

Методологические аспекты скрининга цереброваскулярной болезни в общей врачебной практике

И.В. КИМ^{1*}, Е.В. БОЧКАРЕВА¹, Ю.Я. ВАРАКИН²

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия, 101990;

²ФГБНУ «Научный центр неврологии», Москва, Россия, 125367

Цель исследования — улучшить диагностику цереброваскулярной болезни (ЦВБ) с помощью унифицированного вопросника у больных артериальной гипертензией (АГ) в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. **Материал и методы.** В исследование были включены 257 пациентов, имевших, по данным первичной медицинской документации, АГ 1—3 степени. Проводился опрос с применением унифицированного вопросника для выявления вероятности ЦВБ. Верификацию диагноза осуществляли врачи-специалисты — невролог и кардиолог. При необходимости назначалось дополнительное обследование: тест с физической нагрузкой на тредмиле, холтеровское мониторирование электрокардиограммы, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, магнитно-резонансная и компьютерная томография головного мозга. **Результаты.** ЦВБ впервые определены у 20,2% больных. Наличие ранее нераспознанных ЦВБ ассоциируется с курением (ОШ=2,11; $p=0,038$) и давностью АГ (ОШ=1,03; $p=0,047$). Результаты проведенного исследования показали, что гипертонический церебральный криз (ГЦК) в анамнезе имели 29,6% больных АГ. По данным первичной медицинской документации, до проведения опроса этот диагноз был правильно установлен лишь у 5,3%. Анализ амбулаторных карт показал, что антигипертензивные препараты были назначены 88,7% больным. Целевые показатели АД были достигнуты в 66,1% случаев. Нейропротекторные препараты были назначены лишь в 29,2% случаев. **Заключение.** Вопросник является простым и надежным инструментом для диагностики и выявления ЦВБ в амбулаторных условиях. Применение унифицированного вопросника на доврачебном и на врачебном этапах позволяет не пропустить у больных АГ так называемые церебральные жалобы, а также правильно оценить клинически значимые особенности ГЦК.

Ключевые слова: цереброваскулярная болезнь, унифицированный вопросник, артериальная гипертензия, поликлиника, врач общей практики.

Cerebrovascular disease screening in general medical practice: methodological aspects

I.V. KIM^{1*}, E.V. BOCHKAREVA¹, YU.YA. VARAKIN²

¹National Medical Research Center for Preventive Medicine, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia, 101990; ²Research Center of Neurology, Moscow, Russia, 125367

Objective — to improve the diagnosis of cerebrovascular disease (CVD), by using a unified questionnaire in hypertensive patients in primary health care facilities. **Subject and methods.** The investigation enrolled 257 patients who had grades 1—3 hypertension, as evidenced by primary medical records. The survey was done using the unified questionnaire to identify the probability of CVD. Its diagnosis was verified by the medical specialists: a neurologist and a cardiologist. The physicians prescribed, if necessary, additional testing: a treadmill exercise test, Holter ECG monitoring, duplex scanning of the brachiocephalic arteries, magnetic resonance imaging and computed tomography of the brain. **Results.** CVD was first detected in 20.2% of the patients. The presence of previously unrecognized CVDs was associated with smoking (OR=2.11; $p=0.038$) and hypertension duration (OR=1.03; $p=0.047$). This investigation demonstrated that 29.6% of the hypertensive patients had a history of a hypertensive cerebral crisis (HCC). Primary medical records indicated that before the survey, this diagnosis was correctly made in only 5.3%. Analysis of outpatient records showed that antihypertensive drugs had been prescribed in 88.7% of the patients. Target blood pressure levels were achieved in 66.1% of cases. Neuroprotective agents were used in only 29.2% of cases. **Conclusion.** The questionnaire is a simple and reliable tool to diagnose and detect CVD in outpatient settings. The premedical and medical application of a unified questionnaire makes it possible to see the so-called cerebral complaints in hypertensive patients and to correctly assess the clinical significant features of HCC.

