

З.А.Суслина, Ю.Я.Варакин

**КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО
ПО РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ,
ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ
СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ГОЛОВНОГО МОЗГА**

2-е издание



Москва
«МЕДпресс-информ»
2017

УДК 616-009.86
ББК 54.10
С89

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Авторы:

Суслина Зинаида Александровна – докт. мед. наук, профессор, академик РАН, директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр неврологии» РАН с 2003-го по 2014 г.

Варакин Юрий Яковлевич – докт. мед. наук, профессор, руководитель лаборатории эпидемиологии и профилактики заболеваний нервной системы Федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр неврологии» РАН

Суслина З.А.

С89 Клиническое руководство по ранней диагностике, лечению и профилактике сосудистых заболеваний головного мозга / З.А.Суслина, Ю.Я.Варакин. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2017. – 352 с. : ил.
ISBN 978-5-00030-459-4

Книга содержит современные данные не только об острых, но и о хронических нарушениях мозгового кровообращения, в том числе таких широко распространенных, как начальные проявления недостаточности кровоснабжения головного мозга и дисциркуляторная энцефалопатия. Представлены материалы о регуляции артериального давления и гипертензивных кризах. Излагаются современные представления о развитии атеросклероза и коррекции нарушений липидного обмена. Сообщаются результаты новой для нашей страны профилактической операции при атеросклерозе магистральных и внутримозговых артерий – ангиопластики со стентированием. Представлены данные о профилактическом применении антиагрегантов, основных классов антигипертензивных препаратов, коррекции нарушений когнитивных функций. При изложении материала наряду с собственными данными приводятся национальные рекомендации кардиологов, а также зарубежные методические рекомендации.

УДК 616-009.86
ББК 54.10

ISBN 978-5-00030-459-4

© Суслина З.А., Варакин Ю.Я., 2017
© Оформление, оригинал-макет, иллюстрации.
Издательство «МЕДпресс-информ», 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

Сокращения	7
Введение	8
Глава 1. Клинические формы сосудистых заболеваний головного мозга. Патогенетическая гетерогенность нарушений мозгового кровообращения	11
1.1. Классификация сосудистых поражений головного мозга	11
1.2. Острые нарушения мозгового кровообращения	17
1.2.1. Преходящие нарушения мозгового кровообращения	17
1.2.2. Регуляция артериального давления. Артериальная гипертензия. Гипертензивные церебральные кризы	21
1.2.3. Острая гипертензивная энцефалопатия	36
1.2.4. Инсульт	37
1.3. Хронические формы цереброваскулярной патологии	47
1.3.1. Дисциркуляторная энцефалопатия	49
1.3.2. Сосудистая деменция	55
1.3.3. Начальные проявления недостаточности кровообращения головного мозга	58
Литература	64
Глава 2. Эпидемиология сосудистых заболеваний головного мозга	67
2.1. Эпидемиологические методы изучения болезней системы кровообращения	67
2.2. Данные статистики смертности от болезней системы кровообращения и сосудистых заболеваний головного мозга	72
2.3. Основные итоги исследований НИИ неврологии РАМН и сотрудничающих центров по проблеме Регистр инсульта	85
2.3.1. Основные итоги исследований НЦН РАМН (ранее НИИ неврологии АМН СССР) в сотрудничестве с неврологами ряда городов России по программе «Регистр инсульта», разработанной НЦН РАМН	85
Глава 3. Факторы риска нарушений мозгового кровообращения	91
3.1. Общая характеристика факторов риска	91

