



# Клинические особенности и основные факторы риска начальных форм цереброваскулярной болезни

Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, М.Дж. Джалолова, Т.Б. Тоджиддинов

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Обследовано 100 больных с начальными формами цереброваскулярной болезни в возрасте 40-59 лет. Из них 39 – с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения и 61 – с дисциркуляторной энцефалопатией 1 степени. Основным фактором риска в обеих группах была артериальная гипертензия (61%). Субъективная неврологическая симптоматика у обследованных пациентов выражается снижением памяти (98,7%) и внимания (96,4%), головной болью (80%), несистемным головокружением (25,9%), шумом в голове (21,7%). Причиной, ухудшающей самочувствие пациентов, является длительная головная боль.

**Ключевые слова:** начальные формы цереброваскулярной болезни, головная боль, когнитивные нарушения

**Актуальность:** Изучение цереброваскулярных болезней (ЦВБ) – одно из приоритетных направлений в современной неврологии. Смертность от ЦВБ уступает лишь смертности от заболеваний сердца и опухолей всех локализаций и достигает в экономически развитых странах 11-12% [1]. Наряду с высокой смертностью, нарушения мозгового кровообращения являются ведущей причиной инвалидизации у взрослых, обуславливая до 80% частичной и до 10% полной нетрудоспособности [2].

Ведущее место по распространённости в структуре цереброваскулярной патологии занимает синдром начальных проявлений недостаточности мозгового кровообращения. По данным НИИ неврологии РАМН, частота начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга составляет 4,8-8,1% среди мужчин от 20 до 54 лет, занимая в общей структуре ЦВБ до 70%. Данные скринингов популяции показали увеличение сосудистых заболеваний головного мозга с каждым десятилетием жизни, а среди лиц старше 40 лет происходит резкий скачок ЦВБ, в то же время, в возрастной группе 40-59 лет преобладают начальные формы хронических ЦВБ [3]. Очевидно, что чем раньше будет выявлен патологический процесс и начато лечение, тем больше вероятность предотвратить развитие осложнений и тяжёлых форм заболеваний [4].

Республика Таджикистан является одним из регионов, где на протяжении нескольких лет имеет место влияние неблагоприятных социально-экономических и стрессовых факторов на здоровье населения. Наличие длительно существующего психоэмоциональ-

ного стресса, депрессии, а также факторов внешней среды (климатического, экологического, метеорологического), дисбаланс в питании привели к росту сердечно-сосудистой патологии, а вместе с тем, и цереброваскулярных заболеваний. Подробный клинико-эпидемиологический анализ с учётом распространённости, заболеваемости, определения факторов риска в Республике Таджикистан не проводился. Следует иметь в виду, что данные статистического анализа прошлых лет не дают удовлетворительной информации по данному заболеванию в популяции, что препятствует совершенствованию качества оказываемой медицинской помощи больным, профилактики цереброваскулярных заболеваний. Изучение как острых, так и хронических форм нарушений мозгового кровообращения имеет огромное значение для здравоохранения Таджикистана.

**Цель исследования.** Изучить клинические особенности и выявить основные факторы риска развития начальных форм цереброваскулярной патологии.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе 6-го отделения Городского центра здоровья №1 г. Душанбе. Обследовано 100 больных (39 мужчин, 61 женщина) в возрасте 40-59 лет (средний возраст  $52,0 \pm 4,8$ ) с начальными формами цереброваскулярной болезни. Диагноз: начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения (НПНКМ) был поставлен на основании критериев Шмидта (1985) [5]. В исследование не включались пациенты, у которых наличие симптомов НПНКМ и дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) 1 степени могло быть связано с другими причинами, такими как травмы головного