Keywords: cerebrovascular disease, unified questionnaire, hypertension, polyclinic, general practitioner.

Цереброваскулярная болезнь (ЦВБ) вносит существенный вклад в структуру заболеваемости и смертности, являясь основной причиной инвалидизации населения трудоспособного возраста в России. Согласно данным официальной статистики, в 2014 г. в России от ЦВБ умерли 200 тыс. человек, причем 15% из них в трудоспособном возрасте [1]. В России ЦВБ страдают около 1 млн человек [2].

Артериальная гипертензия (АГ) является важнейшим патогенетическим фактором развития данной патологии. Больные АГ имеют высокий риск развития как острых, так и хронических форм церебральной ишемии, однако алгоритм выявления ЦВБ у лиц с повышенным артериальным давлением (АД) в учреждениях первичного звена здравоохранения недостаточно хорошо разработан.

В 60-х годах в России была разработана концепция начальных форм ЦВБ, в основе которой заложено выявление клинических признаков ЦВБ на ранней стадии развития патологии. Показано, что выявление комплекса из пяти так называемых церебральных жалоб в любом сочетании (головная боль, головокружение, шум в голове, ухудшение памяти и снижение работоспособности) определенной частоты и давности у лиц с документированным сосудистым заболеванием, например АГ или ишемической болезнью сердца (ИБС), является клиническим признаком сосудистого поражения головного мозга на ранней стадии и ассоциируется с неблагоприятным прогнозом [3]. Данные критерии были выделены в отдельный синдром, который получил название синдрома начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ). Указанный синдром наряду с сосудистой энцефалопатией нашел отражение в национальной классификации ЦВБ [4]. Несмотря на то что начальные стадии ЦВБ отсутствуют в МКБ, выделение их целесообразно для привлечения внимания врачей к наиболее ранней, еще компенсируемой стадии сосудистого поражения мозга, когда профилактические меры наиболее эффективны.

Результаты эпидемиологических исследований продемонстрировали значительную распространенность ЦВБ в популяции трудоспособного возраста. В 70-х годах в Научном центре неврологии Е.В. Шмидт и соавт. [5] изучили распространенность ЦВБ, АГ и ИБС и обнаружили значительную распространенность ЦВБ на начальной стадии в популяции трудоспособного возраста. Кроме того, показано, что синдром НПНКМ и гипертонический церебральный криз (ГЦК) являются значимыми дополнительными факторами риска развития острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) [3, 6].

Реальная практика показала, что многие больные с церебральными жалобами не осведомлены о наличии заболевания и не получают необходимое лечение [7]. Выявление ранних ЦВБ и ГЦК в общей врачебной практике способствует профилактике инсульта и других церебральных событий среди больных АГ. Нами разработан унифицированный вопросник для выявления ЦВБ, который может применяться как на врачебном, так и на доврачебном этапах обследования [8]. Вопросник включает вопросы для выявления вероятности острых форм ЦВБ, таких как инсульт, транзиторная ишемическая атака (ТИА) и ГЦК, а также начальных стадий патологии — синдрома НПНКМ и дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ). Апробация вопросника показала, что он является точным и надежным инструментом для диагностики ЦВБ [8]. Чувствительность и специфичность метода составили 91,4 и 94,3% соответственно. Вопросник был специально разработан с учетом особенностей работы врача общей практики.

Цель настоящего исследования — в условиях поликлиники улучшить диагностику ЦВБ с помощью унифицированного вопросника у больных АГ.

Материал и методы

В исследование были включены последовательные больные, пришедшие на прием к участковому врачу-терапевту по любому поводу и имевшие, по данным первичной медицинской документации, АГ 1—3-й степени. Критерием включения являлся возраст пациентов 40—70 лет.

Не включали больных с наличием острого респираторного заболевания и отказавшихся от участия в исследовании. Других критериев для отбора в исследование не было, формирование группы пациентов происходило случайным образом по мере обращаемости.