3.2. Факторы риска развития первичного ишемического инсульта	96
3.3. Факторы риска развития геморрагического инсульта	96
3.4. Характеристика отдельных факторов риска	96
3.4.1. Артериальная гипертензия	96
3.4.2. Заболевания сердца	109
3.4.3. Транзиторные ишемические атаки	112
3.4.4. Атеросклеротические бляшки дуги аорты	114
3.4.5. Бессимптомный стеноз сонных артерий	114
3.4.6. Курение	117
3.4.7. Нарушения углеводного обмена	117
3.4.8. Нарушения липидного обмена	119
3.4.9. Метаболический синдром	121
3.4.10. Алкоголь	122
3.4.11. Оральные контрацептивы. Заместительная гормональная терапия	124
3.4.12. Гомоцистеин	125
3.4.13. Гемостатические факторы (состояния гиперкоагуляции)	125
3.4.14. Воспалительный процесс. С-реактивный белок	129
3.4.15. Апноэ во сне	129
3.4.16. Субклинические проявления сосудистой патологии головного мозга	130
3.4.17. Образ жизни	132
3.4.18. Некорректируемые факторы (маркеры риска)	133
3.4.19. Клинический синдром начальных проявлений недостаточности кровоснабжения головного мозга ...	133
3.4.20. Сочетание факторов риска	136
3.4.21. Риск развития повторного инсульта	136
3.5. Распространенность отдельных факторов риска в популяции	137
Литература	139
Глава 4. Важнейшие контролируемые исследования по профилактике инсульта	144
4.1. Общие положения	144
4.2. Программы контроля артериальной гипертензии	147
4.3. Программы многофакторной профилактики	157
4.4. Программы предотвращения кардиоэмболического инсульта	159
4.5. Антиагреганты в предотвращении инсульта	165
4.6. Ангиохирургические методы предотвращения острых нарушений мозгового кровообращения у пациентов с атеросклерозом магистральных и внутримозговых артерий	173

4.7. Коррекция нарушений липидного обмена и профилактика инсульта	181
4.8. Заместительная гормональная терапия у женщин в постменопаузе и профилактика инсульта	189
4.9. Профилактическое применение антиоксидантов	190
Литература	191
Глава 5. Стратегия профилактики болезней системы кровообращения. Медицинские аспекты	195
5.1. Стратегия профилактики болезней системы кровообращения	195
5.2. Медицинские аспекты профилактики острых нарушений мозгового кровообращения	199
5.3. Клинико-эпидемиологический подход к профилактике острых нарушений мозгового кровообращения	206
5.4. Предотвращение нарушений мозгового кровообращения у больных артериальной гипертензией	208
5.5. Предотвращение кардиоэмболического инсульта у больных с нарушениями ритма сердца	218
5.6. Предотвращение повторных острых нарушений мозгового кровообращения у больных с транзиторными ишемическими атаками или «малым» инсультом	223
5.7. Профилактическое применение антиагрегантов	226
5.8. Медикаментозная коррекция нарушений липидного обмена у лиц с ишемической болезнью сердца, а также с атеросклеротическим поражением сонных артерий	232
5.9. Профилактическое и клиническое применение лекарственных препаратов у пациентов с болезнями системы кровообращения	237
Литература	248
Глава 6. От профилактики инсульта к предотвращению развития цереброваскулярных заболеваний в целом (острых нарушений мозгового кровообращения и хронической цереброваскулярной патологии)	250
6.1. Патогенетические механизмы острой и хронической патологии головного мозга	250
6.2. Нарушения когнитивных функций при хронической цереброваскулярной патологии	268
6.3. Основные направления медикаментозной коррекции нарушения когнитивных функций у пациентов с хронической цереброваскулярной патологией	271
Литература	279
Заключение	282

Приложения	288
Приложение 1. Унифицированная карта-вопросник для выявления лиц с цереброваскулярной патологией при скрининге популяции (с комментариями, 2010)	288
Приложение 2. Регистр инсульта. Карта больного	306
Приложение 3. Вопросник Роуза	330
Приложение 4. Запоминание 10 слов (непосредственное и отсроченное). Проба А.Р.Лурия	334
Приложение 5. Вопросник для выявления синдрома вегетативной дистонии	337
Приложение 6. Тест Мюнстерберга	338
Приложение 7. Модифицированная «Госпитальная шкала тревоги и депрессии»	340
Приложение 8. Вопросник для выявления лиц, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения и страдающих хронической цереброваскулярной патологией	342
Приложение 9. Скандинавская шкала тяжести инсульта	344
Приложение 10. Шкала Бартель	345

ВВЕДЕНИЕ

Президентом и Правительством Российской Федерации были разработаны основные положения демографической политики, выделены приоритетные национальные проекты. В частности, в рамках Федеральной целевой программы «Предотвращение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2012 гг.» осуществлялась подпрограмма «Артериальная гипертензия». В Указе Президента РФ от 7 мая 2012 г. №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» обозначены основные цели государственной политики, направленной на сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации и увеличение продолжительности их жизни. В частности, ставится задача обеспечить к 2018 г. снижение смертности от БСК до 649,4 случая на 100 тыс. населения. В 2009 г. этот показатель составлял 801 случай на 100 тыс. населения.

