Платов М.П.[1], Косивцова О.В.[2]
[1]ГБУЗ «Городская поликлиника № 46 Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия;
[2]кафедра нервных болезней и нейрохирургии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, Москва, Россия
[1]105064, Москва, ул. Казакова, 17А, стр. 1; [2]119021, Москва, ул. Россолимо, 11

Головная боль у пожилых пациентов с хронической ишемией головного мозга: диагностика и лечение на амбулаторно-поликлиническом этапе

Хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ) – один из наиболее распространенных диагнозов у пациентов среднего и пожилого возраста в практике невролога амбулаторного звена. К сожалению, часто у таких пациентов диагноз ХИГМ устанавливается только на основании жалоб на головную боль, головокружение, неустойчивость при ходьбе, снижение настроения. При этом не диагностируются другие заболевания, которые вызывают данные симптомы, пациенты не получают лечения, что значительно ухудшает качество жизни и приводит к тревожно-депрессивным состояниям.
Нередко под диагнозом ХИГМ скрываются самые разные заболевания – головная боль, периферическое вестибулярное головокружение, депрессия, болезнь Альцгеймера и синдром паркинсонизма. Ведущий неврологический синдром при ХИГМ – когнитивные расстройства, которые могут быть как умеренными, так и достигать уровня деменции. Примерно 40% пациентов с хроническим цереброваскулярным заболеванием предъявляют жалобы на головную боль, которая обычно вызвана сочетанной первичной головной болью.
Тактика ведения пациента с ХИГМ, страдающего головной болью, направлена на лечение первичной головной боли, коррекцию сосудистых факторов риска и терапию когнитивных расстройств. Обсуждается применение холина альфосцерата у пациентов с диагнозом ХИГМ.

Ключевые слова: *первичная головная боль; головная боль напряжения; хроническая ишемия головного мозга; цереброваскулярные заболевания; холина альфосцерат.*
Контакты: *Ольга Владимировна Косивцова;* ***o.kosivtsova@gmail.com***
Для ссылки: *Платов МП, Косивцова ОВ. Головная боль у пожилых пациентов с хронической ишемией головного мозга: диагностика и лечение на амбулаторно-поликлиническом этапе. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018;10(1):102–106.*

Headache in elderly patients with chronic cerebral ischemia: outpatient diagnosis and treatment

Platov M.P.[1], Kosivtsova O.V.[2]
[1]City Polyclinic Forty-Six, Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia; [2]Department of Nervous System Diseases and Neurosurgery, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia
[1]17A, Kazakov St., Build. 1, Moscow 105064; [2]11, Rossolimo St., Moscow 119021

Chronic cerebral ischemia (CCI) is one of the most common diagnoses in middle-aged and elderly patients in the practice of an outpatient neurologist. Unfortunately, the diagnosis of CCI in these patients is often established only on the basis of complaints of headache, dizziness, instability during walking, and lower mood. At the same time, other diseases that cause these symptoms are not diagnosed, patients do not receive treatment, which considerably worsens quality of life and leads to anxiety and depression.
A variety of diseases, such as headache, peripheral vestibular vertigo, depression, Alzheimer's disease, and Parkinson's syndrome, are frequently hidden under the diagnosis of CCI. The leading neurological syndrome in CCI is cognitive impairment that can be both moderate and reach the level of dementia. Approximately 40% of patients with chronic cerebrovascular disease complain of headache that is usually caused by mixed primary headache. The management tactics for a CCI patient suffering from headache is aimed at treating primary headache, modifying vascular risk factors, and managing cognitive impairment. The paper discusses the use of choline alphoscerate in patients diagnosed with CCI.

