

**ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО**

УДК 616.831-005

На правах рукописи

ИСОЕВА МАНИЖА БАШИРОВНА

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ИНСУЛЬТА В
ПОПУЛЯЦИИ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА Г. ДУШАНБЕ**

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.11 - нервные болезни

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,

Р.А. Рахмонов

Душанбе – 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| Список сокращений..... | 4 |
| Введение..... | 5 |
| Общая характеристика работы..... | 7 |
| Глава 1. Эпидемиология сосудистых заболеваний головного мозга (обзор литературы) | 10 |
| 1.1. Факторы риска развития инсульта | 11 |
| 1.2. Структура цереброваскулярных заболеваний среды трудоспособного населения..... | 28 |
| 1.3. Концепция профилактики инсульта, основанная на факторах риска. Решенные и нерешенные проблемы..... | 31 |
| Глава II. Материалы и методы исследования..... | 35 |
| 2.1. Общая характеристика обследованных лиц..... | 37 |
| 2.2. Методы исследования..... | 38 |
| 2.2.1 Выявление факторов риска..... | 39 |
| 2.2.2. Оценка суммарного риска инсульта..... | 39 |
| 2.2.3. Диагностика цереброваскулярной патологии при проведении скрининга популяции..... | 42 |
| 2.2.4. Тесты для оценки памяти, качества жизни, внимания, умственной работоспособности, невротического статуса, вегетативного статуса..... | 45 |
| 2.2.5. Лабораторные и инструментальные методы исследования..... | 47 |
| 2.3.6. Статистическая обработка..... | 48 |
| Глава 3. Эпидемиологическая характеристика факторов риска инсульта среди трудоспособного населения г. Душанбе..... | 49 |
| 3.1.1. Немодифицируемые факторы риска. Наследственная отягощённость..... | 49 |
| 3.1.2. Модифицируемые факторы риска..... | 50 |
| 3.1.2.1. Артериальная гипертензия..... | 50 |
| 3.1.2.2. Поведенческие факторы риска..... | 52 |
| 3.1.2.3. Метаболические нарушения..... | 54 |
| 3.1.2.4. Кардиальная патология..... | 55 |

| | |
|---|-----|
| 3.1.2.5. Распространенность невротического синдрома в популяции 40-59 лет..... | 58 |
| 3.1.2.6. Острые и хронические цереброваскулярные заболевание как фактор риска инсульта..... | 59 |
| 3.3. Частота и структура неврологических симптомов и их ассоциация с факторами риска инсульта..... | 63 |
| Глава IV. Комплексная оценка риска инсульта в популяции трудоспособного возраста..... | 74 |
| 4.1. Структура риска инсульта..... | 74 |
| 4.2. Состояние медицинской помощи, оказываемой лицам с факторами риска инсульта в условиях ГЦЗ №1 г. Душанбе..... | 79 |
| Заключение. Обсуждение результатов исследования | 83 |
| Основные научные результаты диссертации | 91 |
| Рекомендации по практическому использованию результатов..... | 93 |
| Список литературы..... | 94 |
| Приложение А..... | 115 |
| Приложение Б..... | 117 |
| Приложение В..... | 118 |
| Приложение Г..... | 120 |
| Приложение Д..... | 124 |

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальная гипертония

ГНИЦПМ – «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»

ГХС – гиперхолестеринемия

ГЦЗ – Городской центр здоровья

ГЦК – гипертонические церебральные кризы

ДЭ – дисциркуляторная энцефалопатия

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИМ – инфаркт миокарда

ИМТ – индекс массы тела

МА – мерцательная аритмия

НИЗ – неинфекционные заболевания

НПНКМ – начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга

ОК – оральные контрацептивы

ОХС – общий холестерин

ПНМК - преходящие нарушения мозгового кровообращения

РТ – республика Таджикистан

СД – сахарный диабет

СН – стенокардия напряжения

ТИА – транзиторные ишемические атаки

ФР - фактор риска

ХПЭН – хроническое психо-эмоциональное напряжение

ХЦВЗ – хронические цереброваскулярные заболевания

ЦВЗ – цереброваскулярные заболевания

ЭКГ – электрокардиография

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Глобальная угроза неинфекционных заболеваний является серьезной проблемой общественного здравоохранения, проблемой, подрывающей социальное и экономическое развитие на мировом уровне. По актуальным оценкам, в случае 36 миллионов смертей (63%) из 57 миллионов которые были зарегистрированы по всему миру в 2008 г., причиной стало то или иное неинфекционное заболевание. Существенное место среди данных заболеваний отводится сердечно-сосудистой патологии (48% случаев) [124]. Значительную часть сердечно-сосудистых заболеваний составляет поражение сосудов мозга, например, мозговой инсульт: данное заболевание является наиболее значимым среди заболеваний нервной системы, высоко распространено и имеет тяжелые последствия для здоровья человека [1,12,28,30,42,46,73,84]. Так, смертность от инсульта по частоте уступает только смертности от ишемической болезни сердца и раковых заболеваний [94,116,124,129].

