Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения России

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Зав. кафедрой: ДМН, проф. Петрова М.М.

Реферат на тему:

«Диагностика когнитивных расстройств, связанных с цереброваскулярными заболеваниями»

Выполнил: ординатор 2 года,210 группы,

специальности «Общая врачебная практика» Гринев А.П.

Красноярск 2022

Содержание

1.Введение, понятие, классификация…………….……………………………………………………………………3

2. Диагностика………….………………………………………………………………………4

3. Критерии диагностики когнитивных нарушений……….……………………………………………………………………………....5

4. Данные МРТ……………………..................................……………………………………….9

5. Список литературы…………………………………………………………………………..10

Введение

Как неприятно отмечать у себя или близких людей ухудшение способности запоминать информацию, появление быстрой утомляемости, снижение интеллекта. Такие расстройства в работе головного мозга в медицине получили название «когнитивные нарушения». Однако не следует отчаиваться. Большое значение для людей с таким заболеванием играет адекватная терапия. Современная медицина способна обеспечить должное лечение и добиться стабильной ремиссии.

Что такое когнитивные нарушения

Когнитивные функции – это восприятие, сообразительность, способность знакомиться с новой информацией и запоминать ее, внимание, речь, ориентация в пространстве и времени, двигательные навыки. Со временем у человека начинают проявляться нарушения повседневного поведения из-за сбоев в работе когнитивных функций. Единичные случаи забывчивости – это еще не повод переживать, но если человек начинает регулярно забывать события, имена или названия предметов, то это может указывать на нарушения в деятельности мозга, тогда пациенту требуется помощь невролога.

**Гипокинезия** - облигатный признак паркинсонизма, который включает 3 основных компонента:

* *брадикинезию* – замедленность движений, истощаемость повторяющихся движений;
* *олигокинезию* – обеднение рисунка движений (отсутствие содружественных движений рук при ходьбе - ахейрокинез, гипомимия, микробазия, гипофония),
* *акинезию* - затруднение инициации движений, застывания.

**Тремор покоя** – ритмичное дрожание с частотой 3 - 6 Гц, вовлекающий дистальные отделы, уменьшающееся или исчезающее при движении.

**Мышечная ригидность** – повышение мышечного тонуса по пластическому типу, определяемое как сопротивление при пассивных движениях.

**Постуральная неустойчивость** - неспособность удерживать равновесие при изменении позы.

**Нарушения ходьбы** – ходьба медленная, «шаркающая», с укорочение длины шага, наличием застываний и пропульсий.

**Застывания при ходьбе** – затруднение инициации движений, «залипания» при ходьбе.

**Феномен «истощение конца дозы»** препаратов допа и ее производных - значительное усиление выраженности моторных симптомов к окончанию действия очередной дозы препарата допа и ее производные.

**Феномен «включения-выключения»** - резкие чередования состояний активности (действия препаратов допа и ее производных) и обездвиженности (отсутствие действия препаратов допа и ее производных).

**Феномен непредсказуемых флуктуаций эффекта разовой дозы препаратов допа и ее производных** – развитие периодов «выключения» без очевидной связи со временем приёма препарата допа и ее производные.

**Феномен замедленного наступления или отсутствие эффекта разовой дозы препаратов допа и ее производных** - отсроченное наступление действия (> 60 минут) препарата допа и ее производные.

**Дискинезии пика дозы** - быстрые хореиформные или дистонические движения, обычно, более выраженные в верхней части тела, возникающие на фоне максимального действия принятой дозы препарата допа и ее производные.

**Двухфазные дискинезии** - дискинезии в начале и в конце действия каждой дозы препарата допа и ее производные и исчезают в период ее максимального эффекта.

**Дистония периода «выключения»** - дистония в периоде «выключения» с развитием фиксированных, болезненных патологических поз и наиболее часто наблюдаются в стопах, может носить сегментарный или генерализованный характер.

**Трансфер** - перемещение с одной поверхности на другую или из одного исходного положения в другое (повороты в кровати, присаживание из положения лежа, вставание, пересаживание на другое кресло и др.).

**Глубокая стимуляция мозга (deep brain stimulation)** – метод нейрохирургического лечения болезни Паркинсона, заключающийся в воздействии импульсным электрическим током при помощи автономной полностью имплантируемой системы, состоящей из электродов, соединенных с генератором импульсов.