Keywords: *primary headache; tension headache; chronic cerebral ischemia; cerebrovascular disease; choline alphoscerate.*
Contact: *Olga Vladimirovna Kosivtsova;* ***o.kosivtsova@gmail.com***
For reference: *Platov MP, Kosivtsova OV. Headache in elderly patients with chronic cerebral ischemia: outpatient diagnosis and treatment. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. 2018;10(1):102–106.*
DOI: *http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2018-1-102-106*

Хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ)

ХИГМ – наиболее часто устанавливаемый диагноз у пациентов среднего и пожилого возраста в практике невролога амбулаторно-поликлинического звена. По данным городской поликлиники № 46 Москвы, в течение года невролога посетили 6486 пациентов, у которых диагностировано хроническое цереброваскулярное заболевание, ХИГМ. Из них в возрасте до 60 лет были 1900 пациентов, от 60 до 70 лет – 1985, старше 70 лет – 2601.

К сожалению, часто у пациентов среднего и пожилого возраста диагноз ХИГМ устанавливается только на основании жалоб на головную боль, головокружение, неустойчивость при ходьбе, снижение настроения. При этом не диагностируются другие заболевания, которые вызывают данные симптомы, пациенты не получают лечения, что значительно ухудшает качество жизни и приводит к тревожно-депрессивным состояниям. В исследовании, проведенном в поликлинике Санкт-Петербурга, из 50 пациентов, наблюдавшихся ранее с диагнозом ХИГМ и получавших соответствующую терапию, после тщательного обследования у 12 диагностирована первичная головная боль, у 4 – доброкачественное пароксизмальное головокружение, у 17 – тревожно-депрессивные расстройства, у 5 – болезнь Альцгеймера, у 3 – другие неврологические заболевания и только у 9 диагноз ХИГМ оставлен в качестве заключительного [1]. С гипердиагностикой ХИГМ в случаях периферической вестибулопатии, головной боли, неустойчивости при ходьбе, а также с гиподиагностикой болезни Альцгеймера связана высокая частота цереброваскулярных заболеваний в Российской Федерации по сравнению с таковой в западных странах [2].

Артериальная гипертензия и сахарный диабет – ведущие факторы риска развития ХИГМ, приводящие к микроангиопатии, гиалинозу и атероматозу мелких артерий. Мелкие пенетрирующие артерии кровоснабжают белое вещество головного мозга вокруг боковых желудочков. При хроническом нарушении кровоснабжения в данной области развиваются лейкоареоз (диффузное изменение белого вещества головного мозга) и мелкие лакунарные инфаркты. Соответственно, клиническая картина зависит от локализации и объема повреждения. Когнитивные расстройства (легкие, умеренные и тяжелые – деменция) – основные клинические симптомы ХИГМ. Эмоциональные расстройства, нарушение контроля за мочеиспусканием, псевдобульбарный, амиостатический синдромы расцениваются как возможные симптомы.

Для выявления когнитивных расстройств у пациентов используются различные нейропсихологические шкалы, наиболее распространенные скрининговые шкалы – краткая шкала оценки психического статуса (КШОПС), тест рисования часов, тест запоминания 5 слов. Наиболее удобна в амбулаторной практике КШОПС, которая содержит 30 вопросов, за каждый правильный ответ присваивается один балл. Данная шкала позволяет оценить ориентировку пациента в месте и времени, краткосрочную память, отсроченное воспроизведение, счет, чтение, письмо, гнозис и конструктивный праксис. Она имеет четкую градацию по баллам на умеренные когнитивные расстройства и деменцию (легкую, среднюю, тяжелую). К сожалению, несмотря на быстрое и простое тестирование, в рутинной практике невролога, врача общей практики и терапевта данная шкала используется редко, и умеренные когнитивные расстройства своевременно не выявляются [3, 4].

Головная боль у пациентов с ХИГМ

Головная боль у пациентов среднего и пожилого возраста с наличием сосудистых факторов риска часто расценивается как один из симптомов ХИГМ и пациентам устанавливают «шаблонный» диагноз цереброваскулярного заболевания. Головная боль не относится к ведущим симптомам хронического цереброваскулярного заболевания, так как паренхима вещества головного мозга не обладает болевыми рецепторами и диффузное изменение белого вещества головного мозга в перивентрикулярной области, развивающееся вследствие хронической ишемии, не приводит к возникновению болевого синдрома [5].