По оценке 2010 года [93] можно заметить, что частотность случаев инсульта среди населения продолжает расти. Кроме того, вызывает тревогу мировая тенденция увеличения числа инсультов у молодых людей и людей среднего возраста (возрастание на 25% в период с 1990 по 2010 гг.) [94]. Данную эпидемию инсульта возможно и следует остановить [139], поскольку более 90% инсультов возможно предотвратить [123]. Главная роль в снижении частотности заболеваемости, инвалидизации и смертности отводится первичной профилактике, которая включает коррекцию базовых регулируемых факторов риска (далее – ФР) [54]. Задачей медицинских учреждений первичного звена здравоохранения является налаживание активной профилактики сосудистых заболеваний головного мозга, их ранней диагностики и лечения. Данную задачи необходимо решить на уровне врачебного территориального участке силами общепрактикующих врачей и участковых врачей-терапевтов [30].

Республика Таджикистан (далее – РТ) – один из регионов, в котором на протяжении последних лет наличествует влияние группы социально-экономических и стрессовых факторов, неблагоприятных для здоровья населения. Длительно существующий психоэмоциональный стресс, депрессия, а также факторы внешней среды (климатический, экологический, метеорологический), пищевой дисбаланс повлияли на рост сердечно-сосудистой патологии, и, следовательно, цереброваскулярных заболеваний.

Необходимо отметить, что детальный клинико-эпидемиологический анализ ФР инсульта по распространенности заболевания в РТ не проводился. Важно понимать, что статистические данные [22,23] прошлых лет не обладают удовлетворительной информацией по указанному заболеванию среди населения. Отсутствие таких данных препятствует усовершенствованию качества медицинской помощи пациентами и улучшению профилактики цереброваскулярных заболеваний.

В целях проведения своевременного планирования и широкомасштабных мер для профилактики инсульта возникает необходимость в создании базы актуальных эпидемиологических данных по ФР инсульта; также необходимо дать им комплексную оценку по международным рекомендациям. Крайне важным представляется анализ адекватности мер первичной профилактики, которые проводятся на уровне первичного звена здравоохранения.

Общая характеристика работы

Цель. Изучить особенности структуры факторов риска инсультов с целью оптимизации профилактики в популяции лиц трудоспособного возраста г. Душанбе.

Задачи исследования:

1. Оценить распространенность основных ФР развития инсульта в популяции трудоспособного возраста (40-59 лет) г. Душанбе
2. Сравнить структуру факторов риска развития инсульта у мужчин и женщин
3. Изучить ассоциацию неврологических симптомов с факторами риска развития инсульта
4. Определить структуру риска инсульта (score и рискометр)
5. Определить достаточность объема мероприятий по коррекции выявленных факторов риска, проводимых в рамках центра семейной медицины

Научная новизна. Впервые в результате скрининга открытой популяции 40-59 лет в г. Душанбе была изучена распространенность факторов риска развития инсульта; оказалось, что среды факторов риска наиболее часто распространены такие факторы как невротический синдром (61,8%), индекс массы тела ≥ 26 (60,9%), а также гиперлипидемия (30%) и АГ (27,9%). Впервые в г. Душанбе дана эпидемиологическая характеристика основным формам ЦВЗ: определили, что основную структуру составляет хронические формы. Оценен суммарный риск инсульта: в структуре риска инсульта больше приходится на группу с низким (34,1%), низко-умеренным (28,8%), умеренным (14,3%) риском. Получены сведения о недостаточности профилактических мероприятий в условиях городского центра здоровья.

Практическая значимость. Результаты исследования показывает необходимость диспансеризации и проведении профилактических мероприятий по предотвращению развития инсульта среди населения г. Душанбе. В работу медицинских учреждений внедрены методы

комплексной оценки факторов риска развития инсульта по международным рекомендациям. Использование этих методов позволит оценить риск инсульта и своевременно провести профилактические меры.

Основные положения выносимые на защиту

1. В структуре модифицируемых факторов риска среди лиц 40-59 лет более половины занимает невротический синдром (61,8%) и ИМТ ≥ 26 (60,9%), а также гиперлипидемия (30%) и АГ (27,9%) занимающие большую часть, что подтверждает актуальность их выявления с целью своевременного предупреждения инсульта.
2. В структуре риска инсульта больше приходится на группу с низким (34,1%), низко-умеренным (28,8%), умеренным (14,3%) риском. Оценка суммарного риска инсульта с помощью специальных шкал является способом правильного контроля факторов риска инсульта.
3. Активное привлечение населения к лечебно-профилактическим мероприятиям, так как из всех обследованных лиц с БСК только 25,2% обращаются в центр здоровья.

Апробация работы: диссертационная работа заслушана и рекомендована к защите на заседании межкафедральной проблемной комиссии по терапевтическим дисциплинам ТГМУ имени Абуали ибни Сино, протокол № от 26 декабря 2017 г. Материалы исследования были представлены на 2-й научно-практической конференции «Актуальные вопросы неврологии», 11-12 мая 2014, Душанбе, годовых научно-практических конференциях молодых ученых и студентов ТГМУ имени Абуали ибни Сино (Душанбе 2015, 2016), 62-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвященной 20-летию Конституции Республики Таджикистан (Душанбе, 2014), научно-практической конференции «Медицина и здоровье» посвященной 80-летию государственного учебного учреждения «Республиканский медицинский колледж» (Душанбе, 2015), международной научно-практической

конференции «Здоровье населения: профилактика заболеваний и инвалидность в республике Таджикистан» (Душанбе, 2016).

