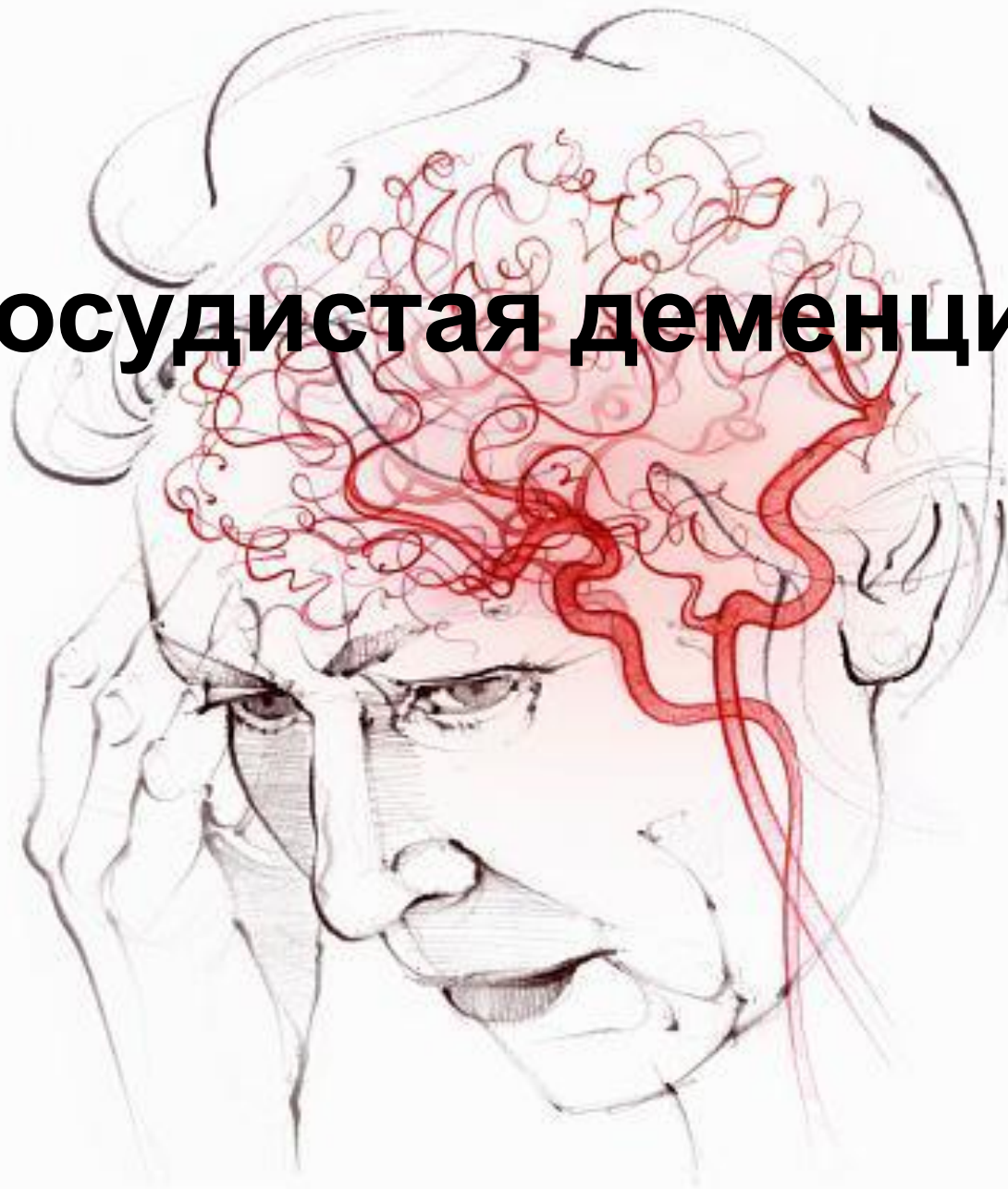


Сосудистая деменция



Сосудистая деменция

- Под сосудистой деменцией понимается существенное ухудшение когнитивных функций человека, вызванное заболеваниями сосудов головного мозга.
- Заболевание проявляет себя как стойкое снижение познавательной деятельности с утратой в той или иной степени ранее усвоенных знаний и практических навыков, затруднением или невозможностью приобретения новых.