Из 278 пациентов, соответствующих критериям включения, 21 человек отказались от участия в исследовании, 257 подписали информированное согласие.

Проводился опрос с помощью унифицированного вопросника. Вопросник состоял из двух частей: неврологической и кардиологической. Неврологическая часть анкеты состояла из 6 вопросов о наличии острых форм ЦВБ в анамнезе и 11 вопросов, касающихся хронических форм патологии на момент осмотра. Вопросник разработан Лабораторией эпидемиологии и профилактики заболеваний нервной системы Научного центра неврологии (ФГБНУ НЦН) [3, 8]. Кардиологическая часть включала стандартный вопросник ВОЗ для выявления болей в грудной клетке при напряжении и переменяющейся хромоты (вопросник Лондонской школы гигиены) [9] и вопросы, касающиеся сердечно-сосудистого анамнеза. Опрос по второй, кардиологической, части имел принципиальное значение для выявления общего сосудистого заболевания и его связи с ЦВБ.

Опрос проводили 5 врачей-терапевтов. По результатам опроса выносилось предварительное заключение, которое затем было верифицировано двумя неврологами и двумя кардиологами. При необходимости привлекали третьего специалиста в качестве эксперта. Проводился анализ амбулаторных карт (информация о диагнозах, назначенном лечении). При необходимости назначалось дополнительное обследование: тест с физической нагрузкой на тредмиле, холтеровское мониторирование ЭКГ, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, магнитно-резонансная (МРТ) и компьютерная томография (КТ) головного мозга. Также выполнялась регистрация электрокардиограммы (ЭКГ).

Статистический анализ проводился с помощью пакета прикладных программ StatSoft Statistica 6.0 («StatSoft Inc.», США). Применялись методы стандартной описательной статистики, вычисляли среднее, стандартное отклонение (результаты представлены как $M \pm SD$). Оценку значимости различий между группами обследованных проводили с использованием непараметрического U -критерия Манна—Уитни. Для анализа достоверности различий между качественными признаками использовали критерий χ^2 . Модель логистической регрессии применялась для определения связи социодемографических и клинических показателей с недиагностированными ЦВБ. Отношение шансов (ОШ) между указанными показателя-

Сведения об авторах:

*Ким Ирина Витальевна — н.с. лаб. медикаментозной профилактики в первичном звене здравоохранения ФГБУ НМИЦПМ Минздрава России; ORCID: 0000-0001-5122-4723; eLibrary SPIN: 8000-3195; e-mail: ikim@gnicpm.ru;

Бочкарева Елена Викторовна — д.м.н., рук. лаб. медикаментозной профилактики в первичном звене здравоохранения ФГБУ НМИЦПМ Минздрава России; ORCID: 0000-0003-0836-7539; eLibrary SPIN: 9296-7838;

Варакин Юрий Яковлевич — д.м.н., проф., рук. лаб. эпидемиологии и профилактики заболеваний нервной системы ФГБНУ «Научный центр неврологии»; ORCID: 0000-0003-4955-1957; eLibrary SPIN: 3977-6157;

ми и недиагностированными ЦВБ также было рассчитано. Значения $p < 0,05$ расценивали как статистически значимые.

Результаты и обсуждение

Всего обследованы 257 больных АГ 1–3-й степени. Социодемографические и клинические показатели обследованных пациентов представлены в **табл. 1**. Среди пациентов преобладали мужчины (53,3%). Средний возраст обследованных составил $59,5 \pm 6,3$ года. Каждый второй пациент (50,6%) работал. Отмечена высокая частота избыточной массы тела (41,6%) и ожирения (38,1%), относительно низкая частота курения (14,4%). Среднее систолическое АД на момент обследования составило $131,2 \pm 14,3$ мм рт.ст., среднее диастолическое АД — $81,3 \pm 8,8$ мм рт.ст. (большинство пациентов принимали антигипертензивные препараты (см. ниже). Средняя частота сердечных сокращений (ЧСС) составила $70,0 \pm 8,1$ уд/мин. АГ 1-й степени имела у 12%, 2-й степени — у 44%, 3-й степени — у 44%. Давность установленного диагноза АГ в среднем составила $10,1 \pm 8,9$ года. ИБС имели 43,9% пациентов, стенокардию напряжения — практически каждый третий.