Личное участие автора в проведении исследования. Автор принимала личное участие на всех этапах сбора материала: была координатором организации скрининговых исследований, приглашала и контролировала участников при проведении дополнительных методов обследования, организации консультации кардиолога и при необходимости эндокринолога, контролировала аккуратность и точность ввода данных в базу через интернет, обработку и анализ полученного научного материала, формулирование основных положений диссертации.

Публикации. По результатам диссертации опубликовано 26 печатных работ, в том числе 5 статей в журналах, входящих в реестр ВАК РФ.

Структура и объём диссертации. Диссертация включает введение, обзор литературы и глав, которые содержат описание материалов и методов исследования, изложение полученных результатов и их обсуждение, выводы и практические рекомендации. Диссертация состоит из 125 страниц машинописного текста, включает 14 таблиц и 19 рисунков. Библиография содержит 156 наименований, из которых 70 являются отечественными и 86 – иностранными источниками.

ГЛАВА 1

Эпидемиология сосудистых заболеваний головного мозга

(Обзор литературы)

Ввиду широкой распространенности и серьезных последствий для здоровья, сосудистые заболевания головного мозга можно назвать одной из наиболее значимых медицинских и социальных проблем для большинства как развитых, так и развивающихся странах [11, 41, 47, 57].

Каждый год инсульт случается у 15 миллионов человек, из которых 5 миллионов случаев имеют летальный исход. В 5 миллионов случаев зафиксированы стойкие неврологические нарушения, большинство из которых требуют постоянного ухода за пациентом [120]. При этом ВОЗ указывает на возможность предотвращения летального исхода в 80% случаев (инсульт, заболевания сердца, сахарный диабет) [122].

В последнее время интерес к эпидемиологическим исследованиям инсульта значительно возрос. Основная цель подобных исследований состоит в получении данных о частоте заболевания, новых случаев заболевания, его распространенности; в изучении факторов риска. Результаты данных являются основанием для проектирования и организации лечебно-профилактических мероприятий. Обычно в ходе подобных исследований используются следующие методы: анализ заболеваемости согласно данным лечебных заведений, анализ статистики по смертности популяции, одномоментные и проспективные исследования по населению, включающие регистры инсульта [28, 29, 52, 67].

В ходе одномоментного исследования делается скрининг населения, включающий последующий анализ распространенности ЦВЗ, их структуру и распространенность ФР [10].

Скрининг является оптимальным методом исследования распространенности заболеваний системы кровообращения [24]. В случае подобного исследование возможность получения данных, репрезентативных для населения в целом, возрастает, если особым образом организовать

эпидемиологическое исследование и осматривать конкретную часть населения. Многоцентровые эпидемиологические исследования сердечно-сосудистых заболеваний были начаты по инициативе ВОЗ в 1960-х годах. Организованы первые скрининги популяции, в ходе которых изучалась распространённость АГ, ИБС, преходящих нарушений мозгового кровообращения, последствий инсульта, а также гиперхолестеринемии и других факторов риска [10, 57].

Конец 1960-х годов ознаменовался первым изучением распространённости цереброваскулярных заболеваний: программа ВОЗ Института неврологии АМН РФ организовала исследование в отдельных городах (Москва, Якутск, Коломна, Вильнюс и Семипалатинск). Скрининг по выявлению различных форм сосудистых заболеваний мозга также определил распространённость ИБС, АГ, гиперхолестеринемии и нескольких других факторов [57,66,67]. Далее распространённость сосудистых заболеваний головного мозга была исследована с применением таких же диагностических критериев в Москве (повторно), в Мценске и в Хорезмской области Узбекистана. Настоящее исследование позволило собрать первые данные о распространённости сосудистых поражений мозга у определенных возрастных популяционных групп, находящихся в различных климато-географических зонах. Также был накоплен важный опыт координирования многоцентровых эпидемиологических исследований цереброваскулярных заболеваний [10, 11].

1.1. Факторы риска развития инсульта

Современное понятие ФР развития заболевания включает совокупность различных биохимических, клинических, поведенческих и прочих свойств, характерных для определенного человека либо определенной популяции. Кроме того, под ФР подразумеваются также внешние воздействия-индикаторы, указывающие на повышенную опасность развития конкретных патологий [12,57,58].

ФР, как правило, разделяют на две подгруппы: немодифицируемые (невозможность воздействия) и модифицируемые (возможность немедикаментозной и медикаментозной коррекции) [5].