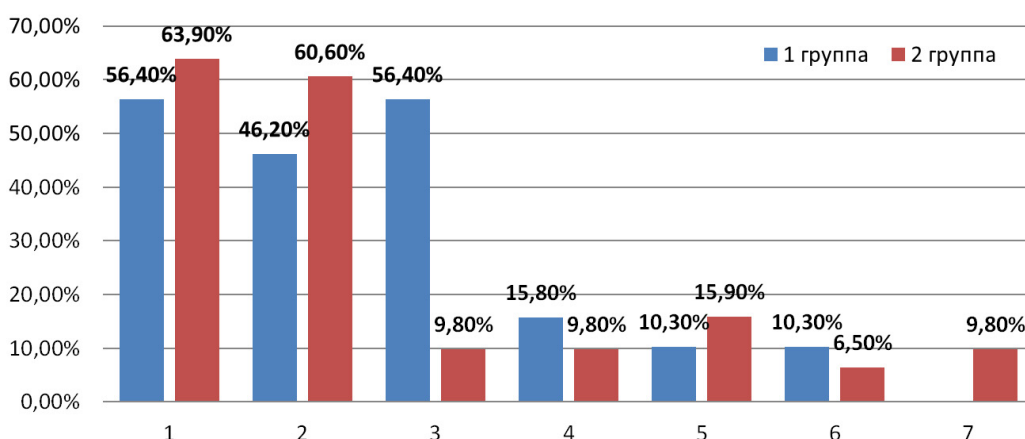


РИС. 1. ФАКТОРЫ РИСКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ В ПОПУЛЯЦИИ 40-59 ЛЕТ  
(1 – АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, 2 – ОЖИРЕНИЕ, 3 – НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ ПО ЦВБ, 4 – НИЗКАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ, 5 – ИБС, 6 – АРИТМИЯ, 7 – САХАРНЫЙ ДИАБЕТ)

мозга, инфекционными и тяжёлыми соматическими заболеваниями. В ходе обследования пациентов выяснялись их анамнестические данные (с учётом возможных факторов риска развития цереброваскулярных заболеваний, сопутствующей патологии, особенно сердечно-сосудистой системы), проводились общий осмотр, исследование неврологического статуса, измерение уровня АД аускультативным методом, консультации терапевта, эндокринолога для исключения выраженной соматической патологии. Индекс массы тела оценивали формулой Кетле ( $\text{вес}/\text{рост}^2$ ). Для проверки когнитивных функций использовались тест Мюнстерберга и проба Лурия. Психическое состояние оценивали Модифицированной госпитальной шкалой тревоги и депрессии [6]. Во время скрининга выявили 39 больных с синдромом НПНМК (1 группа) и 61 больного с ДЭ 1 степени (2 группа).

Статическая обработка данных проводилась с использованием методов математической статистики. Данные представлены в виде: среднее  $\pm$  стандартная ошибка ( $M \pm SE$ ) – для количественных признаков; в виде процентов от числа суммарной выборки (для качественных признаков).

**Результаты и их обсуждение.** Основным фактором риска в обеих группах была артериальная гипертензия (АГ), которая выявлена у 61 человека. На втором месте среди осмотренных составил контингент людей, страдающих ожирением ( $n=55$ ). Особую группу риска по ЦВБ составляют лица, страдающие ишемической болезнью сердца (ИБС) [7], которая в нашем исследовании была выявлена у 15 человек и, в основном, во 2 группе (15%). Наряду с ИБС, аритмия была выявлена у 8 человек. Сахарный диабет, как причина развития ЦВБ, была выявлена у 6 обследованных, причём, только во 2 группе (рис. 1).

У большинства больных выявлен не один фактор риска, а, как правило, сочетание нескольких факто-

ров. Чаще всего сочетаются артериальная гипертензия и ожирение ( $n=40$ ); артериальная гипертензия и сахарный диабет ( $n=4$ ); ожирение, сахарный диабет и артериальная гипертензия ( $n=4$ ).

Наши данные по факторам риска развития начальных форм ЦВБ соответствуют результатам исследований, полученных Ким И.В., Кравченко М.А. [5,8]. Такие факторы риска, как применение алкоголя и курение у осмотренных встречались реже, в связи с тем, что большинство обследуемых были лица женского пола, а также с особенностью традиций и восточного менталитета населения.

Основной жалобой в обеих группах была головная боль (80%). В результате анализа особенностей головной боли по частоте, давности, характеру, времени возникновения, продолжительности и интенсивности выявлены следующие данные. У 31% пациентов 1 группы и 49% – 2 группы головная боль отмечалась 2-3 раза в неделю. Постоянная головная боль чаще наблюдалась у больных 2 группы (13% и 15,7%, соответственно). В основном, больные жаловались на головную боль в течение нескольких месяцев (41,2% больных 2 группы и 34,4% – 1 группы). Больные давали разные характеристики головным болям: сжимающая, давящая, пульсирующая, распирающая, покалывающая, тяжесть в голове, но, в основном (44,8% – в 1 группе, 56,8% – во 2 группе) отмечали тяжесть в голове. Головная боль после сна или в первой половине дня беспокоила 20,7% больных 1 группы и 39,2% – 2 группы. В большинстве же случаев (75,9% – 1 группы и 56,9% – 2 группы) головные боли возникали во второй половине дня, протекая по типу головной боли напряжения. На головокружение и шум в голове жаловались реже. Головокружение было обнаружено в 10 случаях среди больных 1 группы и в 16 – 2 группы. На шум в голове жаловались в таких же соотношениях (рис. 2).