Иллюстрацией ошибочной диагностики ХИГМ у пациентов с хронической ежедневной головной болью служит исследование, в которое вошли 90 пациентов 23–78 лет. Хронической мигренью страдали 30 (33,3%) пациентов, хронической головной болью напряжения (ГБН) – 37 (41,1%), хронической ГБН и эпизодической мигренью – 23 (25,6%). Предварительно диагноз ХИГМ вместо первичных форм головной боли был установлен у 55,5% пациентов, а среди лиц старше 45 лет – у 91% [6].

Распространено ошибочное мнение, что головная боль у пожилых связана с наличием гипертонической болезни. Головная боль может сопровождать острое повышение артериального давления (АД) до высоких значений, но в большинстве случаев безкризового течения гипертонической болезни она не наблюдается [5]. Кроме того, данные крупного проспективного исследования, проведенного в Норвегии и включавшего 22 685 пациентов, показали, что высокое систолическое и диастолическое АД ассоциировано с уменьшением риска немигренозной головной боли [7]. Головная боль в сочетании с высоким АД требует исключения феохромоцитомы.

Несмотря на разнообразие форм головной боли, которые могут присутствовать у пожилого пациента, вторичная головная боль выявляется лишь в незначительной части наблюдений (<10%) [8, 9]. В большинстве случаев отмечается первичная головная боль в виде ГБН, хронической ежедневной головной боли, цервикогенной головной боли, абузусной головной боли, а также головная боль вследствие синусита, артроза височно-нижнечелюстного сустава. При данных видах головной боли отсутствуют симптомы «опасности», при внешнем осмотре выявляется болезненность при пальпации перикраниальных мышц. При нейровизуализации существенных изменений не обнаруживают. В настоящее время в литературе широко обсуждается вопрос о необходимости проведения нейровизуализации у пациентов с первичной головной болью. Так, в исследовании M. Maizels и R. Burchette [10], в котором участвовали 373 пациента с хронической первичной головной болью, при компьютерной томографии (КТ) головного мозга выявлены изменения только в 4 (1%) наблюдениях: остеома (в 2), низкодифференцированная глиома (в 1) и аневризма (в 1). Хирургическому лечению подвергся только 1 пациент с аневризмой головного мозга. Авторы исследования считают, что пациенты с первичной головной болью не нуждаются в проведении нейровизуализации, если нет признаков опасного заболевания.

При первичном обращении пожилого пациента с головной болью, особенно развившейся впервые, всегда необходима настороженность в отношении вторичной природы головной боли. Таким образом, основная цель врача пер-

вичного амбулаторного звена состоит в том, чтобы выявить малочисленную группу пациентов, у которых головная боль может быть симптомом угрожающего жизни заболевания или серьезного заболевания, не несущего угрозу для жизни. Поэтому большое значение имеют тщательно собранный анамнез и анализ жалоб пациента для выявления симптомов «опасности». К симптомам «опасности» относят: головную боль, впервые развившуюся после 40 лет; острую «громоподобную» боль; повышение температуры тела; потерю массы тела; наличие онкологического заболевания; травму; утреннюю головную боль; головную боль при кашле; головную боль, изменившую локализацию, характер и частоту. Также следует оценить возраст, в котором появилась головная боль, наличие или отсутствие ауры, частоту, интенсивность, продолжительность, локализацию и время начала головной боли (например, для выявления «будильниковой» головной боли), сопутствующие симптомы, наследственный анамнез, провоцирующие факторы, влияние физической нагрузки, продуктов питания и алкоголя, прием лекарственных препаратов, наличие недавней травмы в анамнезе.

Если у пациента возникла острая интенсивная головная боль, особенно впервые в жизни («громоподобная» головная боль), необходимо в первую очередь исключить субарахноидальное кровоизлияние (САК) и другие потенциально опасные состояния – расслоение внечерепных и внутричерепных артерий, церебральный венозный тромбоз, кровоизлияние в аденому гипофиза, субдуральную гематому, острую гипертоническую энцефалопатию, спонтанную внутричерепную гипотензию, бактериальный и вирусный менингит, синдром обратимой церебральной вазоконстрикции. Следует выполнить магнитно-резонансную томографию (МРТ) или КТ головного мозга, в ряде случаев – МР-артериографию, МР-венографию.