История изучения заболевания

- **Первое описание** СД сделал в 1672 г. английский анатом и врач Т. Уиллис (более известный под латинизированным именем Виллизий как первооткрыватель артериального круга кровоснабжения мозга), назвав ее **постапоплексической деменцией**.
- Большой вклад в ее изучение внесли Л. Бинсвангер и А. Альцгеймер, которые ввели в неврологию определения лакунарного атеросклеротического поражения и кортикальной атрофии. Они показали гетерогенность СД, связь деменции с инсультом и описали новую форму СД – субкортикальную сосудистую энцефалопатию (болезнь Бинсвангера).
- В середине XX в. для обозначения определенной формы был предложен термин «мультиинфарктная деменция» и создана ишемическая шкала Хачинского, позволяющая проводить дифференциальный диагноз между СД и болезнью Альцгеймера.
- В 90-х гг. XX века были разработаны диагностические критерии СД.
- В странах бывшего СССР проблемой снижения когнитивной функции на протяжении длительного времени занимались только психиатры, но блестящие исследования научных школ Н.Н. Яхно (Россия), Н.Б. Маньковского и П.В. Волошина (Украина) положили начало мультидисциплинарному изучению сосудистой деменции.

Т. Уиллис



Эпидемиология

- Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что распространенность сосудистой деменции у людей пожилого возраста в зависимости от возрастной группы колеблется от 3 до 8%.
- К 2040 г. ожидается уже около 40 млн. лиц с сосудистой деменцией.
- Мужчины страдают сосудистой деменцией примерно в 1,5 раза чаще, чем женщины. По данным выборочного исследования распространенность сосудистой деменции в России среди лиц старше 60 лет составляет 4,5%.

Классификация МКБ-10

- **F01.0 Сосудистая деменция с острым началом**
- **F01.1 Мультиинфарктная деменция**
- **F01.2 Подкорковая сосудистая деменция**
- **F01.3 Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция**
- **F01.8 Другая сосудистая деменция**
- **F01.9 Сосудистая деменция неуточнённая**

Патоморфология сосудистой деменции

Классические представления о патогенезе сосудистой деменции были связаны с концепцией атеросклеротического слабоумия, основной механизм развития которого усматривался в диффузной гибели нейронов (“вторичной мозговой атрофии”) вследствие ишемии, вызванной сужением просвета пораженных атеросклерозом сосудов головного мозга

- Благодаря внедрению методов нейровизуализации и их сочетания с посмертным морфометрическим изучением мозга, произошло быстрое накопление знаний о структурных, гемодинамических и метаболических характеристиках мозга при

- К настоящему времени известно, что **морфологической основой сосудистой деменции чаще всего являются инфаркты** (точнее, постинфарктные кисты) или диффузная ишемическая деструкция области белого подкоркового вещества (субкортикальная лейкоэнцефалопатия) с демиелизацией, глиозом, гибелью аксонов.
- **Даже небольшие инфаркты** в критических для когнитивных функций зонах мозга (лобных, верхнетеменных, нижнемедиальных отделах височной доли, включая гиппокамп, а также таламус) могут вызвать развитие сосудистой деменции.

- Установлено, что для развития деменции имеют значение совокупный объем мозговых инфарктов или ишемического поражения белого подкоркового вещества (у лиц со слабоумием он в 3—4 раза больше, чем без него), билатеральность инфарктов (достигающая 86—96 % среди больных с деменцией).
- Для сосудистой деменции характерно **значительное** (почти в 2 раза по сравнению с возрастной нормой) снижение показателей мозгового кровотока и метаболизма, как правило, двустороннее, с очагами гипометаболизма в корковой и подкорковой области.