Немодифицируемые ФР включают: 1) пол (мужской); 2) возраст (старше 45 для мужчин и 55 – для женщин); 3) отягощенный наследственный анамнез; 4) этническую предрасположенность. Основные модифицируемые ФР включают: 1) дислипидемию; 2) артериальную гипертензию; 3) курение; 4) нарушение толерантности к глюкозе либо сахарный диабет (– далее СД) второго типа; 5) ожирение; 6) злоупотребление алкоголем; 7) низкую физическую активность; 8) психосоциальный стресс [1, 5, 11, 28, 32, 52, 73, 100, 133].

Фрамингемское исследование [26, 150], начатое в 1948 г., продемонстрировало, что также основные ФР развития ССЗ, в том числе и инсульта – это именно модифицируемые факторы: психосоциальные факторы и факторы, которые связаны с нездоровым образом жизни (курение, ожирение, низкая физическая активность) [6].

На начало 60-х годов XX века общий коэффициент смертности в США, Германии и Франции был выше, чем в России (рис 1).

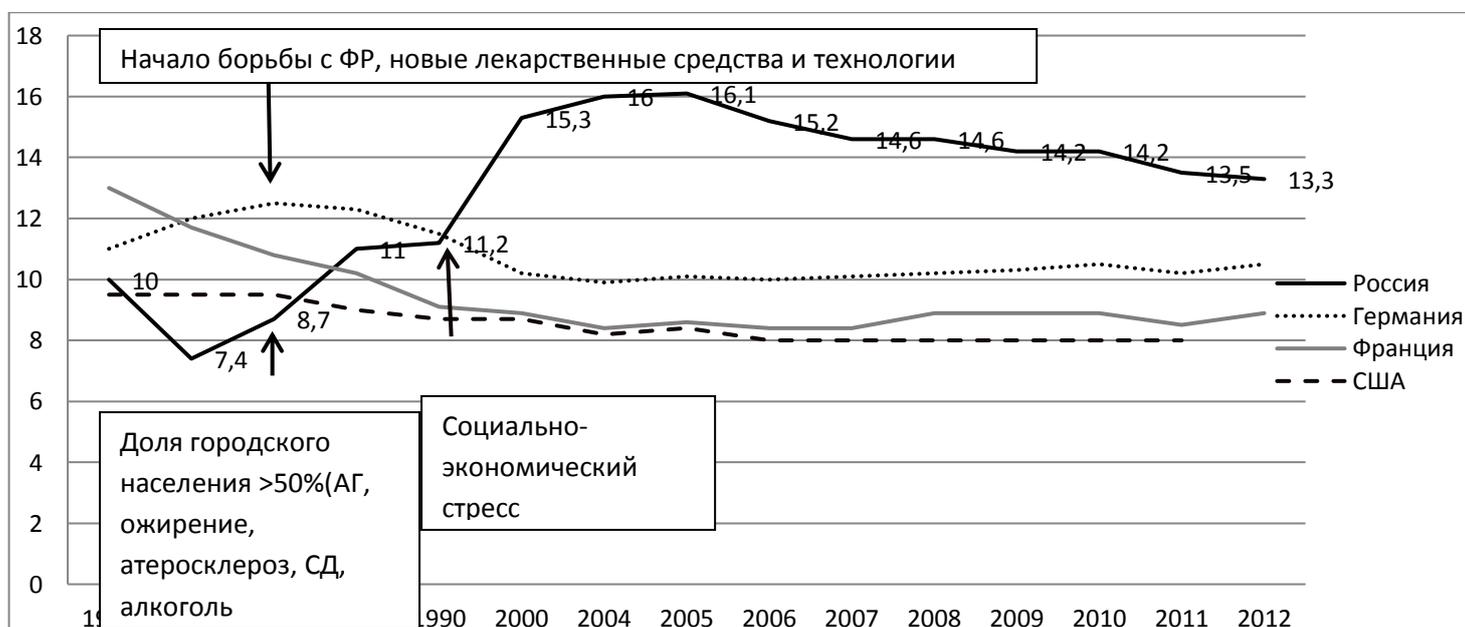


Рисунок 1.1. - Общий коэффициент смертности в США, Франции, Германии и России за 1950-2012 гг.

На тот момент результаты Фрамингемского исследования были рассмотрены и приняты к сведению в Германии, Франции и США не только научными кругами, но и государственными и политическими деятелями, итогом же стало информирование населения, пропаганда здорового образа жизни среди широких масс и разработка нужных для этого условий. В результате принятых мер коэффициент смертности в вышеназванных странах стал снижаться [6, 7]. В России, же с с 60-х гг XX века до 2003 г. можно было наблюдать длительный и практически непрекращающийся рост смертности, связанный с различными факторами [8, 86, 152]. Одной из основных причин высокой смертности населения во всем мире является большая распространенность ФР НИЗ, в частности и инсульта [7].

В 2004 году увидели свет результаты одного из крупнейших международных проектов INTERHEART, участие в котором принимали ученые из 52 стран [88]. Данное контролируемое исследование 26 тысяч пациентов, проходящих лечение в отделении интенсивной кардиологии, исследовало связь острого коронарного синдрома с девятью ФР. Результаты показали, что, кроме классических ФР, развитие инфаркта миокарда могут спровоцировать также новые ФР, среди которых стресс/депрессия, СД, ожирение, низкий уровень ХС ЛВП и недостаточное потребление фруктов и овощей.