Поставленная задача требует совместных усилий государственных органов и учреждений здравоохранения по формированию здорового образа жизни населения, под которым понимается сбалансированность питания, оптимизация уровня физической активности, отказ от курения и злоупотребления алкоголем. Уровень здоровья населения определяется, кроме того, состоянием окружающей среды (качество воды, содержание токсических продуктов в отходах промышленных предприятий и др.).

Из медицинских мероприятий для снижения показателей смертности от cerebrovasкулярных заболеваний (ЦВЗ) населения в целом важнейшими являются:

- активное выявление и адекватное лечение пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и другими факторами риска БСК, *а также*
- выявление и диспансерное наблюдение за лицами с начальными проявлениями сосудистых заболеваний головного мозга, так как причиной смерти от ЦВЗ более чем в половине случаев становится хроническая цереброваскулярная патология (ЦВП).

В структуре общей смертности населения России доминируют 3 класса болезней:

- БСК (56,4% от общего числа смертельных случаев),
- новообразования (14,6%) и
- внешние причины (9,5%).

С этими тремя классами болезней связано 80,5% всех смертельных случаев. В структуре смертности от БСК 52,7% составляют случаи смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) и 30,9% – от ЦВЗ.

Показатель общей смертности населения в России существенно выше, чем в большинстве экономически развитых стран мира, особенно это касается смертности от ЦВЗ.

Эпидемиологические исследования Научного центра неврологии (НЦН) РАМН (популяционный Регистр инсульта), проводившиеся в различных регионах России с 1972 г., показали, что необычайно высокие показатели смертности от ЦВЗ в России (в 5–6 раз выше, чем в большинстве других стран) связаны не только с различиями заболеваемости и смертности от инсульта, но также с недостаточной корректностью диагностики ЦВЗ как основной причины смерти от данной патологии в России.

В последние годы в нашей стране наметилась тенденция к снижению как показателей общей смертности, так и смертности от ЦВЗ и внешних причин.

Расчеты, основанные на данных Регистров (с учетом частоты новых случаев заболевания в различных регионах России, среди городского и сельского населения), позволяют ориентировочно оценить количество инсультов, происходящих ежегодно в нашей стране. Примерное их число составляет около 400 тыс. ежегодно, причем лишь 8–10% инсультов оказываются относительно легкими и заканчиваются восстановлением нарушенных функций уже в первые 3 недели заболевания. В остальных случаях расстройства движений, речи, когнитивных функций оказываются более выраженными и стойкими.

Обоснованно считается, что инсульт легче предотвратить, чем добиться восстановления утраченных функций, а тем более полного излечения пациента. В настоящее время хорошо разработаны методологические основы профилактики острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), подтверждены реальная возможность и высокая эффективность ряда направленных их предотвращения.

При подготовке к проведению профилактической работы необходимо решить несколько задач.

Важно иметь достоверную информацию о масштабах проблемы – частоте возникновения новых случаев и распространенности ЦВЗ, а также о тенденциях изменения указанных показателей. Эти данные необходимы для оценки объема предстоящей работы, а в дальнейшем, при проведении повторного эпидемиологического исследования, такие данные помогут оценить ее эффективность.

Например, анализ динамики показателей заболеваемости инсультом позволит уточнить реальную эффективность осуществляемой в регионе целевой программы профилактики осложнений АГ.

К сожалению, эти данные нельзя получить из статистических материалов учреждений здравоохранения. Иллюстрацией такого утверждения может служить ситуация с АГ. Многочисленные исследования, проведенные как за рубежом, так и в нашей стране, показали, что ее распространенность среди населения составляет 30–40%. В то же время, официальная статистика здравоохранения в течение последних 30 лет ежегодно приводит одни и те же данные – согласно им, распространенность АГ составляет всего 5–10%.

Еще более сложным является положение со статистикой по ЦВЗ. Органы управления здравоохранением не располагают адекватной информацией даже о частоте новых случаев такого тяжелого заболевания, каким является инсульт.

В начале 1970-х годов Научно-исследовательский институт неврологии Академии медицинских наук СССР (НИИ неврологии) стал реализовывать первую в нашей стране программу Регистра инсульта.

