**

**Поддерживающая доза – 1 КАПСУЛА 3 РАЗА В ДЕНЬ.**

**Длительность курса - ОТ 2-3 НЕДЕЛЬ ДО 6 МЕСЯЦЕВ.**

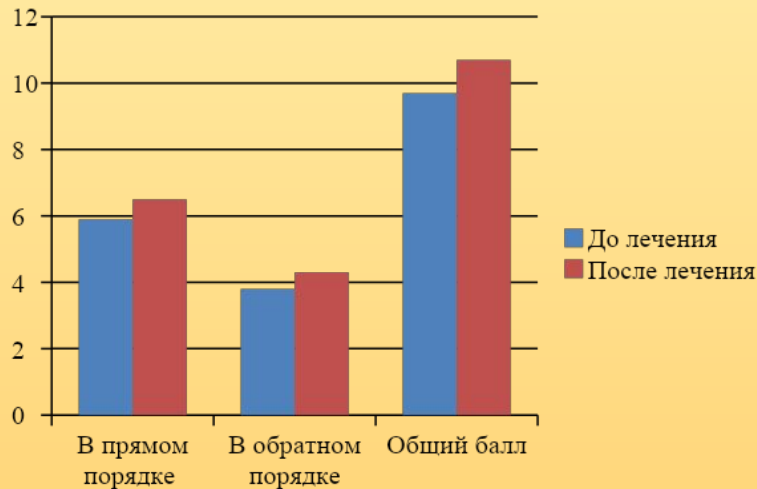
**Последний прием препарата – не позднее 18 часов, или за 4 часа до сна.**

# Клиническая эффективность Винпотропила® в терапии дисциркуляторной энцефалопатии I-II стадии

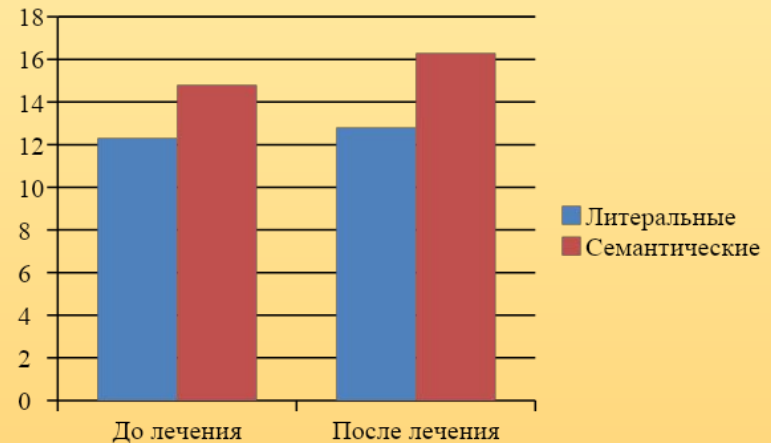
Базы: Московская Медицинская Академия им.Сеченова, НИИ неврологии РАМН, ГБ№20, г.Москва

