

9. Bigal M.E., Lipton R.B. What predicts the change from episodic to chronic migraine? *Curr Opin Neurol* 2009;22:269–76.

10. Chaudhary A., Gupta R.L. Double blind, randomised, parallel, prospective, comparative, clinical evaluation of a combi-

nation of antispasmodic analgesic Diclofenac + Pitofenone + Fempiverinium (Manyana vs Analgin + Pitofenone + Fempiverinium (Baralgin) in biliary, ureteric and intestinal colic. *J Indian Med Assoc* 1999;97:244–5.

11. Golhar K.B., Gupta R.L. Open labelled evaluation of injection Manyana (a combination of diclofenac + pitofenone + fempiverinium) in ureteric, biliary and intestinal spasm — a preliminary report. *J Indian Med Assoc* 1999;97:398–400.

А.Е. Манойлов

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования, Челябинск

Утраченные критерии

Обнаружена недостаточная информированность врачей о структуре причин головной боли, головокружения и их клиническом значении у пациентов с артериальной гипертензией. Неверные представления приводят к необоснованному использованию диагностических методов визуализации магистральных артерий головы, а также к чрезмерно упрощенным подходам к лечению цереброваскулярных заболеваний в виде кратких курсов вазоактивных и метаболических средств.

Ключевые слова: головная боль, головокружение, артериальная гипертензия, инсульт.

Контакты: Александр Егорович Манойлов a.e.manoylov@mail.ru

Lost criteria

A.E. Manoylov

Ural State Medical Academy of Postgraduate Education, Chelyabinsk

Physicians have been found to be inadequately aware of the structure of the causes of headache, vertigo, and their clinical importance in patients with essential hypertension. Incorrect ideas lead to the unfounded application of diagnostic techniques for imaging the great arteries of the head and to extremely simplified approaches to treating cerebrovascular diseases as short-term courses of therapy with vasoactive and metabolic agents.

Key words: headache, vertigo, essential hypertension, stroke.

Contact: Aleksandr Egorovich Manoylov a.e.manoylov@mail.ru

Артерии головного мозга наиболее чувствительны к повреждающему действию артериальной гипертензии (АГ), которая приводит к развитию сосудистых поражений как на прямую, вызывая артериосклероз перфорирующих артерий мозга, так и опосредованно — через стимулирование атеросклероза магистральных артерий. Поиск ранних информативных клинических показателей выраженности церебрального артериосклероза и атеросклероза ведется с начала XX в. [1]. Ряд жалоб и отдельных признаков в то время априори были расценены как симптомы медленно прогрессирующего церебрального атеросклероза (концепция ишемической атрофии) и проявления АГ со стороны нервной системы, т. е. как факторы риска нарушений мозгового кровообращения. Неврологическая семиотика АГ, церебрального атеросклероза гипотетически должна включать: головную боль, головокружение, шум в ушах, ослабление памяти и приливы к голове, чувство пульсации в голове. Подобные мозговые симптомы в сочетании с рядом неврологических признаков (трудно дифференцируемых со старением) до недавнего времени позволяли клиницистам с легкостью диагностировать, прогнозировать и лечить сосудистые поражения головного мозга. В любой амбулаторной карте пациента с АГ со временем появляется заключение невролога: «энцефалопатия сосудистого генеза». Оценка интенсивности «церебральных жалоб» использовалась в нейроэпидемиологических исследованиях и программах нейропрофилактики в 70–80-е годы XX в. Предполагали, что выраженность «церебральных жа-

лоб» прямо пропорциональна тяжести сосудистого поражения (склероза), а «церебральные жалобы» высоких градаций свидетельствует о неблагоприятном прогнозе [2]. Наличие комплекса «церебральных жалоб» у больных АГ связывали с более высоким риском развития инсульта по сравнению с больными АГ без подобных симптомов [3]. В последнее время неврологи считают необоснованным выделение синдрома «начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга», ядром дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП) признаны когнитивные нарушения 4]. Резко критикуется гипердиагностика ДЭП. В ряде работ показано ограниченное понимание врачами причин головной боли, головокружения, наносящее вред диагностике и лечению цереброваскулярных заболеваний [5–9].

Цель настоящего исследования — оценка ведения пациентов с АГ, имеющих неврологические жалобы, врачами первичного амбулаторного звена. Поставлены задачи: установить, как представляют себе терапевты происхождение головной боли, головокружения у больных АГ старшего возраста (>60 лет), какое прогностическое значение они придают «церебральным жалобам» у пациентов с АГ, как проводят инструментальную диагностику и лечение хронической сосудистой патологии.

