

**ХРОНИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
ИЛИ
ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ.
ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА.**

ПЛАН ЛЕКЦИИ

1. Определение патологического процесса
2. . Особенности кровоснабжения головного мозга.
3. Патофизиология мозгового кровоснабжения.
 4. Клинические проявления ХНМК.
 5. Лечение и профилактика ХНМК.

**ХРОНИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
(ХНМК)
ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ
ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ**

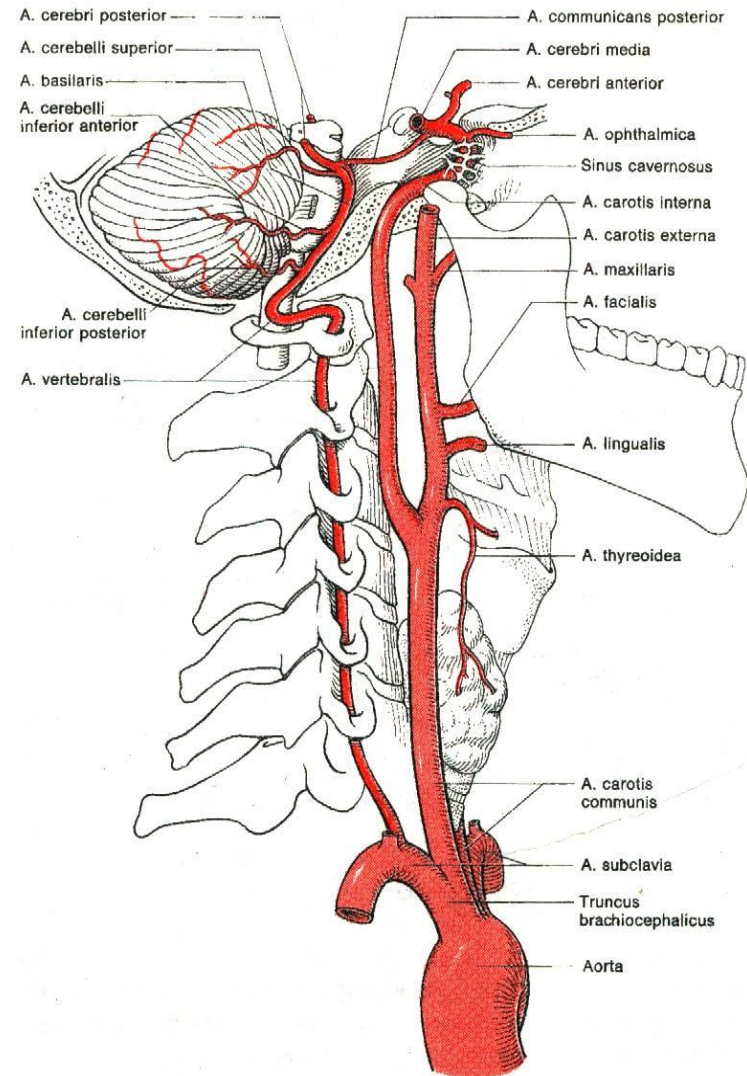
Синдром прогрессирующего многоочагового или диффузного поражения головного мозга, проявляющийся клиническими неврологическими, нейропсихологическими и/или повторными эпизодами острых нарушений мозгового кровообращения (дисгемия, транзиторная ишемическая атака, инсульт).

Всегда соматоневрологическая проблема, т.к. в её происхождении ведущее значение имеет атеросклероз, артериальная гипертензия и их сочетание, а так же ревматизм, васкулиты другой этиологии, заболевания крови и др.