## Неврологические тесты

### Тест «Повторение цифр»

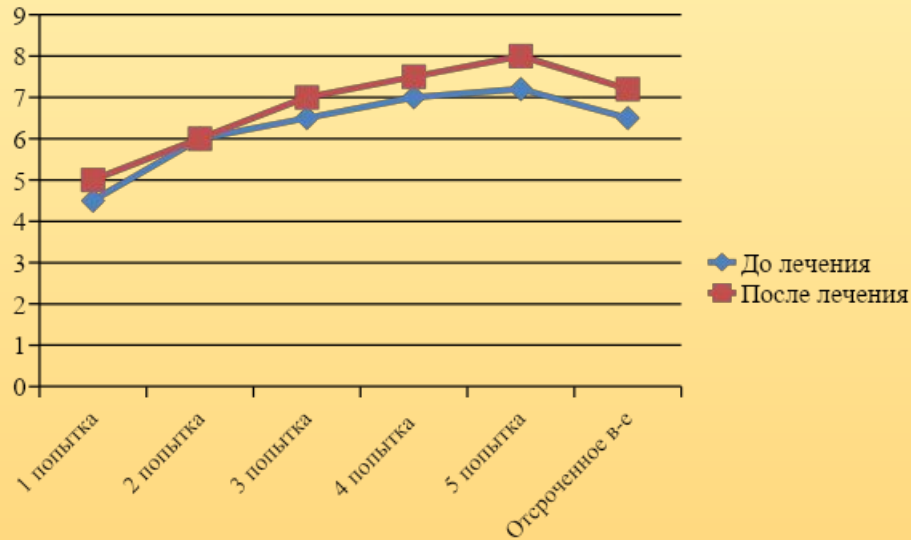


### Тест «Ассоциации»

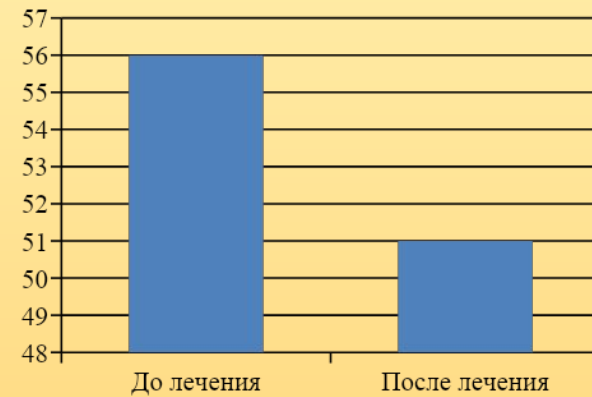


# Клиническая эффективность Винпотропила® в терапии дисциркуляторной энцефалопатии I-II стадии

## Тест заучивания списка из 10 слов



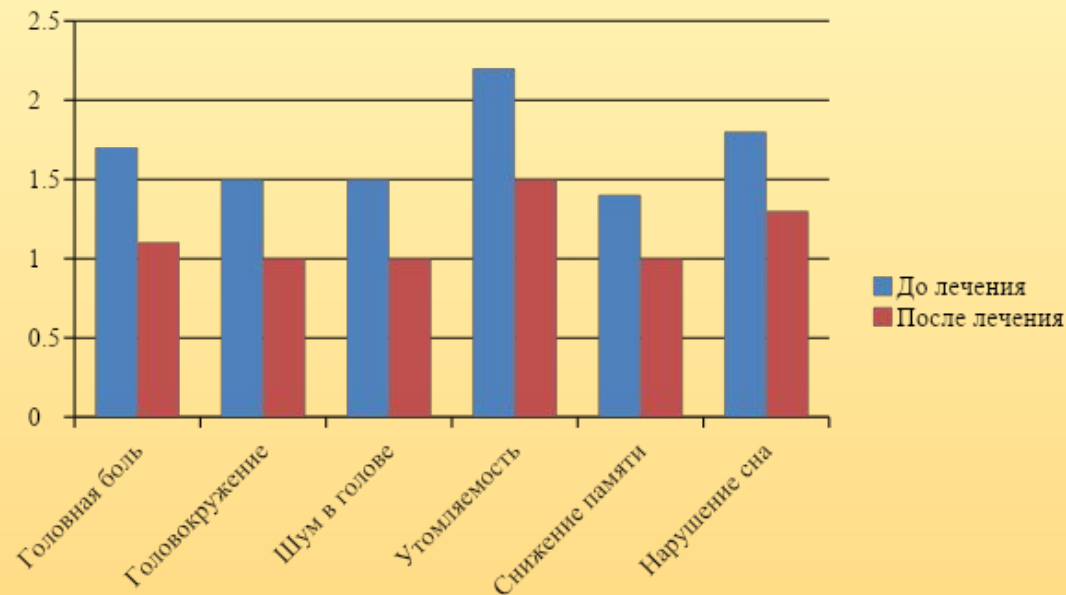
## Проба Шульце





# Клиническая эффективность Винпотропила® в терапии дисциркуляторной энцефалопатии I-II стадии

## Динамика жалоб



**Вывод:** Винпотропил показал высокую эффективность в терапии дисциркуляторной энцефалопатии I-II стадии в виде улучшения когнитивных функций и уменьшения выраженности субъективных симптомов.

## Лучшее предупреждение деменции в среднем возрасте:

- Иметь САД  $< 140$  mm Hg
- Иметь индекс массы тела  $< 30$  кг/м<sup>2</sup>
- Иметь общий холестерин  $< 6,5$  mmol/l
- Иметь достаточную физическую активность
- Получать непрерывное образование