Работу планировалось провести в одном из районов Москвы. Эта идея вначале не получила поддержки в районном отделе здравоохранения, руководство которого, основываясь на своих данных медицинской статистики, считало, что масштаб проблемы относительно небольшой, так как в течение года у жителей района с населением 200 тыс. человек происходит менее 100 инсультов.

Однако работа Регистра показала, что реальное количество инсультов в 5–6 раз больше и больные далеко не всегда получают адекватную медицинскую помощь в острой стадии заболевания. Кроме того, в районе проживают более 1000 больных с последствиями инсульта, которым требуется восстановительная терапия.

В монографии излагаются важнейшие концептуальные положения современной ангионеврологии, имеющие непосредственное отношение к профилактике ОНМК, такие как факторы риска заболеваний системы кровообращения, представления об инсульте как о клиническом синдроме и его патогенетической гетерогенности, о двух важнейших стратегиях профилактики (популяционной и высокого риска).

Рассматриваются основные направления первичной и вторичной профилактики, которые не являются идентичными, обсуждаются методические вопросы и технология выявления лиц, нуждающихся в такой помощи.

Приводятся конкретные клинические рекомендации по профилактике инсульта у больных АГ, нарушениями ритма сердца, патологией магистральных артерий головы (МАГ), преходящими нарушениями мозгового кровообращения (ПНМК).

Дается характеристика лекарственных препаратов (антигипертензивных, антиагрегантов и антикоагулянтов, гиполипидемических), эффективность которых в отношении профилактики ЦВЗ является общепризнанной.

ГЛАВА 1. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ГЕТЕРОГЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

1.1. Классификация сосудистых поражений головного мозга

Ангионеврология – активно развивающаяся область неврологии, имеющая отношение как к клиническим, так и к теоретическим, базовым наукам о нервной системе. В ее рамках изучаются закономерности и взаимосвязи кровоснабжения, метаболизма, структуры и функционирования головного и спинного мозга. В последние годы достигнуты значительные успехи в понимании процессов регуляции мозгового кровообращения и их нарушений при АГ и атеросклерозе, что способствовало разработке современных методов диагностики, лечения, а также профилактики сосудистых поражений головного мозга.

Важнейшим фактором, позволяющим систематизировать имеющиеся данные в каждой клинической дисциплине, является классификация, которая отражает имеющиеся на данный момент представления о патогенезе и клинических проявлениях конкретных форм патологии, и может как применяться в практической деятельности врача, так и удовлетворять требованиям научного исследования и обобщения клинических данных, а также дает возможность сопоставления данных отечественных и международных исследований.

В коллективной монографии НИИ неврологии 1975 г. «Сосудистые заболевания нервной системы» подчеркнуто, что классификация ЦВЗ должна включать следующие разделы: 1) основные заболевания и патологические состояния, приводящие к нарушению кровоснабжения головного мозга; 2) характер нарушения кровоснабжения головного мозга; 3) локализация очагового поражения головного мозга; 4) характер и локализация изменений сосудистой системы; 5) клиническая характеристика неврологического синдрома; 6) состояние трудоспособности больного.

Создание национальной классификации ЦВЗ – сложный и многоэтапный процесс, занимающий не одно десятилетие; и в то же время процесс этот непрерывный, не заканчивающийся утверждением и публикацией конкретных материалов. Неизбежно появление новых знаний, требующих внесения корректив в текущую классификацию.

Н.К.Боголепов предложил в 1963 г. классификацию сосудистых поражений нервной системы, в которой «основой группировки отдельных форм нарушений мозгового кровообращения являлись учет комплекса клинических и патофизиологических признаков... а также отражение понятия об острой и хронической недостаточности мозгового кровообращения».