Диагностика внутримозгового кровоизлияния в большинстве случаев не вызывает трудностей, так как, помимо головной боли, менингеальных симптомов, остро развивается неврологическая симптоматика, зависящая от локализации внутримозговой гематомы. При САК у пациента в неврологическом статусе выявляются менингеальные симптомы через несколько часов после возникновения кровоизлияния. В большинстве случаев менингеальный синдром является единственным в клинической картине, поэтому у пожилого пациента с впервые остро развившейся головной болью, наличием менингеального синдрома необходимо экстренно выполнить КТ головного мозга. Примерно в 85% случаев причиной САК служит разрыв мешотчатой аневризмы, которая возникает преимущественно в местах отхождения от крупных церебральных артерий более мелких ветвей. Причиной развития большинства аневризм является атеросклероз [11]. В таких случаях проводят нейрохирургическое вмешательство – клипирование аневризмы.

Реже встречается церебральный венозный тромбоз, который в большинстве случаев развивается в верхнем сагиттальном синусе и у меньшего числа больных – в кавернозном, поперечном и сигмовидном синусах. Первый симптом при данной патологии – головная боль, которая может сопровождаться тошнотой, рвотой и эпилептическим припадком. Позже могут присоединяться неврологические симптомы (парезы, нарушение сознания). Прекращение венозного оттока вызывает отек головного мозга и разрыв растянутых мозговых вен. Ведущую роль в диагностике играет КТ- или МР-венография. Применяются антитромботическая терапия и антибиотикотерапия при септическом тромбозе на фоне инфекционного процесса.

Синдром обратимой церебральной вазоконстрикции проявляется острой «громоподобной» головной болью, сопровождающейся рядом неврологических симптомов (нарушение зрения, парезы, расстройства речи, координации). При исследовании цереброспинальной жидкости и нейровизуализации обычно не обнаруживают изменений. Терапия блокаторами кальциевых каналов и глюкокортикоидами неэффективна [12].

Расслоение внечерепных и внутричерепных артерий может наблюдаться в любом возрасте, в качестве первого симптома часто отмечаются головная боль и/или боль в шее. В некоторых случаях головная боль может быть единственным проявлением расслоения артерии, но в части случаев развивается транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт. В диагностике ведущую роль играет МР- или КТ-ангиография. Подход к тактике лечения должен быть индивидуальным (антитромботическая терапия, эндоваскулярные операции) [13].

Следующим этапом после исключения угрожающих жизни состояний является выявление серьезных заболеваний, сопровождающихся головной болью. Опухоль головного мозга – редкая причина головной боли, но ее следует исключать при появлении нового характера головной боли у пациентов старше 50 лет, особенно при наличии постепенно нарастающей неврологической симптоматики. Головная боль при объемных образованиях, как правило, неспецифична и широко варьируется в зависимости от расположения, размера и скорости роста опухоли. При этом головная боль обычно двусторонняя, но может быть односторонней, чаще напоминает головную боль напряжения, но в ряде случаев схожа с мигренью и другими типами головной боли. Ведущим в диагностике является нейровизуализация с введением контрастного вещества. Нейровизуализация необходима и при появлении нового типа головной боли у пациентов с онкологическим анамнезом для выявления метастатического поражения; у пациентов с болезнью Лайма для исключения менингоэнцефалита; у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Утренняя головная боль, как правило, неспецифична и может возникать как в рамках первичной головной боли, так и вследствие других заболеваний, которые сопровождаются гиповентиляцией (апноэ во сне, хроническая обструктивная болезнь легких и ожирение).