Согласно предварительным данным, ЦВБ имели 96 (37,4%) человек. После анкетирования и верификации предварительного заключения врачом-неврологом различные формы ЦВБ выявлены у 148 (57,6%) пациентов, в том числе ранее перенесенные острые формы ЦВБ — у 21 (8,2%) человека, острые в сочетании с хроническими формами — у 74 (28,8%). Хронические формы обнаружены у 53 (20,6%) обследованных, синдром НПНКМ — у 5,4%, ДЭ — у 44%. Частота указанных форм ЦВБ отличается от данных скрининга открытой российской популяции лиц трудоспособного возраста, у которых имеется более высокая частота синдрома НПНК (17%) и меньшая частота ДЭ (1%). При этом указывается, что с возрастом соотношение распространенности данных форм ЦВБ меняется в сторону увеличения числа лиц с ДЭ [5]. В нашем исследовании диспропорция между синдромом НПНКМ и ДЭ обусловлена, по-видимому, более старшим возрастом обследованных пациентов по сравнению с эпидемиологическим скринингом, и наличием АГ.

Применение унифицированного вопросника у больных АГ позволило выявить ранее недиагностированные случаи ЦВБ. В общей сложности диагноз ЦВБ был впервые установлен у 52 человек: синдром НПНКМ — у 9 (17,3%) обследованных, ДЭ — у 39 (75%), инсульт — у 3 (5,8%), ТИА — у 1 (1,9%), ГЦК — у 27 (51,9%). При этом 23 (8,9%) пациента имели только хронические формы ЦВБ, 4 (1,6%) — острые формы в анамнезе, у 25 (9,7%) обследованных обе формы ЦВБ сочетались. Обращало внимание, что у пациентов моложе 60 лет впервые выявленные ЦВБ чаще регистрировались среди неработающих лиц ($p = 0,013$). В возрастной группе больных старше 60 лет статистически значимых различий не получено (см. **табл. 1**). Таким образом, отсутствие работы у лиц трудоспособного возраста было значимым фактором, ассоциирующимся с недиагностированной своевременно ЦВБ.

В **табл. 2** представлены социодемографические и клинические факторы и их связь с впервые выявленной ЦВБ, оцененная методом логистической регрессии. Возраст и индекс массы тела не были связаны с наличием ЦВБ. Однако у курящих пациентов новая ЦВБ была выявлена с

большей вероятностью (ОШ=2,11; $p = 0,038$). Чем дольше испытываемые страдали АГ, тем чаще у них обнаруживали ЦВБ (ОШ=1,03; $p = 0,047$). Наличие ИБС, стенокардии напряжения и хронической обструктивной болезни легких не показало значимой ассоциации с недиагностированными ранее ЦВБ.

С практической точки зрения большое значение имело улучшение диагностики ГЦК с помощью вопросника. ГЦК занимает ключевое место в развитии сосудистой патологии головного мозга и указывает на осложненное течение АГ. Верификация перенесенного в анамнезе ГЦК является непростой задачей, поскольку после него не остается очаговой неврологической симптоматики и изменений на МРТ или КТ. Рассказ пациента о перенесенном кризе бывает субъективным и неопределенным, а записи в медицинских документах — неполными и несоответствующими реальной ситуации [6]. Унифицированный вопросник позволяет установить ГЦК в анамнезе на основе четких критериев диагностики данного состояния, применяемых в ФГБНУ НЦН при массовых обследованиях населения. Согласно этим критериям, к ГЦК относят остро возникшее повышение АД, сопровождавшееся резким ухудшением состояния больного с развитием выраженной общемозговой симптоматики, потребовавшее постельного режима и обращения в скорую медицинскую помощь [3]. Результаты проведенного исследования показали, что ГЦК в анамнезе имели 76 (29,6%) больных АГ, что совпадает с данными, полученными в открытой российской популяции [6]. Согласно первичной медицинской документации, до проведения опроса этот диагноз был правильно установлен лишь у 4 (5,3%) из 76 больных и соответственно не учитывался при оценке тяжести заболевания.