Материал и методы. Выполнено одномоментное анонимное анкетное исследование репрезентативной выборки терапевтов 8 районных поликлиник Челябинска. Однократное интервью проведено с использованием специально раз-

работанной анкеты, заполняемой врачами. Использованы различные типы вопросов (закрытые, открытые и трихотомические). Участников исследования просили отметить утверждения, которые согласуются с их мнением. В закрытых типах вопросов указывалось, что ответов может быть несколько. Первоначально было проведено пилотное анкетирование 30 врачей, в ходе которого были получены предварительные результаты, необходимые для расчета минимального объема выборки, а также испытан сам метод анкетного опроса. Роздано 340 анкет, из которых вернулось 300. В исследование включено 276 анкет (81% исходной популяции всех врачей, работавших в поликлиниках Челябинска на начало исследования). 24 анкеты с неполными ответами из исследования исключены. На последнем этапе изучены показания для лечения и его цели у пациентов с АГ старше 60 лет, консультированных неврологами по поводу «церебральных жалоб». 100 больных с диагнозами «начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга» или «ДЭП» были направлены неврологами в процедурный кабинет одной из муниципальных поликлиник, где они получали курсовое лечение (инъекции вазоактивных и метаболических средств). Сотрудники кабинетов, предварительно проинструктированные, выясняли у пациентов показания для лечения и цели лечения. Больным задавали 2 стандартных вопроса: что облегчают эти уколы? развитие каких заболеваний предупреждают эти уколы?

Результаты исследования. Ответы врачей на вопрос, какие субъективные жалобы являются обязательным проявлением АГ, представлены на рис. 1. Большинство врачей считали, что для клинической картины АГ характерны субъективные жалобы на головную боль (72,72%) и головокружение (72,27%). Только 18,18% опрошенных полагали, что хронически повышенное АД не сопровождается субъективными симптомами. На аналогичный, но открытый тип вопроса до 91% врачей ответили, что головная боль — это основное проявление повышенного АД.

Ответы врачей на закрытый тип вопроса о наиболее распространенных причинах хронической и эпизодической головной боли у пациентов с АГ отражены на рис. 2. Ведущими причинами цефалгии у пациентов старшего возраста 76,09% врачей назвали, во-первых, хроническую форму цереброваскулярной патологии (ДЭП), во-вторых, значительные и быстрые изменения «рабочего» уровня АД (55,07%). Только 24 (8,70%) терапевта рассматривают головную боль