Результаты международного исследования INTERSTROKE, опубликованные в 2010 г., демонстрировали, что в целом те же самые факторы определяют также риск развития мозгового инсульта (и прежде всего артериальная гипертензия) [123, 124]. При этом есть можно отметить, что введение профилактических методов лечения заболеваний и мер снижения воздействия ФР инсульта среди популяции значительно снизило за последние 50 лет показатели заболеваемости в различных возрастных и половых группах на мировом уровне [5, 95].

Пол – это некорректируемый ФР или маркер риска. Данные исследования EuroHeart показывают, что женщины, как правило, начинают

страдать ССЗ на 10 лет позже мужчины. Возрастание риска начинается с наступлением менопаузы, поскольку обусловлено дефицитом гормонов яичников, что играет значительную роль в развитии артериальной гипертензии (далее – АГ), метаболического синдрома, СД, гиперлипидемии и центрального ожирения [138].

Относительно меньшая заболеваемость инсультом у женщин связывается с эстрогеном [141]. Частота инсульта у мужчин в 1,25 раз выше у нежелеи у женщин. Среднегодовой показатель заболеваемости инсультом среди мужчин, по данным проведенного исследования в городе Смоленске, статистически достоверно выше данного показателя среди женщин.

И у мужчин, и у женщин частотность случаев инсульта растет с возрастом. Например, в 2004г., случаи инсульта у мужчин возрастной группы 50-59 лет составляла 4,6 на 1000 популяции, в то время, как у женщин той же возрастной группы случаи инсульта 1,5 на 1000 популяции. Мужчины возрастной группы 70 и более лет имели случаи инсульта 14,9 на 1000 населения, женщины той же возрастной группы – 3,1 на 1000 населения. У мужчин возрастной группы 60-69 года случаи инсультом превышают в 3 раза случаи у женщин такой же возрастной группы [1].

Данные ВОЗ показывает, что на 20-22% здоровье человека обусловлено генетическими факторами. Существуют некоторые гены, опосредованно влияющие на развитие цереброваскулярной патологии [111]. Одним из них является *methylenetetrahydro-drofolate* редуктаза (MTHFR) гена C677T полиморфизма. В мета-анализе Ming-Jie Zhang и др. была доказана роль этого гена в развитии ЦВЗ у китайского населения [76, 110].

Было показано 21 генов, которые влияя на реологические свойства крови, ремоделирование сосудов, обмен липидов, артериальную гипертензию и внутриклеточное регулирование, являются косвенными или прямыми факторами риска инсульта [14].

Выявление значимости определенного гена для развития ишемического инсульта – достаточно сложная задача. Сложность связана в первую очередь

с его взаимодействием с остальными генами и влиянием на факторы, а также сопутствующие заболевания (АГ, СД, ишемическая болезнь сердца, ожирение [20]. Например, наличествует возрастание риска болезни, которое связано с носительством одного гена в сочетании с другими (так называемый “gene dosage effect”¹), чьи действия которых синергичны относительно риска развития ишемического инсульта [82].

Необходимо указать на наличие генетической гетерогенности ишемического инсульта или, иначе говоря, соответствие каждому клинико-патогенетическому варианту инсульта уникальных комбинаций генов. Было установлено, что на рост риска развития ишемического инсульта влияет не только полиморфизма одного гена, но и сочетания аллелей нескольких генов, т.е. можно говорить о полигенной наследственной предрасположенности к тромботическим поражениям мозговых сосудов [20].

Обнаружение генетических маркеров индивидуальной чувствительности головного мозга к ишемии способствует развитию первичной профилактики ишемического инсульта, дает толчок к разработке инновационных подходов к диспансеризации практически здоровых лиц из групп риска для их целенаправленного и комплексного обследования и превентивного лечения. Исследование генетической базы травмирующего действия ишемии дает возможность выявления новых мишеней для лечения инсульта [30].

Основной ФР развития инсульта – это возраст, так у людей старше 55 лет риск инсульта может удваиваться на каждое последующее десятилетие. Процесс старения влияет на различные биологические изменения в организме, как на состояние сердечно-сосудистой системы, так и на способность нейронных систем сопротивляться патологическим факторам. Старение также существенно снижает способности восстановления нейроглии. При любом виде инсульта тяжесть заболевания увеличивается с возрастом [88].

¹ “эффект дозы гена” (здесь и далее перевод наш – И.М.)

Увеличению тяжести инсульта с возрастом способствуют различные факторы. Один из таких факторов – это снижение резервного обмена веществ, которое заключается в том, что нервные клетки демонстрируют метаболическое снижение способности противостоять экстремальным стрессовым и/или нейротоксическим проблемам [144, 153], которые появляются в области полутени инсульта. Другим важным компонентом реакции ткани головного мозга при инсульте является воспаление. Так, в статье Di Napoli [88] при возрастных изменениях в иммунной функции у лиц пожилого возраста, ответом на острый инсульт становится возникновение более интенсивной воспалительной реакции в первой фазе острой ишемии с активацией цитокинов и хемокина. Все это может привести к раннему образованию рубцов и фиброза.