Среди 257 больных АГ 73 пациента имели стенокардию напряжения, при этом у 4 (1,6%) человек этот диагноз был установлен только после использования вопросника. При широком применении вопросника в условиях поликлиники число впервые выявленных больных стенокардией может быть существенным. Таким образом, вопросник позволит дополнительно выявить больных, которым будет своевременно проведено необходимое лечение.

Всего коронарная болезнь сердца отмечена у 113 больных, что соответствует данным литературы [7] о частоте ИБС при АГ. Сочетание ИБС и ЦВБ имели 72 (28,1%) пациента, что указывает на практическую полезность одновременного выявления этих заболеваний с помощью вопросников в первичном звене здравоохранения.

Эффективная антигипертензивная терапия (АГТ) и контроль церебральных жалоб имеют большое значение для замедления прогрессирования заболевания. Ранее было показано, что лечение больных АГ с начальной энцефалопатией современными препаратами не только снижало АД до целевого уровня, но также уменьшало количество церебральных жалоб. Наблюдалось улучшение памяти, умственной работоспособности, прекращение ГЦК и улучшение качества жизни пациентов [10].

Анализ амбулаторных карт показал, что АГТ была назначена 88,7% больных. В обследованной нами группе целевые показатели АД были достигнуты у 66,1% пациентов. Частота назначения препаратов различных групп составляла: β -адреноблокаторов — 62,6%, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента — 50,9%, диуретиков — 22,2%, антагонистов кальция — 21,4%, антагонистов рецепторов ангиотензина — 13,6%. В 77,5% случаев была

Таблица 1. Социодемографические и клинические характеристики обследованных пациентов

Показатель	Всего (n=257)	Впервые выявленная ЦВБ		
		Да (n=52)	Нет (n=205)	p*
Социодемографические				
Возраст, годы (M±SD)	59,5±6,3	60,3±5,6	59,3±6,4	0,442
Пол, абс. (%)				0,397
мужской	137 (53,3)	25 (48,1)	112 (54,6)	
женский	120 (46,7)	27 (51,9)	93 (45,4)	
Занятость, абс. (%)				0,099
неработающие	127 (49,4)	31 (59,6)	96 (46,8)	
работающие	130 (50,6)	21 (40,4)	109 (53,2)	
Занятость в возрасте моложе 60 лет				0,013
неработающие в возрасте моложе 60 лет	37 (14,4)	11 (21,1)	26 (12,7)	
работающие в возрасте моложе 60 лет	80 (31,1)	9 (17,3)	71 (34,6)	
Занятость в возрасте старше 60 лет				0,810
неработающие в возрасте старше 60 лет	90 (35)	20 (38,5)	70 (34,2)	
работающие в возрасте старше 60 лет	50 (19,5)	12 (23,1)	38 (18,5)	
Курение, абс. (%)				0,820
курят	37 (14,4)	8 (15,4)	29 (14,1)	
курили в прошлом	55 (21,4)	15 (28,8)	40 (19,5)	
не курят	165 (64,2)	29 (55,8)	136 (66,4)	
Клинические				
Масса тела, кг (M±SD)	82,7±17,1	81,4±14,2	83,1±17,8	0,789
Рост, см (M±SD)	1,7±0,1	1,7±0,1	1,7±0,1	0,181
Индекс массы тела, кг/м ² (M±SD)	28,9±5,2	28,9±4,3	28,9±5,4	0,401
Избыточная масса тела (25—29,9 кг/м ²), абс. (%)	107 (41,6)	21 (40,4)	86 (41,9)	0,837
Ожирение (не менее 30 кг/м ²), абс. (%)	98 (38,1)	23 (44,2)	75 (36,6)	0,322
Систолическое артериальное давление, мм рт.ст. (M±SD)*	131,2±14,3	128,4±12,9	131,9±14,5	0,135
Диастолическое артериальное давление, мм рт.ст. (M±SD)*	81,3±8,8	79,6±6,4	81,7±9,3	0,149
ЧСС (мин ⁻¹ ; M±SD)	70±8,1	68,9±8,9	70,2±7,8	0,077
АГ 1-й степени, абс. (%)	31 (12)	4 (7,7)	27 (13,2)	0,278
АГ 2-й степени, абс. (%)	113 (44)	24 (46,2)	89 (43,4)	0,722
АГ 3-й степени, абс. (%)	113 (44)	24 (46,2)	89 (43,4)	0,722
Давность АГ, годы (M±SD)	10,1±8,9	12,8±8,6	9,4±8,9	0,002
Сахарный диабет, абс. (%)	34 (13,2)	3 (5,8)	31 (15,1)	0,076
Ишемическая болезнь сердца, абс. (%)	113 (43,9)	25 (48,1)	88 (42,9)	0,504
Стенокардия напряжения, абс. (%)	73 (28,4)	20 (38,5)	53 (25,8)	0,072
Хроническая обструктивная болезнь легких, абс. (%)	29 (11,3)	6 (11,5)	23 (11,2)	0,948