Классификация недостаточности мозгового кровообращения (Боголепов Н.К., 1963)

I. Острая недостаточность мозгового кровообращения

1) инсульты

а) геморрагический:

- очаговые геморрагии (эпи- и субдуральные, вентрикулярные, субарахноидальные, интрацереbellарные, стволовые, интрацеребральные);
- диффузные микрогеморрагии;

б) ишемический:

- эмболия;
- поражение спинного мозга при патологии аорты;
- нетромботическое размягчение при поражении магистральных экстракраниальных сосудов;
- тромбоз мозговых сосудов;

в) венозный (тромбоз синуса, флебит мозговых вен);

2) сосудистые церебральные кризы

а) кризы с симптомами локальной ремиттирующей ишемии головного мозга (вертебрально-базилярный синдром, каротидный синдром);

б) сочетание церебрально-экстрацеребральных кризов:

- церебрально-плеторический, церебрально-акроспастический, церебрально-абдоминальный, церебрально-ренальный, коронарно-церебральный;
- ангиодистонические, ангиодистрофические, церебрально-дистрофические;

3) ангиодистонические пароксизмы:

а) мигрень;

б) обморок;

в) эпизодические расстройства двигательных, речевых и других функций в результате преходящей мозговой ишемии без инфаркта головного мозга.

II. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения:

а) компенсированная;

б) субкомпенсированная;

в) ремиттирующая;

г) декомпенсированная.

Предложенная классификация оказалась сложной, избыточной многочисленными деталями, что затрудняло ее применение на практике (рис. 1.1). В то же время ее преимуществом было выделение не только острой, но и хронической недостаточности мозгового кровообращения, с которой врачи-неврологи встречаются в реальной клинической практике ежедневно и которая



Рис. 1.1. Классификация недостаточности мозгового кровообращения (Боголепов Н.К., 1963).

отсутствует как в отечественной классификации ЦВЗ, так и в международной – МКБ-10.

Е.В.Шмидт и Г.А.Максудов предложили свою классификацию сосудистых поражений головного и спинного мозга, которая была впервые опубликована в 1971 г. (Шмидт Е.В., Максудов Г.А., 1971), а окончательный вариант появился в 1985 г. после предварительного обсуждения на ведущих кафедрах неврологии и пленуме Научного совета по неврологии АМН СССР (Шмидт Е.В., 1985). Эта классификация является в настоящее время основной отечественной классификацией сосудистых поражений головного и спинного мозга. Приводим раздел II данной классификации.

Раздел II. Нарушения мозгового кровообращения

А. Начальные проявления недостаточности кровоснабжения головного мозга

Б. Преходящие нарушения мозгового кровообращения

1. Транзиторные ишемические атаки
2. Гипертензивные церебральные кризы
- 2.0. Общемозговые

мозг АГ. КТ или МРТ позволяют выявить морфологический субстрат заболевания – при сосудистой деменции визуализируются как поверхностные, корковые, так и множественные глубинно расположенные мелкие инфаркты, а также диффузные изменения белого вещества в глубоких отделах головного мозга.

В последние годы особенное внимание привлекает «смешанная» деменция, под которой понимают состояние, возникающее в результате взаимодействия двух или нескольких патологических процессов. Наиболее частым является сочетание болезни Альцгеймера и ЦВЗ (Левин О.С., 2010). Результаты патоморфологических исследований показывают, что 50% пациентов с болезнью Альцгеймера имеют различную ЦВП. С другой стороны, 80% больных с сосудистой деменцией имеют изменения головного мозга различной выраженности, как при болезни Альцгеймера. По своему нейропсихологическому профилю больные со смешанной деменцией ближе к пациентам, страдающим болезнью Альцгеймера. «Сосудистый компонент» может способствовать более раннему дебюту заболевания. По мере углубления нарушений когнитивных функций дальнейшее прогрессирование деменции определяется в основном течением нейродегенеративного процесса. Складывается впечатление, что в чистом виде ЦВЗ сравнительно редко бывает причиной деменции, чаще оно лишь усугубляет проявления нейродегенеративной патологии, которая является более частой причиной деменции как в пожилом, так и в пресенильном возрасте.

Начиная с ранних этапов развития деменции когнитивные нарушения могут иметь следующие проявления:

1. Рассеянность, неспособность к длительной концентрации внимания.
2. Повышенная забывчивость.
3. Трудности в подборе слов.
4. Снижение инициативы и неспособность к переключению внимания.
5. Нарушения ориентации во времени и пространстве.
6. Ослабление критики.
7. Затруднения при выполнении привычных действий.
8. Нарушения абстрактного мышления.

В большинстве случаев деменция, в том числе и при ДЭ, развивается постепенно, и лишь со временем выраженность нарушений достигает степени социальной дезадаптации. Поэтому в настоящее время стали уделять особенное внимание пациентам с начальными проявлениями нарушения когнитивных функций.