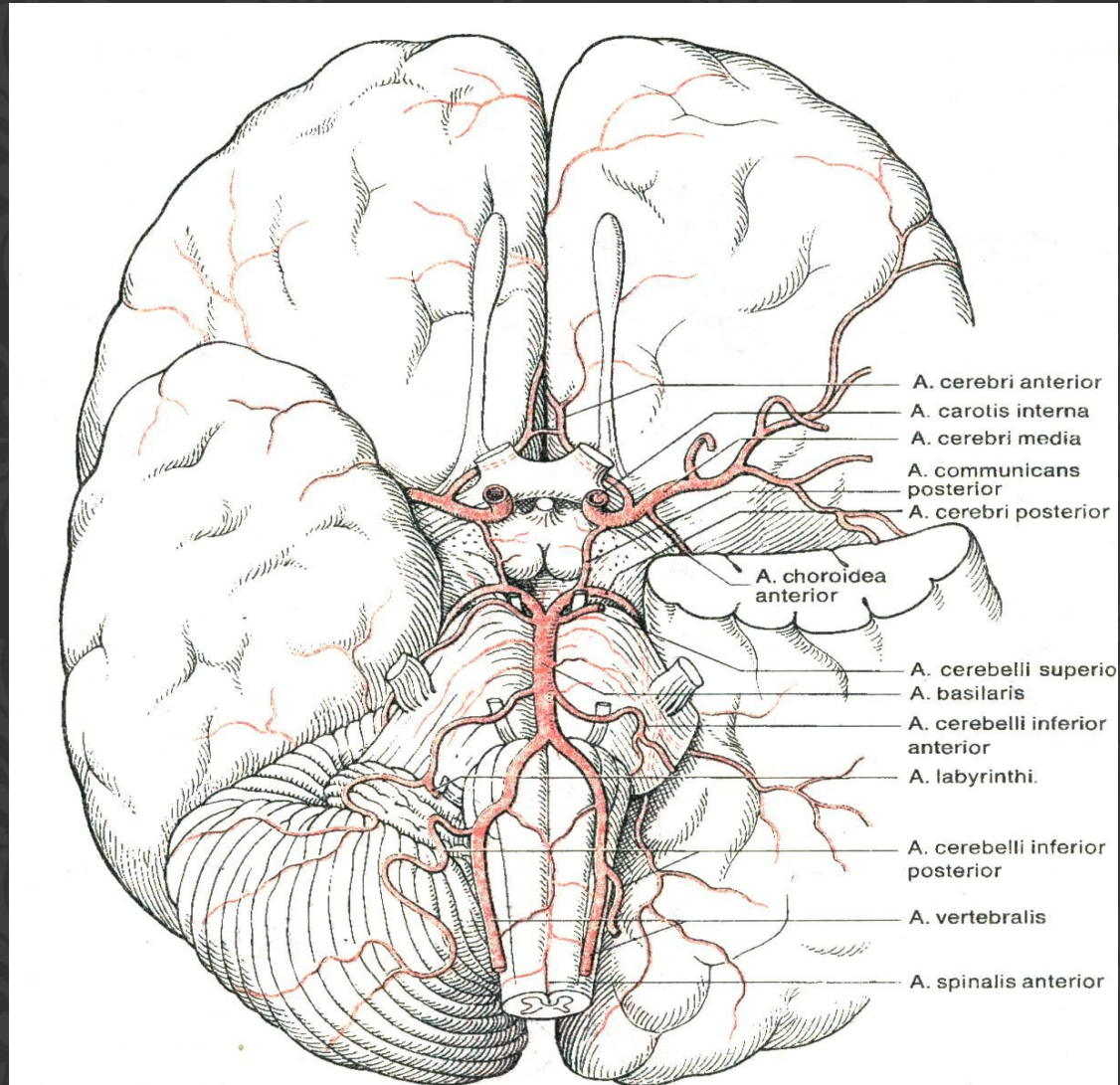
Каротидный бассейн



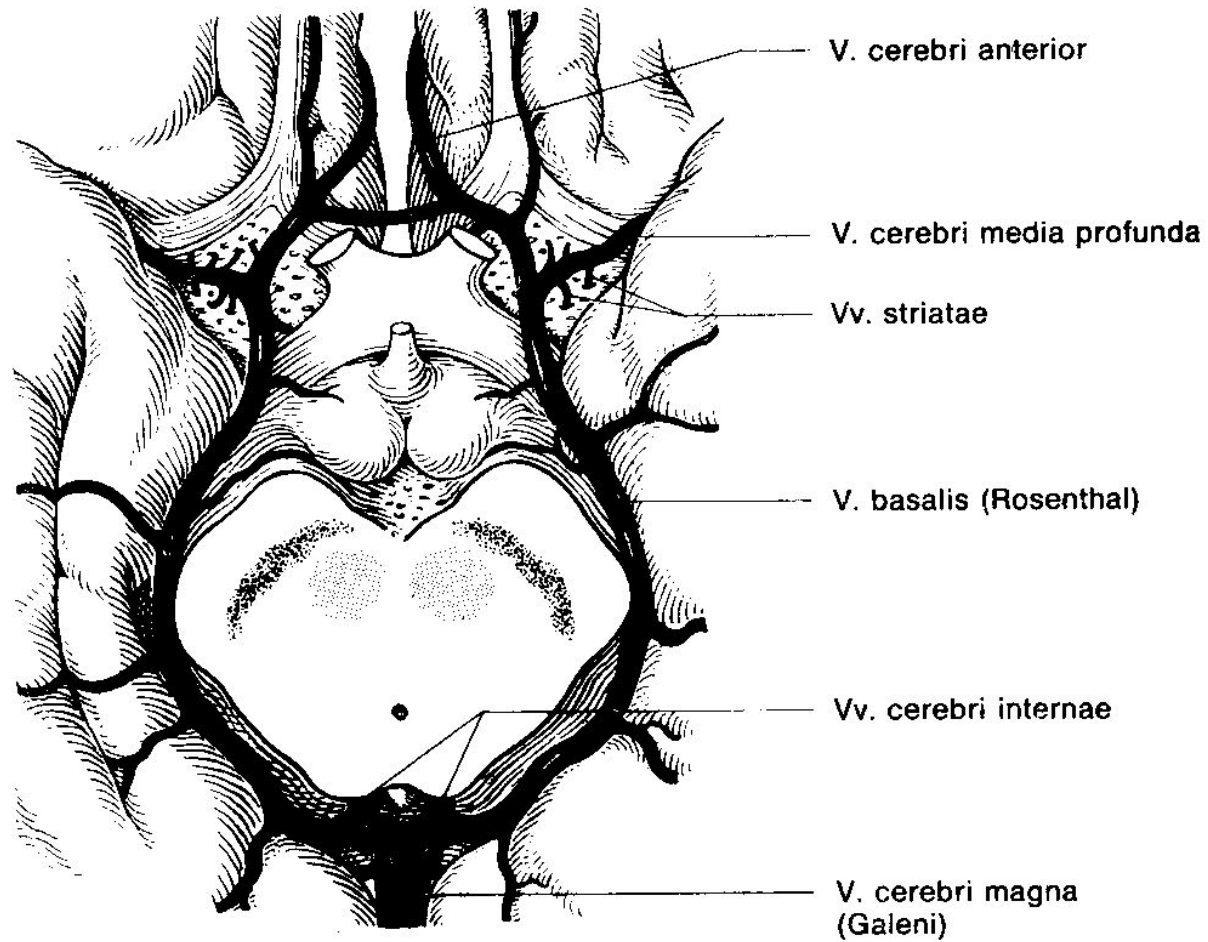
Вертебро-базиллярный бассейн



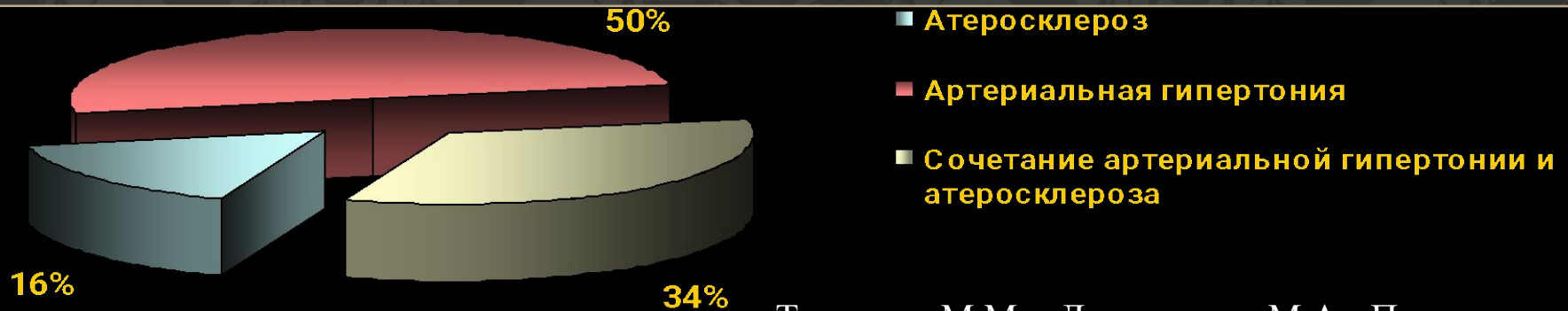
Артериальная система основания мозга (Вилизиев круг)



Венозная система основания мозга (круг Розенталя)



СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ



Танащян М.М., Домашенко М.А. Применение Курантила при хронических цереброваскулярных заболеваниях

Увеличение риска развития дисциркуляторной энцефалопатии при сочетанной патологии



**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХНМК
ВКЛЮЧАЕТ ЖАЛОБЫ:**

головная боль
ощущение тяжести и шум в голове;
головокружение;
снижение памяти и внимания;
умственной и физической работоспособности;
общей слабости, повышенной утомляемости, эмоциональной
лябильности;
нарушение цикла «сон-бодрствование» с нарушением ночного
сна и дневной сонливостью.