Примечание. * — статистически значимая связь между группами, оцененная с помощью U-критерия Манна—Уитни или критерия χ^2 при необходимости; # — на фоне приема антигипертензивных препаратов.

назначена комбинация двух антигипертензивных препаратов и более. Некоторые больные с АГ 1-й степени получили рекомендации по коррекции образа жизни без назначения лекарственной терапии.

Обращает на себя внимание высокая частота назначения β -блокаторов (65,5%) у больных АГ и сопутствующей ЦВБ. Однако имеются данные о том, что β -блокаторы в меньшей степени уменьшают риск инсульта у больных АГ, чем блокаторы кальциевых каналов и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, обладающие церебропротективным эффектом [11—14]. Так, данные мета-анализа 147 рандомизированных исследований показали недостаточную эффективность β -блокаторов в предотвращении инсульта (снижение на 17% против 29% по сравнению с другими классами препаратов), за исключением их применения у больных с недавно перенесенным инфарктом миокарда и сердечной недостаточностью [15]. Вместе с тем необходимо помнить, что для профилактики ин-

сульта могут применяться любые схемы АГТ, которые обеспечивают эффективное снижение АД [16, 17].

Следует также принимать во внимание возможность диабетогенного эффекта, особенно у пациентов с избыточной массой тела, ожирения, гиперхолестеринемией, гипергликемией натощак. Все эти факторы, как известно, связаны с инсулинорезистентностью и нарушенной толерантностью к глюкозе [18].

Анализ первичной медицинской документации за предыдущие 2 года показал, что нейропротекторные препараты были назначены в 26% случаев. Больные без инсульта в анамнезе принимали эти препараты значительно реже, чем больные, перенесшие инсульт (соответственно в 10 и 36,4% случаев; $p=0,037$).