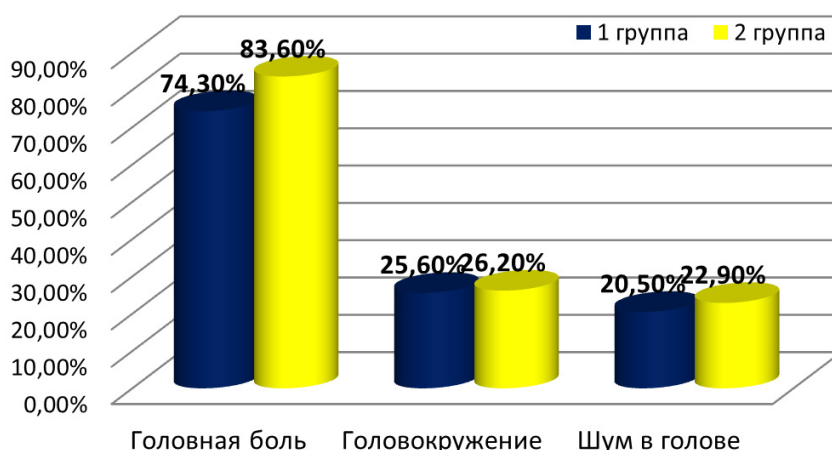


РИС. 2. ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ В ИССЛЕДУЕМЫХ ГРУППАХ

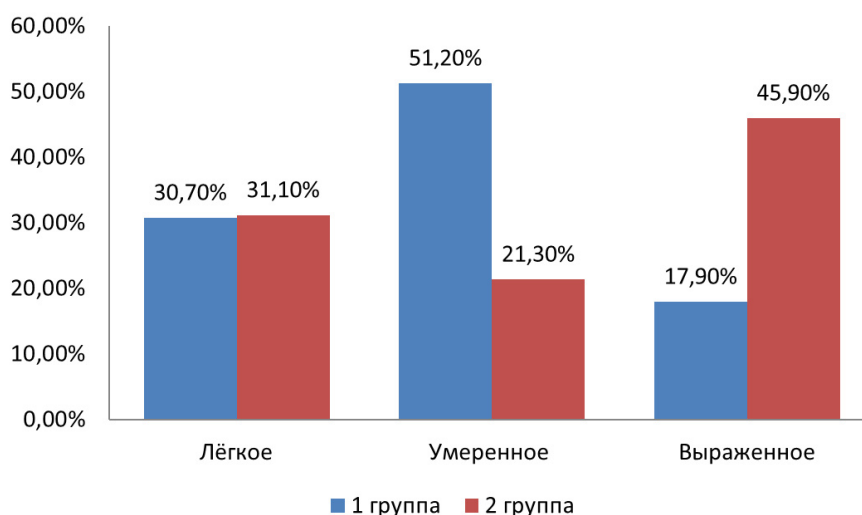


РИС. 3. НАРУШЕНИЕ ПАМЯТИ (ПО ПРОБЕ ЛУРИЯ)

Наряду с вышеуказанными жалобами, у больных 2 группы при осмотре наблюдались неврологические микросимптомы (асимметрия носогубной складки, девиация языка), тремор рук. Из анамнеза выяснилось, что больные 2 группы перенесли транзиторные ишемические атаки и гипертонические кризы.

По данным теста Мюнстерберга у пациентов 1 группы отмечалась разная степень нарушения концентрации внимания: у 35,8% больных выявлены выраженные нарушения внимания, у 2,5% – отмечалось умеренное нарушение внимания, у 56,4% – определили лёгкое нарушение внимания, и только 5,2% больных смогли за предоставленное время найти нужное количество слов. У пациентов 2 группы нарушение внимания было более выраженным: у 44,2% – наблюдалось выраженное нарушение, у 16,3% – умеренное нарушение и 37,7% – лёгкое нарушение.

Проба Лурия позволила установить, что в 1 группе, в основном (51,2%), наблюдались умеренные нарушения памяти, во 2 группе чаще (45,9%) отмечались выраженные нарушения памяти (рис. 3).

Кроме когнитивных нарушений, у больных выявили тревожно-депрессивный (церебрастенический) синдром. У 38,4% больных 1 группы наблюдался лёгкий и у 29% больных 2 группы выраженный тревожно-депрессивный синдром по модифицированной госпитальной шкале тревоги и депрессии.

Субъективная неврологическая симптоматика в исследуемых группах не отличалась, однако имелись различия в частоте предъявляемых жалоб. Если 74,3% больных 1 группы жаловались на головную боль, то во 2 группе – 83,6%. Другие симптомы также чаще встречались у больных 2 группы.



Анализ жалоб больных свидетельствует о гетерогенности проявлений начальных форм ЦВБ, на которые больные, в большинстве случаев, не обращают особого внимания, связывая с обыкновенными проявлениями утомления, или проявлениями соматического заболевания. Это исследование и данные литературы [9,10] дают основание проводить более тщательный осмотр и сбор анамнеза данной категории людей.