**Таламотомия** – метод деструктивного нейрохирургического вмешательства при болезни Паркинсона, заключающаяся в разрушении определенных ядер таламуса.

**Паллидотомия** - метод деструктивного нейрохирургического вмешательства при болезни Паркинсона, заключающаяся в разрушении внутреннего сегмента бледного шара.

**Радиохирургия** - метод неинвазивного деструктивного воздействия на подкорковые структуры головного мозга при помощи Гамма-ножа.

**Фокусированный ультразвук** — это современная малоинвазивная медицинская технология, используемая для ультразвуковой термодеструкции определенных структур головного мозга.

1. Критерии диагностики **синдрома паркинсонизма**:

* Диагностика синдрома паркинсонизма возможна при наличии не менее двух симптомов из числа четырех основных: гипокинезии, ригидности, тремора покоя, постуральной неустойчивости. При этом гипокинезию (как ведущее проявление паркинсонизма, обычно определяющее тяжесть состояния больного) нередко выделяют в качестве *облигатного* симптома.

1. Критерии диагностики **цереброваскулярного заболевания**:
   * Наличие цереброваскулярного заболевания подтверждается выявлением сосудистых факторов риска (в частности артериальной гипертензии, сахарного диабета, гиперлипидемии, курения и т.д.), признаков сердечно-сосудистых заболеваний (например, ишемической болезни сердца, заболеваний сердца с высоким риском кардиогенной эмболии, облитерирующего поражения сосудов нижних конечностей, и т.д.), стенозирующего поражения прецеребральных или церебральных артерий (сосудистый шум над сонными артериями при аускультации, данные ультразвуковых методов исследования, ангиографии или МР-ангиографии), наличие в анамнезе эпизодов ОНМК. Однако *решающее* значение имеют данные КТ и МРТ, позволяющие подтвердить факт сосудистого повреждения мозга, уточнить его локализацию и распространенность.
2. Выявление причинно-следственной связи между паркинсонизмом и цереброваскулярным заболеванием, доказываемой
   1. особенностями течения паркинсонизма
      * острое или подострое начало, флуктуирующее течение с периодами длительной стабилизации и регресса, начало в первые шесть месяцев после инсульта
   2. соответствием между клиническими и нейровизуализационными данными: выявление при КТ и МРТ изменений в «стратегических» для паркинсонизма зонах [двусторонние ишемические и/или геморрагические очаги в скорлупе и бледном шаре, двустороннего сливающегося субкортикального лейкоареоза, ишемического или геморрагического очагов в лобных долях (обычно с двух сторон), таламусе и среднем мозга (с одной или двух сторон)]
3. **Отсутствие** анамнестических, клинических, нейровизуализационных признаков, указывающих на иную этиологию паркинсонизма, таких как:
   * Отсутствие изменений сосудистого генеза при МРТ,
   * Несоответствие характера и степени клинических проявлений локализации и распространенности сосудистого повреждения мозга (по данным МРТ): отсутствие поражения «стратегических зон»,
   * Стойкая высокая эффективность препарата допа и ее производные на протяжении нескольких лет,
   * Развитие паралича взора вниз в отсутствие паралича взора вверх,
   * Признаки прогрессирующей вегетативной недостаточности,
   * Раннее развитие зрительных галлюцинаций,
   * Наличие атрофии среднего мозга и скорлупы и других признаков ПНП и МСА (по данным МРТ).