**ХНМК имеет предшествующее состояние в виде
начальных проявлений недостаточности мозгового
кровообращения (НПНМК = ТИА).**

Провоцируют это состояние – значительное эмоциональное и умственное напряжение – усиливается кровоснабжение головного мозга.

Если 2 и более из этих симптомов часто повторяются или существуют не менее 3-х последних месяцев и при этом отсутствуют признаки органического поражения нервной системы, говорят о НПНМК.

НПНМК вызывают: атеросклероз, АГ и их сочетание.

Симптомы могут быть обусловлены сосудистыми факторами, неврозом, аллергическими состояниями, опухолью, хронической инфекцией и пр. состояниями с которыми следует проводить *круг дифференциальной диагностики.*

ВЫДЕЛЯЮТ ТРИ СТАДИИ. I СТАДИЯ

Субъективные расстройства: головные боли; ощущение тяжести в голове; общая слабость; повышенная утомляемость; эмоциональная лабильность; снижение памяти и внимания; головокружение (несистемного характера), неустойчивость при ходьбе; нарушение цикла «сон-бодрствование» с бессонницей и дневной сонливостью.

В неврологическом статусе:

Анизорефлексии

Дискоординаторными расстройствами

Глазодвигательной недостаточностью

Симптомы орального автоматизма

Снижение памяти

Астения. В этой стадии формируется астенический синдром.

Адекватная терапия может уменьшить или устранить отдельные симптомы.

II СТАДИЯ

Нарастает частота нарушения памяти и трудоспособности, головокружения, неустойчивость при ходьбе, реже отмечается жалоба на головную боль и другие проявления астенического симптомокомплекса.

В неврологическом статусе:

Мнестико-интеллектуальные и эмоциональные (слабодушие) нарушения

Дикоординапорный

Пирамидный

Амиостатический

Существенно снижена социальная и профессиональная адаптация больных.

III СТАДИЯ

Объем жалоб уменьшается, т.к. снижена критика больного к тяжести своего состояния.