Легкие когнитивные нарушения. Снижена концентрация и устойчивость внимания, что проявляется в некотором затруднении при выполнении психологических проб, предусматривающих временные ограничения. Имеющиеся расстройства укладываются в рамки закономерного возрастного изменения памяти, внимания, умственной работоспособности.

Легкие когнитивные нарушения практически не отличаются по симптоматике от начальных проявлений недостаточности кровоснабжения головного мозга и ДЭ I стадии.

Умеренные когнитивные нарушения. Их значимость определяется прогнозом. Почти у 15% больных с указанными расстройствами в течение года развивается деменция. В то же время, почти у 20% больных со временем происходит улучшение когнитивных функций. Диагностические критерии умеренных когнитивных нарушений включают:

1. Жалобы на когнитивные проблемы со стороны пациента и/или членов его семьи.
2. Указания со стороны пациента или его близких на заметную отрицательную динамику состояния когнитивных функций.
3. Выявление при клиническом исследовании нарушения памяти, зрительно-пространственных и других функций.
4. Отсутствие влияния выявленных нарушений на повседневную активность.
5. Отсутствие деменции.

Учитывая преобладание нейродегенеративных процессов над сосудистыми при развитии деменции, следует оценить «психоорганический синдром», являющийся наиболее частым у пациентов с ДЭ I–II стадии, с этой точки зрения.

1.3.3. Начальные проявления недостаточности кровоснабжения головного мозга

Начальные проявления недостаточности кровоснабжения головного мозга – это клинический синдром, характеризующийся появлением определенного комплекса «церебральных» жалоб у пациентов с общим сосудистым заболеванием, без острых цереброваскулярных эпизодов в анамнезе и явных признаков очагового поражения головного мозга любого генеза.

Изучение синдрома начальных проявлений недостаточности кровоснабжения головного мозга началось в 1960-х годах, когда стали проводиться первые эпидемиологические исследования ЦВЗ по программе ВОЗ, в которой принял участие НИИ неврологии АМН СССР. В ходе скринингов открытой популяции обследовалась случайная выборка из мужчин и женщин в возрасте 40–59 лет (обследованы 6857 человек) (Смирнов В.Е., 1978), включавшая в числе прочих обследуемых, считавших себя практически здоровыми. Обнаружилось, что многие обследуемые хотя и не имеют хорошо известных клинических форм ЦВЗ (ПНМК, ДЭ, инсульт), однако нередко предъявляют жалобы, характерные для этих состояний – головная боль, головокружение, шум в голове, нарушения памяти, плохой сон, тревога, жалобы астенодепрессивного характера и др. Такие состояния вначале были обозначены как «случаи, подозрительные в отношении сосудистой патологии головного мозга». Очень быстро это название трансформировалось в более четкое определение – «начальные проявления недостаточности кровоснабжения головного мозга». Дальнейший анализ показал, что перечисленные жалобы могли быть следствием не только ЦВЗ, но и проявлением синдрома вегетативной дистонии, перенесенной черепно-мозговой травмы, различных соматических заболеваний и гормональных перестроек организма. Поскольку

исследование было общепопуляционным, проведен сравнительный анализ представленности указанных жалоб среди лиц в популяции без БСК и пациентов, страдающих данной патологией. Оказалось, что только пять жалоб, а именно головная боль, головокружение, шум в голове, снижение памяти и работоспособности, в несколько раз чаще отмечаются у больных, перенесших в прошлом ОНМК, по сравнению с популяцией лиц, не страдавших заболеваниями системы кровообращения. У пациентов с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения головного мозга отмечалась сходная картина с лицами, страдающими ЦВЗ: частота «церебральных» жалоб была сопоставима с таковой у больных, страдавших определенными ЦВЗ, и была значительно выше, чем их представленность среди практически здорового населения.

Лаборатория эпидемиологии и профилактики заболеваний нервной системы НЦН РАМН провела повторно такой же анализ «церебральных» жалоб на базе другого скринингового исследования открытой популяции одного из районов Москвы (мужчины и женщины в возрасте 35–64 лет), которое проводилось в 2000–2001 гг. (рис. 1.9). Всего обследовано прошли 726 человек. Оказалось, что представленность указанных пяти жалоб сходная у пациентов, перенесших ОНМК (ТИА, инсульт, тяжелые гипертензивные кризы) и у лиц с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения головного мозга. У обследованных, не имевших БСК, указанные жалобы встречались в несколько раз реже. Это не относилось к невротическим симптомам – тревоге, депрессии, нарушениям сна, которые оказались широко распространены и в популяции в целом.