| *Критерии клинической диагностики деменции с тельцами Леви (по McKeith et al.,*  *2017)* | | |
| --- | --- | --- |
| **Категория признаков** | **Характеристика признаков** | **Диагностическая значимость**  **признаков** |
| 1. **Ключевой (центральный) признак** | Деменция, определяемая как прогрессирующее когнитивное снижение, нарушающее социальную или профессиональную деятельность\* | Необходим для возможного  или вероятного диагноза |
| 1. **Основные клинические признаки** | * Когнитивные флуктуации с выраженными колебаниями внимания и уровня бодрствования * Повторяющиеся зрительные галлюцинации, обычно четко оформленные и детализированные * РПБДГ, которое может предшествовать развитию когнитивных нарушений * Спонтанно возникающие признаки паркинсонизма: брадикинезия, тремор покоя или ригидность | Первые три признака могут  встречаться на ранней стадии  1 основной признак достаточен  для возможного диагноза, 2 и более – для вероятного диагноза |
| 1. **Клинические признаки, поддерживающие диагноз** | * Выраженная гиперчувствительность к нейролептикам * Постуральная неустойчивость * Повторяющиеся падения, обмороки или другие преходящие необъяснимые эпизоды утраты сознания * Тяжелая вегетативная дисфункция (ортостатическая гипотензия, недержание мочи, запоры) * Гиперсомния * Гипосмия * Галлюцинации иных модальностей * Систематизированный бред * Апатия, тревога, депрессия | Часто присутствуют, иногда на ранней стадии, но не имеют доказанной диагностической специфичности |
| 1. **Биомаркеры, указывающие на диагноз** | * Низкий захват в базальных ганглиях радиофармпрепарата, связывающегося с дофаминовым транспортером (по данным ОФЭКТ или ПЭТ) * Аномальный (низкий) захват МИБГ при сцинтиграфии сердца * Подтверждение наличия фазы сна с быстрыми движениями глаз без атонии с помощью полисомнографии | Наличие хотя бы 1 биомаркера  достаточно для вероятного диагноза  при наличии хотя бы 1 основного  признака; в отсутствие основных  - достаточно для возможного диагноза\*\* |
| 1. **Биомаркеры, поддерживающие диагноз** | * Относительная сохранность медиальных структур височных долей при КТ/МРТ * Снижение перфузии или метаболизма в затылочной коре (по данным ОФЭКТ или ПЭТ) ± относительная сохранность метаболизма в задних отделах поясной коры (по данным ПЭТ с флуородезоксиглюкозой) * Выраженная медленноволновая активность на ЭЭГ с транзиторными острыми волнами в височных отведениях |  |
| 1. **Признаки, снижающие вероятность диагноза** | * Любое соматическое или церебральное заболевание, включая цереброваскулярное, способное частично или полностью объяснит клиническую картину. Однако это не исключает диагноз ДТЛ и может указывать на смешанную или множественную патологию, приводящую к атипичным клиническим проявлениям * Появление симптомов паркинсонизма на стадии тяжелой деменции |  |

**Нейровизуализационные признаки мультисистемной атрофии по данным МРТ (II, III уровни доказательности):**

| **Тип МСА** | **Данные МРТ** |
| --- | --- |
| **Стриатонигральная дегенерация** | **Супратенториальные изменения** Томографы 1,5 Т: снижение интенсивности сигнала от  скорлупы ± гиперинтенсивная щелевидная полоска по  наружному краю скорлупы (в Т2-режиме). Атрофия скорлупы. |
| **Оливопонтоцеребеллярная атрофия** | **Инфратенториальные изменения** Атрофия червя и полушарий мозжечка. Атрофия основания моста и средних ножек мозжечка,  реже среднего мозга. Расширение базальных цистерн (препонтинной, латеральных  мозжечковых) и IV желудочка. Повышение интенсивности сигнала от основания моста  средней ножки мозжечка, коры мозжечка и прилегающего  белого вещества (в режимах Т2 и протонной плотности).  Симптом решетки на основании моста (креста) |

**Нейровизуализационные признаки прогрессирующего надъядерного паралича по данным МРТ (II, III уровни доказательности):**

* Атрофия среднего мозга
* Косвенные признаки атрофии:
* Снижение диаметра среднего мозга (< 14 мм референтных значений)
* Аномальная форма среднего мозга (вогнутая по сравнению с выпуклой у здоровых людей)
* Форма покрышки среднего мозга (профиль тела пингвина или голова колибри)
* Снижение соотношения между средним мозгом и областью моста
* Расширение части третьего желудочка
* Атрофия верхних и средних мозжечковых ножек
* Усиление сигнала с верхних мозжечковых ножек (режим FLAIR)
* Усиление сигнала с бледного шара
* Усиление сигнала с красного ядра
* Атрофия скорлупы
* Лобная и теменная атрофии

Список литературы:

* 1. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения 2021