Артериальная гипертензия является наиболее значимым установленным и модифицируемым фактором риска инсульта и ХЦВЗ [11, 30, 32, 46, 47, 54, 56, 73, 77]. От адекватности лечения АГ зависит и уровень заболеваемости и смертности от инсульта. Согласно данным на 2014 год от ESH (European Society of Hypertension²) и ESC (European Society of Cardiology³), распространенность АГ лежит в диапазоне 30–45% общего населения, с быстрым ростом по мере старения [156].

В РФ АГ – одна из наиболее острых проблем практического здравоохранения, она лидирует в рамках структуры кардиоваскулярной заболеваемости [13, 22, 23, 27, 31, 39]. Однако ее выявляемость у взрослой популяции растет с каждым годом. Так, показатели с расчетом по обращаемости населения демонстрируют, что АГ (в расчете на 100 000 взрослого населения) увеличилась с 1186,5 (2004 г.) до 1490,3 (2005 г.), т.е. на 25%. При этом целенаправленные скрининговые исследования гипертензии показывают существенно более высокую ее распространенность у населения, составляющего не менее 22% (2005 г.) взрослой популяции [17].

² Европейское Общество Гипертонии

³ Европейское Общество Кардиологов

В 60–80-е гг. XX века произошло получение основных данных о значимости АГ как ФР ишемической болезни сердца (далее – ИБС) и острых нарушений мозгового кровообращения (далее – ОНМК). Также была доказана как принципиальная возможность, так и высокая результативность активного выявления и лечения больных, обладающих повышенным АД, для предупреждения сердечно-сосудистых осложнений. [55, 56, 57, 77].

Большая часть многоцентровых профилактических исследований контроля АГ организовывались кардиологами. Цель данных исследований заключалась в снижении заболеваемости инфарктом миокарда. Снижение также риска развития инсульта оказалось неожиданным «побочным эффектом» названных исследований. Интересно, что проведение антигипертензивной терапии (далее – АГТ) снижало риск развития инсульта гораздо значительнее (на 45–50%), нежели риск развития инфаркта миокарда (на 20–25%). Точные объяснения данного феномена пока не найдены [57].

Итак, задача существенного понижения распространенности повышенного уровня АД является вполне разрешимой посредством повышения эффективности контроля населения при помощи лекарственных средств.

По результатам Фрамингемского, а также других исследований было обнаружено значение уровня холестерина в крови, которое является прямым фактором риска ССЗ [108, 109]. Данные ВОЗ показывают, что гиперхолестеринемия (ГХС) (более 5 ммоль/л) является причиной около 4,4 миллионов смертей в год (7,9 % от общей смертности) [43]. Указанный показатель отвечает за развитие мозгового инсульта в 18 % случаев и коронарной болезни сердца – в 56 % случаев [109]. Дальнейшие исследования продемонстрировали, что для развития атеросклероза значимым являются не только гиперхолестеринемия, но и прочие нарушения липидного обмена, как то рост уровня триглицеридов и понижение уровня антиатерогенных липопротеидов высокой плотности.

Распространенность гиперхолестеринемии в РТ составляет 31,8% в возрасте 15-59 лет. Распространенность гиперхолестеринемии и гипертриглицеридемии в РТ по данным ряда исследований нарастает с возрастом [61, 69]. Кроме этого вызывает беспокойство то, что распространенность гиперхолестеринемии увеличивается не только с возрастом, но и с каждым годом. Уровень общего холестерина крови более 5,21 ммоль/л отмечался у 28,8% мужчин на первом (2001г) и у 30,9% – на повторном (2011) исследовании (наблюдается рост на 2%, в 0,9 раза). У женщин гиперхолестеринемия обнаружена у 38,5% на первом и у 32,6% – на повторном исследовании (наблюдается рост на 5,9%, в 1,2 раза) [4].

Курение, как правило – это причина практически трети всех ССЗ, оно провоцирует протромботические изменения в системе гемостаза: способствует увеличению уровня фибриногена и вязкости крови, повышению функциональной активности тромбоцитов и уровня артериального давления. Все это увеличивает вдвое риск развития инсульта, провоцируя ускорение развития атеросклероза сонных и коронарных артерий [57].

Исследования липидных клиник РФ, проведенные в 90-х годах ХХ века, установили, что в 35% случаев смерть от ССЗ у мужчин 40-59 лет обусловлена курением [136]. У той же возрастной группы влияние курения на смертность от коронарной болезни сердца и мозгового инсульта составляет у мужчин 41 и 21%, у женщин 21 и 10% соответственно [29]. По данным ВФС (www.world-heart-federation.org), курение удваивает риск ишемического инсульта и четырежды повышает риск развития геморрагического инсульта.