В неврологическом статусе:

Дискоординаторные

Пирамидные

Псевдобульбарные

Амиостатические

Интеллектуальные

Мнестические

Падения

**Больные нетрудоспособны,
нарушена их социальная и бытовая адаптация,
т.к. развивается деменция.**

**ПО ЭТИОЛОГИИ
ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ
ХНМК (ДЭ):**

Атеросклеротические

Гипертонические

Смешанные

Венозные

**В КЛИНИКЕ ХНМК (ДЭ)
ВЫДЕЛЯЮТ
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ
СИНДРОМЫ:**

Цефалгический

Псевдобульбарный

Пароксизмальный

Психопатологический

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ
МЕТОДЫ
ИССЛЕДОВАНИЯ:**

ЭКГ

Реологические характеристики

Липидный спектр.

Глазное дно

Ультразвуковая доплеросонография

Нейровизуализация

Термина ДЭ в МКБ-10 нет.

**Клиническая картина ДЭ имеет прогрессирующее
развитие.**

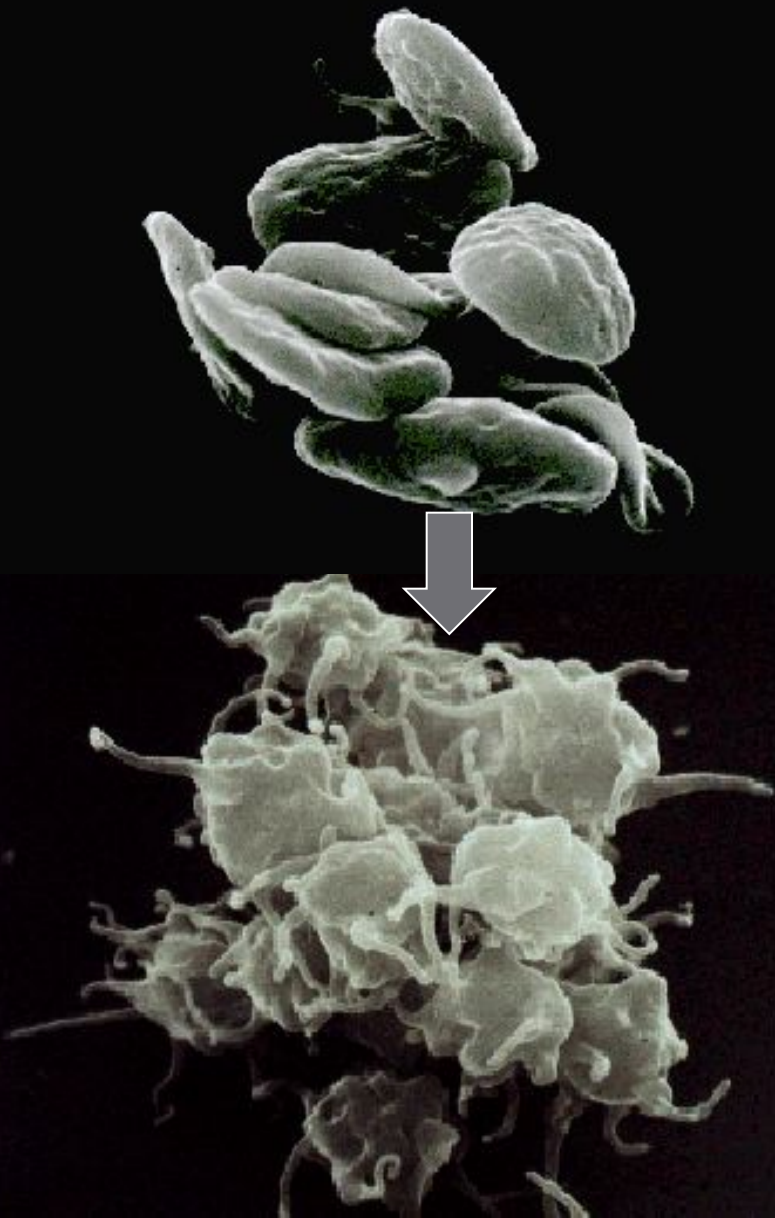
**Ангиография:
нарушение кровообращения
в правой внутренней
сонной артерии,
тромбоз**