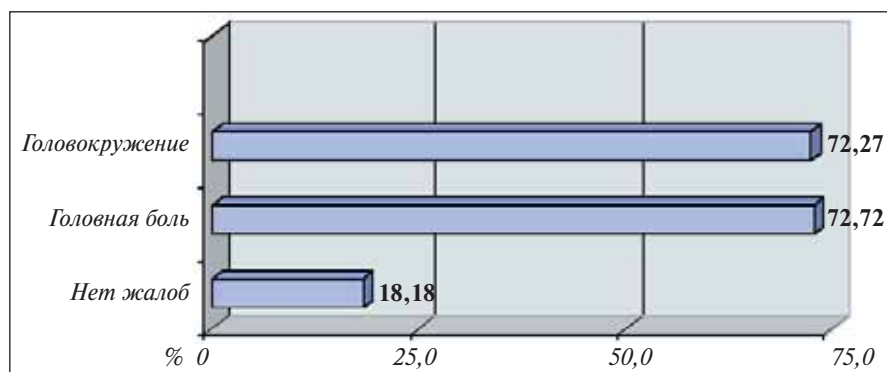


Рис. 1. Представления врачей о клинической картине АГ

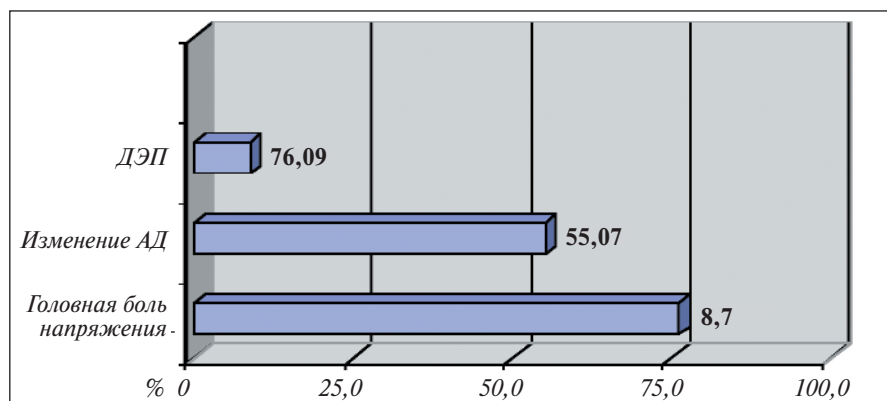


Рис. 2. Представления врачей о причинах головной боли

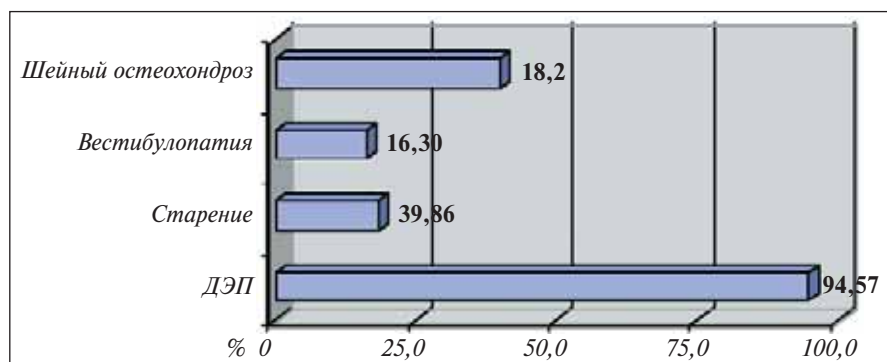


Рис. 3. Представления врачей о причинах головокружения

напряжения в качестве причины цефалгии у пациентов старше 60 лет. Ответы врачей на закрытый тип вопроса о наиболее частых причинах рецидивирующего головокружения у пациентов с АГ демонстрирует рис. 3.

Большинство врачей (94, 57%) главной патогенетической причиной эпизодического головокружения у лиц старшего возраста, страдающих АГ, считали вестибулярную дисфункцию сосудистого генеза, обозначаемую как «декомпенсация ДЭП в вертебробазилярном бассейне». 110 (39,86%) врачей придерживались мнения, что головокружение — также результат синдрома позвоночной артерии, вызванного шейным остеохондрозом. Почти в одинаковой степени опрошенные полагали причиной головокружения естественное старение (18,12%) и заболевания вестибулярного аппарата (16,12%). На вопрос, повышается ли риск ин-

сульта у пациента с АГ при наличии частых повторных «церебральных жалоб» (головная боль, головокружение, шум в голове, снижение памяти) по сравнению с таковым у больных АГ без «церебральных жалоб», больше половины респондентов (57,45%) ответили утвердительно, 41,49% — отрицательно и 2,00% — затруднились ответить.

На открытый тип вопроса, какие жалобы у пациента с АГ являются основанием для направления на ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) сонных артерий 62,85% врачей ответили, что это «церебральные жалобы». В анкетах перечислялись головная боль, головокружение, шум в голове и снижение памяти. Объективные данные, очаговые симптомы нарушения мозгового кровообращения в качестве повода для УЗДС сонных артерий указали только 8,57% врачей. 28,57% опрошенных затруднились ответить на этот вопрос.

На последнем этапе подведены итоги опроса в процедурном кабинете 100 пациентов с АГ, которых спрашивали о показаниях для выполнения им инъекций и целях лечения. Все 100% направленных неврологами пациентов ответили, что благодаря инъекциям надеются облегчить, устранить одну, чаще несколько клинических проблем: головную боль, головокружение, снижение памяти, шум в голове и ушах, повышенную утомляемость, снижение зрения. Наряду с этим 68 пациентов указали, что с помощью данной терапии можно предупредить развитие инсульта.