- К более редким разновидностям сосудистого поражения мозга, которые могут вызвать слабоумие, относят ламинарный некроз, характеризующийся диффузной гибелью нейронов и глиозом в коре больших полушарий и мозжечка с множественными мелкими очагами деструкции коры в сочетании с глиозом, а также глиоз или неполный ишемический некроз (включая склероз гиппокампа).
- Эти типы поражения мозга связываются с его острой и глубокой тотальной, региональной или локальной ишемией преимущественно **экстрацеребрального генеза** (остановкой сердца, эмболиями кардиального или артериального происхождения).

Стадии заболевания

- **Начальная стадия** или появление умеренных когнитивных нарушений сосудистого генеза.
- **Клинический диагноз СД.** На этой стадии признаки слабоумия выражены уже отчётливо, больной ведёт себя либо агрессивно, либо апатично, появляются провалы в памяти.
- **Выраженная или тяжёлая СД.** Больной нуждается в постоянном наблюдении и полностью зависит от окружающих.
- **Летальный исход.** В основном, смерть наступает не из-за деменции (за редким исключением вроде несчастных случаев), а как следствие инфаркта или инсульта.

Клиническая картина

Нарушение когнитивных функций.

- Первые симптомы и жалобы пациентов с сосудистой деменцией касаются состояния памяти. Снижается способность запоминать текущую информацию, воспроизводить информацию недавнего прошлого, нарушается временная схема событий.
- Присоединяющиеся нарушения мышления затрагивают процессы обобщения - исключения, абстрактное мышление, способности планировать и организовывать свою деятельность, мышление становится конкретным, вязким, излишне детализированным. Больные некритично оценивают свое поведение и поступки, становятся обидчивыми, неадекватными и нелогичными в оценках происходящего.

- Внимание сосудистых больных отличается суженностью объема, неустойчивостью, низкой концентрацией, нарушением переключаемости и распределения.
- Речь больных сосудистой деменцией становится бедной, замедленной по темпу, с элементами номинативной афазии (трудности быстро вспомнить название предметов, имена). При очаговых поражениях в соответствующих областях коры головного мозга возникают и другие типы афазий (моторная, сенсорная, амнестическая), возможны агностические и апраксические нарушения.

Эмоционально-волевые расстройства

- Вначале заболевания происходит заострение характерологических черт, а по мере прогрессирования сосудистой деменции – сглаживание этих черт и особенностей личности. Ядро личности у больных с сосудистой деменцией сохраняется независимо от глубины патологического процесса. В зависимости от прошлых индивидуальных особенностей больные могут выглядеть чрезмерно тревожными, подозрительными, скупыми и т.д.
- Возможно развитие *депрессивного состояния* как с симптоматикой схожей с психотической эндогенной депрессией, так и субдепрессивные состояния с подавленностью, пессимистической оценкой событий, астенической симптоматикой. У каждого пятого больного сосудистой деменцией выявляются *тревожные расстройства*, которые сочетаются с ипохондрическими жалобами.

Диагностика сосудистой деменции

- Первым критерием является наличие деменции и сосудистого поражения головного мозга , а также временная связь между ними. Наличие деменции доказывает присутствие по крайней мере 1—2 признака недостаточности когнитивной сферы: снижение уровня суждений, ослабление критики, нарушения внимания или речи, нарушение зрительно-пространственных или исполнительных функций, моторного контроля и праксиса.
- Состояние деменции не сопровождается нарушением сознания, но нарушает профессиональные и бытовые адаптации

Прогноз

- Средние сроки выживания больных с сосудистым слабоумием, по данным исследований, короче, чем с деменцией альцгеймеровского типа. Развитие деменции после инсульта само по себе является неблагоприятным прогностическим фактором.
- Летальность среди больных с сосудистой формой деменции в старческом возрасте в течение 3 лет составила 66,7 %, тогда как при болезни Альцгеймера — 42,2 %, а среди недементных пробандов — 23,1 %.
- Предупредить сосудистую деменцию проще, чем лечить, потому что универсального лекарства от слабоумия не существует. И хотя продолжительность жизни с СД невелика, в ваших силах улучшить качество жизни больного, не только при помощи медикаментов и своевременной диагностики.