Односторонняя головная боль продолжительностью менее 1 ч, возникающая после 50 лет, не соответствующая критериям мигрени, сопровождающаяся нарушением зрения, появлением ореола вокруг света, свидетельствует о наличие закрытоугольной глаукомы. Появление битемпоральной гемианопсии указывает на опухоль гипофиза. Нечеткость зрения, утренняя головная боль, которые уменьшаются в вертикальном положении, а также диплопия и нарушение координации – признаки повышенного внутричерепного давления.

Гигантоклеточный артериит (хронический васкулит крупных и средних сосудов) наиболее часто встречается после 50 лет. У 2/3 пациентов возникает новый тип головной боли, локализованной в большинстве случаев в височных и реже в лобной и затылочной областях. Интенсивность головной боли колеблется от умеренной до выраженной. Из

сопутствующих симптомов наблюдаются повышение температуры тела, усталость, похудение, преходящая потеря зрения на один глаз, боль в мышцах и суставах, увеличение СОЭ до 85–100 мм/ч.

Большинство идиопатических случаев невралгии тройничного нерва возникают после 50 лет и проявляются внезапными односторонними интенсивными колющими или стреляющими эпизодами боли в зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва. Постгерпетическая невралгия тройничного нерва также наиболее часто встречается у лиц старшего возраста и сопровождается сыпью.

Редкой формой первичной головной боли, возникающей после 50 лет, является гипническая, или «будильниковая», головная боль, характеризующаяся эпизодами тупой боли, часто двусторонней, которая пробуждает пациента и не наблюдается в период бодрствования. Кашлевая головная боль наиболее часто встречается после 40 лет и провоцируется кашлем.

В большинстве случаев у пожилых пациентов имеется первичная головная боль в виде ГБН, хронической ежедневной головной боли, цервикогенной головной боли. Вторичная головная боль выявляется менее чем у 10% пациентов [9]. Тем не менее всегда необходима настороженность в отношении вторичной головной боли у пожилого пациента, так как некоторые ее формы сопровождают угрожающие жизни заболевания и требуют экстренной госпитализации в специализированные отделения.

Лечение пациентов с ХИГМ и головной болью

Лечение пациентов с ХИГМ должно быть направлено на коррекцию сосудистых факторов риска: регулярный прием гипотензивных препаратов, коррекция уровня глюкозы в крови, антитромбоцитарная и антиагрегантная терапия по показаниям, прием статинов при дислипидемии, умеренные физические нагрузки, отказ от курения, снижение массы тела, соблюдение принципов средиземноморской диеты. Приоритетными являются своевременное выявление умеренных когнитивных расстройств и раннее назначение лекарственной терапии.

Важную роль в развитии когнитивных расстройств отводят ядру Мейнерта и снижению его холинергического влияния на кору головного мозга. Поэтому при выявлении умеренных когнитивных расстройств оправдано назначение препаратов – доноров холина (Церепро®) или ингибиторов холинэстеразы (донепезил, галантамин, ривастигмин).

Холина альфосцерат (Церепро®) содержит 40,5% защищенного холина, обладающего электрической нейтральностью, что способствует проникновению холина через гематоэнцефалический барьер и попаданию в головной мозг. Механизм действия препарата основан на том, что под влиянием ферментов происходит его расщепление на холин и глицерофосфат. Образовавшийся холин служит основой и стимулирует синтез ацетилхолина, улучшает передачу нервных импульсов в холинергических нейронах. Глицерофосфат стимулирует образование фосфатидилхолина, который восстанавливает фосфолипидный состав и улучшает пластичность мембран нейронов.

Эффективность холина альфосцерата в улучшении когнитивных функций после инсульта отмечена 20 лет назад в многоцентровом исследовании, проведенном в Италии [14]. После острой стадии инсульта холина альфосцерат был назначен 2044 больным сначала внутримышечно в дозе 1000 мг в течение 28 дней, затем внутрь по 400 мг 3 раза в сутки в течение еще 5 мес. Длительное наблюдение показало улучшение когнитивных функций и других параметров неврологического статуса у большинства пациентов.