В настоящее время курение превратилось в массовую эпидемию [137]. В частности, в России частота курения в различных регионах колеблется от 30 до 35%. Данные ГНИЦПМ показывают снижение курения у мужчин на 18,4% (с 53,3% до 43,5%) за период с 2003 по 2013 г. т.е. При этом за тот же период данные показывают увеличение курения у женщин – с 8,4 до 13,6. Подобная неблагоприятная тенденция, вероятно, обусловлена эффективной

политикой табачных компаний по расширению аудитории (выпуск линии так называемых «легких» сигарет для женщин) [6].

Страны Европейского региона показывают низкую распространенность курения, например, в Республике Молдова (15%) и Швеции (16%), а высока – в Албании (39%), Боснии и Герцеговине (37%), Греции (37%). Все страны Европейского региона показывают более высокую частотность мужского курения, за исключением Швеции (18% женщин против 15% мужчин) [122, 135].

Отличие населения Таджикистана от населения Европейского региона состоит в употреблении "бездымного" табака (носовой, нас, насвай), при этом одна закладка такого табака содержит столько же никотина, сколько 2-3-х сигареты. Сублингвальное употребление такого табака повышает эффект действия токсических ингредиентов (в первую очередь на нервную систему, сердце и сосуды и). Также подобное употребление способствует гораздо более быстрому приобретению никотиновой зависимости [31]. Распространенность курения у мужского населения РТ в возрастной группе от 15-64 лет составляет 53,5%, из них 30,1% употребляют сигареты, а 23,4% – бездымный табак (нас) [33].

Злоупотребление алкоголем вследствие формирования генерализованного сосудистого спазма с нарушением церебрального метаболизма связано с трехкратным повышенным риском развития инсульта и смертью от него [62]. Систематическое употребление более 70 мл чистого этанола в день способствует повышению АД, увеличению агрегационной активности тромбоцитов, коагуляции крови, уровня триглицеридов, возникновению пароксизмальной тахикардии и кардиомиопатии [12].

Распространенность употребления алкоголя в различных регионах РТ зависит от географо-этнических особенностей. Но в целом в связи с особенностями менталитета, скорее всего, распространенность употребления алкоголя низкая в РТ, особенно среди женщин. По данным ряда авторов

женщин, употребляющих алкоголь, очень мало (0,1%) [4] или не наблюдаются совсем [37].

По данным исследования Шукурова А.С. [69] в популяции г. Худжанд Согдийской области республики Таджикистан 14,4% обследованных утвердили, что употребляют алкоголь и только 22,9% из них относятся к группе часто употребляющих.

Диабет является важным и неоспоримым фактором риска ишемического инсульта, но эта ассоциация отражает лишь верхушку айсберга для оценки связи между спектром дисгликемии и цереброваскулярными заболеваниями. Мозговая макро- и микроциркуляция и паренхима мозга может зависеть от расстройств, связанных с метаболизмом инсулина и глюкозы [105].

Более 220 миллионов человек во всем мире страдают сахарным диабетом. Общее число людей, страдающих диабетом, по прогнозам увеличится с 171 млн в 2000 году до 366 миллионов в 2030 году [102]. Диабет типа 2 отмечен более чем у 90% пациентов, страдающих сахарным диабетом. Увеличение распространенности диабета типа 2 и предиабета связано с изменениями образа жизни, которые привели к избыточному весу и ожирению. Эти изменения в образе жизни, и генетическая предрасположенность к нарушению метаболизма инсулина приводят к прогрессивной недостаточности панкреатических клеток, в результате растет гликемия, достигая диабетической и предиабетических диапазонов. Распространенность СД в России составляет 4,6% [18]

Помимо своего первостепенного влияния на риск развития инсульта, диабет влияет на исход инсульта. Такие больные имеют более высокий риск госпитальной смерти [131]. Диабет также ассоциируется с повышенным долгосрочным риском смертности, даже через 10 лет после инсульта [74].

За последние 20 лет в республике Таджикистан отмечен рост заболеваемости СД (до 5–6% популяции), что оказывает влияние на повышение уровня как инвалидизации, так и смертности от данного

заболевания. Общее количество больных СД – 23 093 человека (ср. за 2010 г. – 16 741), среди которых первично выявленные больные – 4432 человека (в 2010 г. – 1349). Так, 2045 человек (среди 174 ребенка) имеют инсулинозависимость. В связи со сложившейся ситуацией, Правительство РТ приняло национальную программу «Профилактика, диагностика и лечение сахарного диабета на 2012–2017 гг.». [13].

Известным фактом является неразрывная связь патогенеза ишемического инсульта и сердечных заболеваний, выявленных у большей части обследованных пациентов, имеющих цереброваскулярные заболевания (далее – ЦВЗ). Например, 90% пациентов, получивших ишемический инсульт, имели также АГ. 75% таких пациентов имеют разнообразные кардиальные патологии (хроническую сердечную недостаточность, пороки сердца, ишемическую болезнь сердца (ИБС), врожденные аномалии, кардиомиопатию, кардиальные аритмии, опухоли) [55]. На данный момент уже существует описание двадцати и более кардиальных источников церебральных эмболий, из которых самыми важными являются приобретенные пороки сердца, постинфарктные изменения миокарда и неревматические пороки сердца [104].