В настоящее время применение нейропротекторов у пациентов с различными формами ЦВБ пока еще не имеет достаточно надежной доказательной базы. Однако в систематическом обзоре [19] представлены данные о пользе

Таблица 2. Факторы, ассоциированные с ранее не диагностированной ЦВБ, оцененные с помощью метода логистической регрессии

Показатель	Впервые выявленная ЦВБ		
	ОШ	95% ДИ	<i>p</i>
Социодемографические			
Возраст, годы	1,044	0,985—1,107	0,140
Курение	2,119	1,040—4,317	0,038
Клинические			
Индекс массы тела, кг/м ²	1,007	0,943—1,075	0,820
Давность АГ, годы	1,035	1,000—1,071	0,047
Сахарный диабет	0,196	0,052—0,737	0,016
Ишемическая болезнь сердца	0,521	0,180—1,507	0,228
Стенокардия напряжения	2,782	0,897—8,629	0,076
Хроническая обструктивная болезнь легких	0,777	0,275—2,197	0,633

применения нейропротектора цитиколина у больных пожилого возраста с хронической цереброваскулярной патологией для коррекции когнитивных и поведенческих расстройств, что положительно влияет на качество жизни. Кроме того, на целесообразность назначения цитиколина в постинсультном периоде указано в Консенсусном документе Европейской организации инсульта по ведению больных ишемическим инсультом и ТИА [20, 21].

Отмечено недостаточно полное и несбалансированное лечение больных АГ с начальными признаками ЦВБ,

т.е. на той стадии, когда еще можно предотвратить ее прогрессирование. По-видимому, врачи общей практики, первыми контактирующие с пациентами и длительно их наблюдающие, имеют недостаточно знаний и практических навыков по ранней диагностике хронических ЦВБ [22].

Заключение

Применение вопросника в общей врачебной практике позволяет не пропустить у больных АГ так называемые церебральные жалобы, а также правильно оценить клинически значимые особенности ГЦК.

У каждого пятого больного АГ, обратившегося в поликлинику по любому поводу, впервые выявлена ЦВБ. Наличие ранее нераспознанной ЦВБ ассоциируется с курением и давностью АГ.

Вопросник содержит четкие диагностические критерии различных клинических форм ЦВБ. Его повседневное использование медицинским персоналом повысит выявляемость симптомов начальных форм ЦВБ и ГЦК, которые имеют отрицательное прогностическое значение.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования — И.К., Е.Б., Ю.В.

Сбор и обработка материала — И.К., Е.Б.

Статистическая обработка — И.К., Е.Б.

Написание текста — И.К., Е.Б.