Эффективность холина альфосцерата отмечена в многоцентровом плацебоконтролируемом исследовании у больных с легкой или умеренной степенью деменции альцгеймеровского типа [15]. В течение 180 дней 261 пациент принимал холина альфосцерат по 400 мг 3 раза в день (n=132) или плацебо (n=129). Через 90 и 180 дней лечения в группе холина альфосцерата отмечено улучшение когнитивных функций по различным шкалам (ADAS-Cog, ADAS-Behav, ADAS-Total, GCI), а в группе плацебо – ухудшение состояния или отсутствие изменений.

Применение холина альфосцерата изучено у 1570 больных с деменцией (при этом у 854 – с использованием плацебо-контроля), при этом установлены эффективность и безопасность холина альфосцерата у таких пациентов [15].

Холина альфосцерат (Церепро®) при ХИГМ обычно назначают в дозе 1200 мг/сут. Возможен как курсовой (в течение 1–2 мес 2–4 раза в год), так и постоянный прием препарата.

Лечение головной боли зависит от основного заболевания. В случае САК, тромбоза венозных синусов, энцефалита, расслоения артерии требуется экстренная госпитализация для проведения диагностики основного заболевания и лечения. При головной боли, вызванной закрытоугольной глаукомой, синуситом, височным артериитом, необходимо привлечение к ведению пациента узких специалистов (окулиста, оториноларинголога, ревматолога). Лечение пациентов с ГБН, цервикогенной головной болью, невралгией тройничного нерва проводится под наблюдением невролога.

Для купирования ГБН используются препараты ацетилсалициловой кислоты, нестероидные противовоспалительные препараты однократно. При хронизации головной боли эффективны антидепрессанты, миорелаксанты, а также когнитивно-поведенческая терапия. В случаях невралгии тройничного нерва, помимо исключения провоцирующих факторов, показаны противоэпилептические препараты.

Планирование лечения головной боли проводится врачом совместно с пациентом, прежде чем назначить лекарственную терапию, необходимо объяснить пациенту причины его головной боли. Хорошие результаты наблюдаются при изменении образа жизни – умеренные физические нагрузки, уменьшение употребления чая и кофе, регулярный полноценный сон, умение справляться со стрессовыми ситуациями. Головная боль часто связана с тревогой и снижением общего фона настроения, хороший эффект дает назначение антидепрессантов. С учетом пожилого возраста пациента можно рекомендовать препарат пароксетин (Адепресс®), который безопасен при длительном приеме. Адепресс® назначают в эффективной терапевтической дозе 20 мг 1 раз в день утром, длительность приема – не менее 2 мес.

Таким образом, головная боль у пожилого пациента с факторами риска инсульта не должна расцениваться как симптом ХИГМ. При ХИГМ на фоне артериальной гипер-

тензии и сахарного диабета происходят изменения по типу гиалиноза и атероматоза мелких сосудов, которые кровоснабжают белое вещество головного мозга вокруг боковых желудочков (область кровоснабжения мелких пенетрирующих артерий). При хроническом нарушении кровоснабжения данных областей развиваются лейкоареоз (область диффузного изменения белого вещества головного мозга) и мелкие лакунарные инфаркты. Клиническая картина ХИГМ зависит от локализации и объема повреждения. Когнитивные нарушения, эмоциональные расстройства, псевдобульбарный синдром, амиостатический синдром составляют основу клинической картины ХИГМ. У пожилых больных часто наблюдается сочетание головной боли и ХИГМ. Ведение пациента с ХИГМ, страдающего головной болью, направлено на профилактику инсульта (коррекция сосудистых факторов риска) и лечение первичной головной боли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Парфенов ВА, Неверовский ДВ. Ведение пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией в амбулаторной практике. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2015;7(1):37-42. [Parfenov VA, Neverovskii DV. Outpatient management of patients with dyscirculatory encephalopathy. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2015;7(1):37-42. (In Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2015-1-37-42