MPT
Нарушение кровообращения
в правой позвоночной
артерии,
стеноз



МЕХАНИЗМ ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ



ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ
ГЛИКОПРОТЕИНА II B / III A (GP
IIb/IIIa) НА ПОВЕРХНОСТИ
ТРОМБОЦИТА, КОТОРЫЕ
ОБРАЗУЮТ ПРИ УЧАСТИИ
ФИБРИНОГЕНА
МЕЖТРОМБОЦИТАРНЫЕ
МОСТИКИ И СТИМУЛИРУЮТ
ОБРАЗОВАНИЕ
ТРОМБОЦИТАРНЫХ
АГРЕГАТОВ И ТРОМБОВ

ТРОМБОЭМБОЛИЯ

ПОЛНАЯ ИЛИ ЧАСТИЧНАЯ
ОККЛЮЗИЯ АРТЕРИИ
ЭМБОЛОМ (ОТОРВАВШАЯСЯ
ЧАСТЬ ТРОМБА), ЧТО
ПРИВОДИТ К ПОЛНОМУ ИЛИ
ЧАСТИЧНОМУ
ПРЕКРАЩЕНИЮ КРОВотоКА
ПО АРТЕРИАЛЬНОМУ РУСЛУ,
РАСПОЛОЖЕННОМУ
ДИСТАЛЬНЕЕ МЕСТА
ОККЛЮЗИИ.



Принципы лечения ДЭ

1. Действие на сосудистые факторы риска:
коррекция повышенного АД
профилактика ОНМК (медикаментозная и хирургическая)
2. Восстановление мозгового кровотока, улучшение церебрального метаболизма
3. Общепатетические меры.

Дезагреганты - (аспирин, курантил N, плавикс, плагрил и пр.)

Гиполипидемические препараты - никотиновая кислота, ловастатин и пр.

Улучшение мозгового метаболизма и мозгового кровотока -эуффилин и пр.

Антиоксидантные препараты - витамин E и пр.

Ноотропные препараты - для воздействия на когнитивные функции

Хирургическое лечение - стентирование магистральных сосудов.

Специальное лечение при наличии у больных депрессии, тревожности, нарушения цикла «сон-бодрствование», психомоторного возбуждения.

ОСНОВНЫЕ «СОСУДИСТЫЕ» ПРЕПАРАТЫ

АНТИАГРЕГАНТЫ –

препятствуют развитию инсульта

АСК

Дипиридамол

Клопидогрель

«Сосудистые» препараты

(симптоматические)

вазоактивные –

не препятствуют развитию инсульта

Циннаризин

Эуфиллин

Пентоксифиллин

Винпоцетин

Нимотоп

Алгоритм медикаментозной профилактики ишемических инсультов

Первичная профилактика

Скрининг групп «риска» по развитию инсульта:

- Артер.гипертония
- Мерцательная аритмия
- Инфаркт миокарда
- Атеросклероз брахиоцеф.артерий
- Сахарный диабет

Пациентам группы «риска»

Изменение образа жизни

Терапия основного заболевания

Антиагрегантная терапия

- *Курантил*® или АСК *
- При очень высоком риске *Курантил*® + АСК

Вторичная профилактика

Изменение образа жизни

Терапия основного заболевания

Скрининг групп «риска» по развитию повторного инсульта

Высокий риск

Очень высокий риск

Антиагрегантная терапия:
монотерапия
Курантил® или АСК

Антиагрегантная терапия:
сочетание
Курантил® + АСК

Есть эффект

Нет эффекта

Пожизненная терапия

Антикоагулянты

* АСК – ацетилсалициловая кислота

«Первичная и вторичная профилактика инсультов», 2000 год

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АСПИРИНУ

Реальная клиническая проблема: 75 % сосудистых катастроф - на фоне аспирина

По данным разных авторов у 5 до 45% людей АСК не эффективна как антиагрегант.