Таким образом, при разработке критериев клинической диагностики начальных проявлений недостаточности кровоснабжения головного мозга

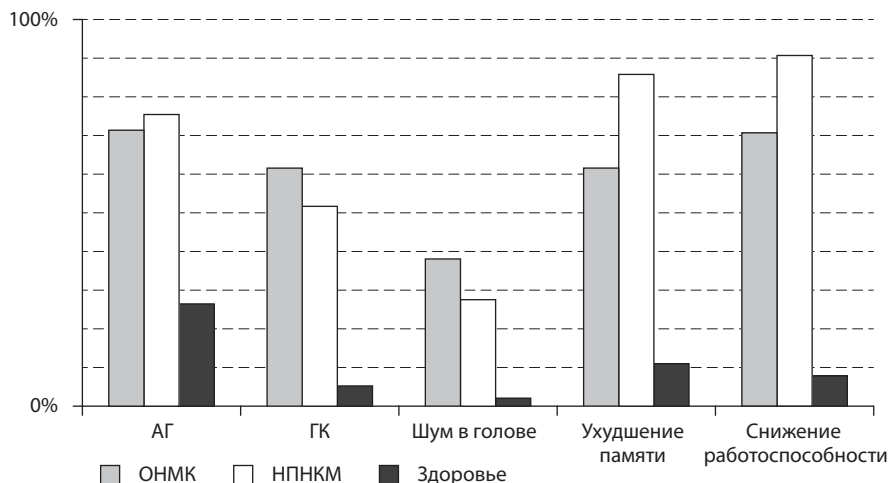


Рис. 1.9. Частота встречаемости «церебральных» жалоб (популяционные данные). ГК – гипертензивный криз.

ГЛАВА 2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

2.1. Эпидемиологические методы изучения болезней системы кровообращения

Эпидемиология – это наука о частоте развития заболеваний среди населения, ее связи с различными характеристиками человека и окружающей среды. Эпидемиология неинфекционных заболеваний является базовой медицинской дисциплиной, сформировавшейся в современном виде относительно недавно – в 1960-х годах, когда были разработаны методы популяционного исследования БСК, в том числе ЦВЗ.

На базе проведенных эпидемиологических исследований сформировались концепция факторов риска и стратегии профилактики, оформились представления о «медицине, основанной на доказательствах» и многие конкретные рекомендации для врачей по лечению и профилактике заболеваний, которые базируются в настоящее время на данных, полученных в «научных исследованиях высокого качества».

Выделены 3 уровня доказательности медицинских рекомендаций:

А – самый высокий, обоснованный данными нескольких многоцентровых контролируемых исследований со сходными результатами;

В – данные получены при выполнении отдельных контролируемых исследований;

С – рекомендации базируются только на мнении ведущих специалистов (экспертов) и не имеют экспериментального подтверждения. Эти работы стали также основой для развития новой медицинской дисциплины – клинической эпидемиологии (Fletcher R.H. et al., 1998).

Как клинические, так и эпидемиологические исследования располагают собственными методами, имеют свои особенности, положительные стороны и недостатки (см. табл. 2.1). В клинической практике у врача, как правило, имеется возможность повторного контакта с больным, для уточнения характера заболевания могут использоваться консультации других специалистов, различные лабораторно-инструментальные методы. Однако под наблюдением клинициста чаще попадают пациенты с уже сформировавшимся заболеванием, нередко на поздней и наиболее тяжелой стадии развития. Возраст и тяжесть состояния больных, помещенных в стационар, во многом зависят от имеющихся в регионе установок и правил госпитализации. Представления о конкретном заболевании определяются клиническим опытом врача, а све-