Редактирование — И.К., Е.Б., Ю.В.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. *Демографический ежегодник России*. 2015: Стат. сб. Росстат. М. 2015. [The Demographic Yearbook of Russia. 2015: Statistical Handbook/Rosstatat. М. 2015. (In Russ.)]. Available at: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/demo15.pdf Accessed april 27, 2017
2. *Здравоохранение в России*. 2015: Стат.сб. Росстат. М. 2015. [Public health in Russia. 2015. Statistical collection. Rosstat. М. 2015. (In Russ.)]. Available at: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/zdrav15.pdf Accessed april 27, 2017
3. Суслина З.А., Варакин Ю.Я. *Клиническое руководство по ранней диагностике, лечению и профилактике сосудистых заболеваний головного мозга*. М. 2015. [Suslina ZA, Varakin YuYa. *Clinical guidelines for the early diagnosis, treatment and prevention of vascular diseases of the brain*. М. 2015. (In Russ.)].
4. Шмидт Е.В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1985;9:1281-1288. [Shmidt EV. The classification of cerebral and spinal vascular diseases. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 1985;9:1281-1288. (In Russ.)].
5. Варакин Ю.Я. Эпидемиологические аспекты профилактики нарушений мозгового кровообращения. *Атмосфера. Нервные болезни*. 2005;2:4-10. [Varakin YuYa. Epidemiological aspects of prevention of cerebral circulation disorders. *Atmosfera. Nervnye bolezni*. 2005;2:4-10. (In Russ.)].
6. Варакин Ю.Я., Гнедовская Е.В., Андреева О.С. и др. Клинические и патогенетические аспекты кризового течения артериальной гипертонии у пациентов с начальными проявлениями хронической цереброваскулярной патологии. *Анналы неврологии*. 2014;8(2):16-20. [Varakin YuYa, Gnedovskaya EV, Andreeva OS, et al. Clinical and pathogenetic aspects of hypertension crisis in patients with initial symptoms of chronic cerebrovascular disease. *Annaly nevrologii*. 2014;8(2):16-20. (In Russ.)].
7. Кокурина Е.В., Варакин Ю.Я., Колтунов И.Е. *Активное выявление и лечение ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний в практическом здравоохранении*. М. 2009. [Kokurina EV, Varakin YuYa, Koltunov IE. *Active identification and treatment of coronary heart disease and cerebrovascular diseases in practical health care*. М. 2009. (In Russ.)].
8. Ким И.В., Бочкарева Е.В., Варакин Ю.Я., и др. Основные результаты применения скрининговой методики для выявления кардио- и цереброваскулярных заболеваний у пациентов, находящихся под наблюдением участкового терапевта. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2014;13(3):25-31. [Kim IV, Bochkareva EV, Varakin YuYa, et al. Main results of screening methodology to reveal cardio- and cerebrovascular pathology in primary outpatient care. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2014;3(3):25-31. (In Russ.)]. <https://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2014-3-25-31>
9. Rose G. The diagnosis of ischemic heart pain and intermittent claudication in field surveys. *Bull World Health Organ*. 1962;27:645-658.
10. Варакин Ю.Я., Ощепкова Е.В., Горностаева Г.В. и др. Влияние антигипертензивной терапии на клиническое состояние и качество жизни больных с начальными проявлениями гипертонической энцефалопатии. *Терапевтический архив*. 2010;12:10-15. [Varakin YuYa, Oshchepkova EV, Gornostayeva GV, et al. Impact of antihypertensive therapy on clinical status and quality of life in patients with initial manifestations of hypertensive encephalopathy. *Terapevticheskii arkhiv*. 2010;82(12):10-15. (In Russ.)].
11. Chen GJ, Yang MS. The effects of calcium channel blockers in the prevention of stroke in adults with hypertension: a meta-analysis of data from 273,543 participants in 31 randomized controlled trials. *Plos One*. 2013;8(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0057854>
12. Dahlof B, Devereux RB, Kjeldsen SE, et al, for the LIFE study group. Cardiovascular morbidity and mortality in the losartan intervention for endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomized trial against atenolol. *Lancet*. 2002;359(9311):995-1003. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08089-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08089-3)
13. Wiysonge CS, Bradley HA, Volmink J, et al. Beta-blockers for hypertension. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;8:CD002003. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002003.pub2>

14. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal* 2016;37:2315-2381. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>
15. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ*. 2009;338:b1665. <https://doi.org/10.1136/bmj.b1665>
16. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014;45:00-00. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000046>
17. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*. 2013;34:2159-2219. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs151>
18. Rizos CV, Elisaf MS. Antihypertensive drugs and glucose metabolism. *World J Cardiol*. 2014;6(7):517-530. <https://doi.org/10.4330/wjc.v6.i7.517>
19. Fioravanti M, Yanagi M. Cytidinediphosphocholine (CDP-choline) for cognitive and behavioural disturbances associated with chronic cerebral disorders in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;18(2):CD000269. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000269.pub3>
20. Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008. *Cerebrovasc Dis*. 2008;25:457-507. <https://doi.org/10.1159/000131083>
21. Alvarez-Sabín J, Roman GC. Citicoline in vascular cognitive impairment and vascular dementia after stroke. *Stroke*. 2011;42:(suppl 1):S40-S43. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.110.606509>
22. Шишкова В.Н. Значение артериальной гипертензии в развитии поражения головного мозга — от легких когнитивных нарушений к деменции. *Системные гипертензии*. 2014;1:45-51. [Shishkova VN. Place of arterial hypertension in brain lesion development — from minor cognitive disorders to dementia. *Sistemnye gipertenzii*. 2014;1:45-51. (In Russ.)].

Поступила 15.05.17