Оценка психического и когнитивного статуса также выявила более выраженные нарушения у больных 2 группы. Согласно нашим результатам и данным литературы [11], для начальных форм ЦВБ характерно преобладание таких клинических проявлений, как церебрастенический и когнитивный симптомокомплекс.

Таким образом, основными факторами риска начальных форм ЦВБ являются артериальная гипертензия, ожирение, наследственная обусловленность по ЦВБ, и эти факторы риска, в основном, не отличаются от таковых при более тяжёлых сосудистых заболеваниях мозга. В связи с чем, следует уделять особое внимание диагностике начальных форм ЦВБ с целью проведения ранней и своевременной профилактики острых нарушений мозгового кровообращения. Субъективная неврологическая симптоматика у пациентов с начальными формами ЦВБ выражается головной болью, несистемным головокружением, шумом в ушах, снижением памяти и внимания. Самой частой причиной, ухудшающей общее состояние пациентов, является длительная головная боль.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е.И. Эпидемиология инсульта в России / Е.И.Гусев, В.И.Скворцова, Л.В. Стаховаская. / *Coneilium Medicum*. – 2003. – № 5. – С.12-18
2. Alberts M.J. Ischemic stroke / M.J.Alberts // *Cerebrovascular Diseases*. – 2002. – Vol. 13. – P.12-16.
3. Суслина З.А. Сосудистые заболевания головного мозга / З.А.Суслина, Ю.Я. Варакин, Н.В.Верещагин. – М.: «Медпресс-информ». – 2006. – 254с.
4. Факторы риска, цереброваскулярная и кардиальная патология, выявляемые при скрининге открытой популяции / М.А.Кравченко [и др.] // *Материалы XIV Международной конференции «Возрастные аспекты неврологии»*. – Судак. – 2012. – С.55-57.
5. Шмидт Е.В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга / Е.В. Шмидт // *Журнал невропатол. и психиатр.* – 1985. – Т. 85, № 9. – С.1281-1288.
6. Zigmond A.S. The hospital anxiety and depression scale / A.S.Zigmond, R.P.Snaith // *Acta. Psychiat. Scand.* – 1983. – Vol. 67. – P.361-367.
7. Суслина З.А. Кардионеврология: современное состояние и перспективное направление / З.А.Суслина, А.В.Фонякин, Л.А.Гераскина // *Вестник академии медицинских наук* – 2012. – № 2. – С.4-11.
8. Ким И.В. Применение скрининговой методики для выявления хронических форм цереброваскулярных заболеваний в учреждениях первичного звена здравоохранения / И.В.Ким, Е.В.Бочкарева, Ю.Я.Варакин, Е.В.Кокурина // *Профилактическая медицина*. – 2013. – Т.16, № 4.– С.27-30.
9. Александрийский А.А. Особенности начальных проявлений недостаточности мозгового кровообращения у пациентов с различным уровнем артериального давления / А.А.Александрийский, А.Е.Новиков, С.С.Мазина // *Вестник новых медицинских технологий*. – 2006. – Т.13, № 3. – С.74-77.
10. Сахарова Н.Ю. Начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга и дисциркуляторная энцефалопатия у работающих железнодорожников: дис... канд. мед. наук / Н.Ю.Сахарова. – СПб. – 2008. – 138с.
11. Хяникяйнен И.В. Профилактика начальных проявлений недостаточности мозгового кровоснабжения в организованных воинских коллективах: дис... канд. мед. наук / И.В.Хяникяйнен. – СПб. – 2009. – 259с.



# Summary

## Clinical features and main risk factors of initial form of cerebrovascular disease

R.A. Rakhmonov, M.B. Isoeva, M.J. Jalolova, T.B. Tojiddinov

*Chair of Neurology and Bases of Medical Genetics Avicenna TSMU*

The study involved 100 patients with early forms of cerebrovascular disease at the age of 40-59 years. The initial manifestations of cerebrovascular insufficiency were in 39, discirculatory encephalopathy I degree - in 61 patients. The main risk factor in both groups was hypertension (61,0%). Subjective neurological symptoms in the examinees manifested by memory loss (98,7%) and attentionlack (96.4%), headache (80,0%), non-systemic dizziness (25,9%), noise in the head (21,7%). The reason impairing health of patients is prolonged headache.

**Key words:** initial forms of cerebrovascular disease, headache, cognitive impairment

### АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

**Рахмонов Рахматулло Азизович** –  
заведующий кафедрой неврологии  
и основ медицинской генетики ТГМУ;  
Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони, 59а  
E-mail: rahmonov-r@mail.ru