**Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим на дисциркуляторну енцефалопатію**

Код МКХ-10

**Ознаки та критерії діагностики**

В МКХ - 10 термін дисциркуляторна енцефалопатії (ДЕ) відсутній. Мають місце 3 рубрики, що відповідають терміну ДЕ: I 67.3 - прогресуюча судинна лейкоенцефалопатія (хвороба Бінсвангера), I 67.4 - гіпертензивна енцефалопатії та I 67.8 - ішемія мозку (хронічна).

ДЕ - повільно прогресуюче дифузне та вогнищеве ураження речовини головного мозку, обумовлене хронічним порушенням кровообігу або епізодами гострих порушень мозкового кровообігу. Захворювання частіше за все розвивається на тлі атеросклерозу, гіпертонічної хвороби. Причиною ДЕ можуть бути хвороби серця, цукровий діабет, васкуліти та ін.

В залежності від ступеня вираженості клініко-неврологічних та когнітивних порушень виділяють 3 стадії ДЕ.

Для постановки діагнозу ДЕ необхідні наступні критерії:

1) наявність клініко-неврологічних симптомів та синдромів;

2) наявність когнітивних і або емоціонально-афективних порушень, підтверджених за допомогою психодіагностичних методів;

3) наявність структурних змін головного мозку за даними нейровізуалізації (КТ, МРТ);

4) наявність серцево-судинних захворювань (атеросклероз, АГ та ін., виявлені за анамнезом та інструментальними методами);

5) наявність причинно-наслідкових зв'язків між 1 та 2;

6) клінічні та параклінічні ознаки прогресування цереброваскулярної недостатності.

**Умови, в яких повинна надаватися медична допомога**

Хворі на ДЕ підлягають амбулаторному обстеженню та лікуванню в районних поліклініках під наглядом невролога та сімейного лікаря. В складних випадках додаткове обстеження та уточнення діагнозу проводиться в неврологічних відділеннях районних, міських або обласних лікарень із залученням при необхідності кардіолога, ендокринолога, психіатра.

При недостатній ефективності амбулаторного лікування, декомпенсації захворювання та при наявності ускладнень хворі підлягають стаціонарному лікуванню в неврологічних відділеннях районних, міських або обласних лікарень.

**Клініко-діагностична програма**

1. Клініко-неврологічне обстеження (з обов'язковим вимірюванням АТ та аускультації магістральних судин голови та шиї);

2. Психодіагностичне обстеження;

3. КТ, МРТ головного мозку;

4. Лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, креатинін, холестерин, тригліцеріди, глюкоза, коагулограма, калій, натрій крові);

5. Електрокардіографія;

6. Огляд очного дна;

7. Ультразвукова допплерографія екстра та інтракраніальних судин головного мозку.

Додаткові дослідження при необхідності:

1. ЕхоКГ;

2. Добовий моніторинг АТ;

3. Електроенцефалографія (хворим з епі-нападами, пароксизмальними станами).

**Лікувальна програма**

1. Лікування серцево-судинного захворювання, що стало причиною розвитку ДЕ (гіпотензивна, гіполіпідемічна терапія та ін.).

2. Поліпшення кровопостачання мозку (вазоактивні препарати).

3. Поліпшення метаболізму головного мозку (нейропротектори та ін.).

4. Лікування неврологічних симптомів та синдромів.

5. Корекція когнітивних та емоційно-афективних порушень.

6. Хворим високого ризику розвитку мозкового інсульту та хворим з перенесеними ТІА або інсультами показано довготривалий прийом дезагрегантів або антикоагулянтів непрямої дії.

7. Каротидна ендартеректомія (за показаннями).

**Характер кінцевого очікуваного результату лікування**

Попередження розвитку мозкового інсульту, деменції та зменшення темпів прогресування захворювання.

**Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі**

Амбулаторне лікування проводиться 1 - 2 рази на рік протягом 30 - 60 діб. Стаціонарне лікування потрібне при недостатній ефективності амбулаторного лікування, наявності ускладнень (декомпенсації та ознаках транзиторних ішемічних атак, судинної деменції, швидких темпах прогресування захворювання). Тривалість стаціонарного лікування - від 10 до 15 діб.

**Критерії якості лікування**

Відсутність подальшого прогресування порушень функції ЦНС, відсутність гострих порушень мозкового кровообігу та судинної деменції.

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Можливі побічні дії препаратів згідно їх фармакологічних властивостей.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації**

Хворі повинні знаходитись на диспансерному спостереженні за місцем проживання або роботи. Щорічно обов'язкове обстеження в рамках діагностичної програми, при необхідності обстеження та лікування - 1 - 2 рази на рік. Хворим з ознаками стенозу внутрішньої сонної артерії більш 50 % показано дуплексне обстеження 2 рази на рік та консультація ангіохірурга.

**Вимоги до дієтичних призначень та обмежень**

Хворі на артеріальну гіпертензію повинні отримувати дієту із обмеженням солі до 5 г на добу. Хворим з гіперхолістеренемією обмежується вживання тваринних жирів та інших продуктів, які містять холестерин. Рекомендується дієта збагачена W-3 поліненасиченими жирними кислотами (морська риба). При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі. При наявності шкідливих звичок - відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку**

У випадку втрати працездатності хворі направляються на МСЕК. Відмова від роботи в нічний час, нормалізація режиму сну та відпочинку. Оптимізація фізичної активності. Не рекомендується перебування під прямими сонячними променями, переохолодження та перегрівання.