Обсуждение результатов. Врачам, которые не специализируются на профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, трудно признать существование бессимптомного течения заболевания, например АГ, нарушений липидного обмена (атеросклероза). Для многих врачей понятие «высокий риск» по сравнению с клиническими признаками — эпидемиологическая абстракция. Больного АГ будут наблюдать и лечить более интенсивно, если он жалуется на периодические головные боли и головокружение. Неврологический диагноз «ДЭП по гипертоническому типу» еще больше утвердит участкового терапевта в правомочности такой лечебной тактики. Врачи считают головную боль, головокружение не только проявлениями повышенного АД, но и клиническими эквивалентами артериосклероза или атеросклероза сосудов головного мозга при АГ. Патогенез головной боли и головокружения, вероятнее всего, рассматривается врачами как результат временного несоответствия между потребностью мозга в кислороде и возможностью его доставки. «Церебральные жалобы» по отдельности или в комплексе не включены в качестве установленных факторов риска в современные клинические рекомендации или руководства. Од-

нако в нашем исследовании 57,45% врачей рассматривают цефалгии и головокружение как предвестники и/или факторы риска инсульта. Убеждения врачей оказывают прямое влияние на лечение больных. Субъективные мозговые симптомы 62,85% врачей используют в качестве ведущих критериев для отбора больных на УЗДС сонных артерий и считают поводом для профилактической сосудистой и нейротрофической терапии. Курсы вазоактивных, ноотропных и метаболических препаратов как бы оправдывают врача, так как приводят к улучшению общего самочувствия больного. Однако пока не проводились исследования, подтверждающие эффективность курсового назначения этих препаратов для уменьшения риска развития инсульта [8]. Таким образом, выявлен разрыв между уровнем знаний врачей и современной медицинской информацией. Головная боль, головокружение — симптомы десятка различных сопутствующих АГ заболеваний. Чаще всего это головная боль напряжения. Вообще, более 90% всех случаев цефалгий относится к мигрени и головной боли напряжения [10]. Абсолютное большинство пациентов с легкой (140–159/90–99 мм рт. ст.) и умеренной (160–179/100–109 мм рт. ст.) АГ жалоб на головную боль не предъявляют [10]. Только небольшая часть врачей (18,30%, см. рис. 3) информирована о наиболее распространенной причине головокружения — вестибулопатии. Головокружение как единственное проявление сосудистой патологии головного мозга наблюдается крайне редко [6, 7]. Эпизодическое системное головокружение чаще всего — симптом различных заболеваний внутреннего уха. При установлении у пациента факторов риска инсульта рекомендуется целенаправленно выявлять не «церебральные жалобы», а очаговые, подозрительные в отношении нарушения мозгового кровообращения симптомы [4]. Селективный скрининг доклинических стадий цереброваскулярного заболевания должен проводиться не на основании головной боли, головокружения и подобных жалоб, а с учетом кардиоваскулярного риска, современных биохимических и инструментальных методов исследования [4, 9, 11, 12]. Диагноз «энцефалопатия сосудистого генеза» неврологи рекомендуют верифицировать с помощью современных методов визуализации головного мозга, например компьютерной томографии.

Заключение. Таким образом, врачи первичной медицинской сети используют «церебральные жалобы» в качестве критериев оценки доклинического поражения мозга у больных АГ. Недостаточные знания врачей в этой области могут неблагоприятно влиять на профилактику инсульта в амбулаторной практике (скрининг, медикаментозная терапия).

ЛИТЕРАТУРА

1. Минц А.Я. Атеросклероз мозговых сосудов. Киев: Здоров'я, 1970;252 с.
2. Мисюк Н.С., Семак А.Е., Гришков У.Г. Мозговой инсульт (прогнозирование и профилактика). М.: Медицина, 1980;208 с.
3. Профилактика нарушений мозгового кровообращения. Пособие для врачей. М.: НИИ неврологии РАМН, 2003;32 с.
4. Неврология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009;1040 с.
5. Парфенов В.А. Диагноз и лечение головной боли у пациентов с артериальной гипертонией. РМЖ 2003;11(2):80–3.
6. Парфенов В.А., Абдулина О.В., Замерград М.В. Дифференциальный диагноз, прогноз и лечение острого вестибулярного головокружения. Неврол журн 2007;6:21–4.
7. Замерград М.В., Мельников О.А. Головокружение у пожилых. Клин геронт 2003;9(10):13–6.
8. Амелин А.В. Головокружение в практике врача-терапевта (клинико-эпидемиологическое исследование). www.rmj.ru
9. Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Основы профилактики. М.:МЕДпресс-информ, 2006;256 с.
10. Международная классификация головных болей. 2-е изд. (полная русскоязычная версия). Международное общество головной боли, 2003. www.i-h-s.ru.
11. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. Вып. 2. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008;1376 с.
12. Неврология и нейрохирургия. Клинические рекомендации. Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007;386 с.