Таблица 2.1

**Эпидемиологические и клинические исследования
(особенности и различия)**

Эпидемиологическое исследование	Клиническое исследование
Активное приглашение пациентов на обследование независимо от их состояния и самочувствия	Начало обследования только после обращения пациента с определенными жалобами за медицинской помощью в ЛПУ
Использование унифицированных методов и критериев, повышающих уровень клинической диагностики (вопросники, тесты, шкалы)	Использование привычных для каждого врача методов диагностики исходя из собственного опыта и представлений о конкретном заболевании
Доступность изучения заболевания от предболезни (факторы риска) до стадии выраженной патологии	Чаще исследуются пациенты с развернутой клинической картиной заболевания
Исследуются пациенты в популяции, что позволяет получить данные о реальной представленности конкретной патологии среди населения	Полученные данные не отражают реальную частоту и распространенность изучаемой формы патологии среди населения
При проведении научного исследования группой сравнения становится популяция («популяционная норма»)	Сравнение, как правило, проводится с группой лиц с другими заболеваниями, находящимися в данный момент в стационаре
Проспективное изучение когорты позволяет выявить и оценить значимость прогностических факторов	Клинические данные позволяют сделать лишь предварительное заключение о факторах риска
Введение категории «возможный случай патологии» делает более однородным собранный клинический материал	База данных неоднородная из-за пациентов с различной степенью обоснованности диагноза
Затрудняет исследование кратковременность контакта с пациентом при одномоментном эпидемиологическом исследовании	Возможно получение дополнительной информации о пациенте (клинической и лабораторно-инструментальной)

дения о распространенности, степени тяжести и исходах болезни ограничены и нередко бывают ошибочными.

Отделы статистики медицинских учреждений располагают информацией только о лицах, которые сами обратились за помощью в поликлинику или стационар. Соответственно, статистические данные здравоохранения включают материалы, полученные при анализе обращаемости населения в ЛПУ. Эти данные разделяются на:

- общую заболеваемость;
- заболеваемость с диагнозом, установленным впервые в жизни;
- показатели госпитализации больных (данные о выбывании из стационара).

Официальными являются также данные о смертности населения.

Термином «общая заболеваемость» обозначаются все острые случаи болезни, диагностированные при обращении жителей за медицинской помощью в течение данного года, а также зарегистрированные в предыдущие годы хронические состояния, по поводу которых больные вновь обратились в данном году в ЛПУ (Максимова Т.М., 2001).

Однако в случаях, когда источником информации являются только данные обращаемости граждан за медицинской помощью, из поля зрения врача выпадает значительное количество пациентов с относительно легким течением заболевания, считающих, что медицинская помощь им не требуется.

Кроме того, при эпидемиологических исследованиях для выявления различных форм патологии, как правило, применяются унифицированные международные критерии и шкалы, лишь изредка используемые врачами ЛПУ.

Сравнение данных о распространенности заболеваний системы кровообращения, полученных при проведении эпидемиологических исследований, с официальными данными учреждений здравоохранения показывает, что статистические материалы медицинских учреждений, базирующиеся на показателях обращаемости, существенно искажены и не отражают реальную ситуацию.

Примером может служить распространенность такого достаточно легко диагностируемого заболевания, как АГ. В отчетах управлений здравоохранения ее распространенность уже много лет составляет около 5%, тогда как при целенаправленном обследовании АГ выявляется у 20% и более лиц трудоспособного возраста.

В Вологде выполнена работа (Баншиков Г.Т., 2004) по оценке эпидемиологической ситуации с АГ и оптимизации ее контроля в территориальных поликлиниках. В связи с этим в городе с 1998 г. внедрена система выявления и учета больных АГ при обращении в поликлинику по любому поводу. Получены значительно более высокие показатели распространенности АГ (23,5%), чем данные кабинета медицинской статистики обычной территориальной поликлиники (распространенность АГ – 3,5%).

Однако проведенное в это же время в Вологде эпидемиологическое исследование АГ в популяции показало, что ее распространенность существенно выше – 41,6% (более чем в 11 раз превышает официальные данные!).

Таким образом, оценка распространенности АГ по данным обращаемости в ЛПУ существенно отличается от реальной ситуации. В поликлинику попадают лица с обострением заболевания или развитием каких-либо осложнений.

Отсюда видно, что рекомендуемый подход выявления лиц с АГ путем измерения АД при любом посещении пациентом медицинского учреждения не позволяет выявить большое количество больных (до 50%), преимущественно с легкой формой АГ.

Другим базовым показателем, используемым статистикой здравоохранения, является «заболеваемость населения с диагнозом, установленным впервые в жизни». Он включает все острые заболевания, а также впервые выявленные в текущем году хронические формы болезней. Этот показатель