2. Самородская ИВ, Андреев ЕМ, Заратьянц ОВ и др. Показатели смертности населения старше 50 лет от цереброваскулярных болезней за 15-летний период в России и США. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2017;9(2):15-24. [Samorodskaya IV, Andreev EM, Zarat'yants OV, et al. Cerebrovascular disease mortality rates in the population over 50 years of age in Russia and the USA over a 15-year period. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2017;9(2):15-24. (In Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2017-2-15-24

3. Яхно НН, Левин ОС, Дамулин ИВ. Сопоставление клинических и МРТ-данных при дисциркуляторной энцефалопатии. Сообщение 1: двигательные нарушения. Неврологический журнал. 2001;6(2):10-6. [Yakhno NN, Levin OS, Damulin IV. Comparison of clinical and MRI data in dyscirculatory encephalopathy. Message 1: motor disorders. *Nevrologicheskii zhurnal*. 2001;6(2):10-6. (In Russ.)].

4. Яхно НН, Захаров ВВ, Локшина АБ и др. Деменции. Москва: Медпресс-информ; 2011. [Yakhno NN, Zakharov VV, Lokshina AB, et al. *Dementsii* [Dementias]. Moscow: Medpress-inform; 2011].

5. Парфенов ВА. Дисциркуляторная энцефалопатия и сосудистые когнитивные расстройства. Москва: ИМА-ПРЕСС; 2017. [Parfenov VA. *Distsirkulyatornaya entsefalopatiya i sosudistye kognitivnye rasstroistva* [Dyscirculatory encephalopathy and vascular cognitive disorders]. Moscow: IMA-PRESS; 2017].

6. Головачева ВА, Парфенов ВА, Табеева ГР, и др. Оптимизация ведения пациентов с хронической ежедневной головной болью. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017;117(2):4-9. [Golovacheva VA, Parfenov VA, Tabeeva GR, et al. Optimization of management of patients with chronic daily headache. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2017;117(2):4-9. (In Russ.)].

7. Hagen K, Stovner LJ, Vatten L, et al. Blood pressure and risk of headache: a prospective study of 22 685 adults in Norway. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002 Apr;72(4):463-6.

8. Осипова ВВ, Табеева ГР. Первичные головные боли. Практическое руководство. Москва: МИА; 2014. [Osipova VV, Tabeeva GR. *Pervichnye golovnye boli. Prakticheskoe rukovodstvo* [Primary headache. Practical guide]. Moscow: MIA; 2014.]

9. Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Etiology and distribution of headaches in two Brazilian primary care units. *Headache*. 2000 Mar;40(3):241-7.

10. Maizels M, Burchette R. Rapid and sensitive paradigm for screening patients with headache in primary care settings. *Headache*. 2003 May;43(5):441-50.

11. Shea AM, Reed SD, Curtis LH, et al. Characteristics of nontraumatic subarachnoid hemorrhage in the United States in 2003. *Neurosurgery*. 2007 Dec;61(6):1131-7; discussion 1137-8.

12. Linn J, Fesl G, Ottomeyer C, et al. Intra-arterial application of nimodipine in reversible cerebral vasoconstriction syndrome: a diagnostic tool in select cases? *Cephalalgia*. 2011 Jul;31(10):1074-81. doi: 10.1177/0333102410394673. Epub 2011 Jan 10.

13. Hoving JW, Marquering HA, Majoie CBLM. Endovascular treatment in patients with carotid artery dissection and intracranial occlusion: a systematic review. Endovascular treatment in patients with carotid artery dissection and intracranial occlusion: a systematic review. *Neuroradiology* 2017;59:641.

14. Barbagallo SG, Barbagalio M, Giordano M, el al. Glycerophosphocholine in the mental recovery of cerebral ischemic attacks. An Italian multicenter clinical trial. *Ann N Y Acad Sci*. 1994 Jun 30;717:253-69.

15. Scapicchio PL. Revisiting choline alphoscerate profile: a new, perspective, role in dementia? *Int J Neurosci*. 2013 Jul;123(7):444-9. doi: 10.3109/00207454.2013.765870. Epub 2013 Feb 19.

Поступила 1.02.2018

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Исследование поддержано компанией «Верофарм». Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.