Еще один весьма значимый вопрос для исследования – нарушения церебральной перфузии, на которых основана база гемодинамического инсульта. Существует множество различных причин, нередко кардиологических, которыми обусловлены колебания системного артериального давления (АД), ведущие к редукции мозгового кровотока. Так, среди таких причин могут быть ряд аритмий, транзиторная ишемия миокарда и др. Связующее звено двух «кардиогенных» подтипов ишемического инсульта – это «скрытность» течения патогенетически важных кардиальных нарушений, а также неустойчивость симптомов, свидетельствующих об участии сердца в патологическом процессе [54, 55].

ИБС – это важнейший ФР развития ишемического инсульта [25]. Чаще всего при ишемическом инсульте могут диагностироваться различные формы

ИБС (нестабильная и стабильная стенокардия, постинфарктный кардиосклероз, острый ИМ, нарушения ритма сердца [56].

Структура общей смертности населения Таджикистана включает большой пласт ИБС, составляющую 194,4 на 100 000 среди мужчин в возрасте 25–64 лет [37]. По данным, опубликованным в Ежегодном статистическом сборнике Министерства здравоохранения Республики Таджикистан, обращаемость по поводу ИБС в 2010 г. составила 185,5 на 100 тыс. населения, в 2011 г. – 179,5 на 100 тыс. населения [22].

С помощью скринингового исследования определилась реальная ситуация уровня стенокардии среди населения тех или иных регионов РТ. По результатам скрининга было обнаружено, что число больных стенокардией напряжения (далее – СН) составляет 7,8% от общего числа обследованных пациентов. Результаты исследования распространенности СН с включением параметров пола и возраста обнаружили, что СН высоко распространена среди обследуемых старших возрастных групп (45-54 и 55-59 лет), в которые входили мужчины и женщины. Результаты исследования свидетельствуют о наличии достаточно высокой степени уровня ИБС, СН среди населения Турсунзадевского района РРП, составившего 10,1%. Результаты скрининга пациентов в Ганчинском районе Сугдской области 4,2% [36].

МА или фибрилляция предсердий затрагивает 2,3 миллиона человек в США и связана с 4-5 кратным увеличением риска развития ишемического инсульта и два раза риска смерти [128]. Также весьма высока вероятность развития кардиоэмболического инсульта у больных с определенными состояниями (инфекционный эндокардит, кардиомиопатия, крупноочаговый инфаркт передней стенки левого желудочка, ревматический стеноз митрального клапана с мерцательной аритмией). При этом вышеуказанные состояния достаточно редко наблюдаются среди населения. При этом мерцательная аритмия при хронических формах ИБС, хотя является заболеванием с умеренным риском церебральной эмболии, обнаруживается у

существенной части населения старшего возраста, и с данным заболеванием связано развитие примерно половины всех случаев кардиоэмболического инсульта [57].

Серьезным значением для оценки определенных ФР обладают популяционные работы. Так, в Финляндии в процессе исследования в рамках программы «МОНИКА» проводился с 1982-го по 1992 г регистр ОНМК среди населения возраста 25-74 лет. Были зарегистрированы 6912 больных, среди которых 642 (9,3%) обладали мерцательной аритмией. Сопоставление групп больных с инсультом, обладавших мерцательной аритмией, и лиц с нормальным ритмом сердца продемонстрировал, что они не различались по наличию таких заболеваний как АГ, СД и перенесенный инфаркт миокарда. Смертность, оцениваемая в первые 28 дней заболевания (19,5 и 14,4% соответственно) и к первому году (30,5 и 21,8% соответственно), была более высокой у больных с аритмией [79].

Ожирение по ВОЗ рассматривается в качестве неинфекционной эпидемии нашего времени по причине его широкого распространения среди популяции, высокого риска развития ССЗ, ранней инвалидизации пациентов и преждевременной смертности. Данные ВОЗ свидетельствуют о том, что около 30% жителей планеты имеют избыточный вес, из них 16,8% – лица женского пола и 14,9% – мужского. Данные ГНИЦПМ показали, что распространенность мужского ожирения с 1993 по 2013., увеличилась в 3 раза – с 8,7 до 26,9%. Женское ожирение так же стало более распространенным женщин хотя и в меньшей степени (с 28,4 до 30,8%, т.е. на 8,4%) [6].

Особое значение имеет висцеральное ожирение [50, 80]. Было предложено, что висцеральный жир может действовать как «эндокринные железы». Они высвобождают цитокины (адипокины) как TNF и alpha, которые способствует развитию состояния инсулиновой устойчивости, вероятно, приводя к более высокому риску сердечно-сосудистых заболеваний [151] и атеросклероза [132].

В РТ распространенность ожирения увеличивается с возрастом и составляет у лиц женского пола 15-24 лет - 19,7%, 25-34 лет - 31,7%, 35-44 лет - 36,1%, 45-54 лет - 50,2%, 55-64 лет - 51,3%; у лиц мужского пола - 17,8%, 23,5%, 33,5%, 38,8% и 40,5%, соответственно [61].

Как в XX веке, так и в начале XXI века низкая физическая активность стала повсеместным явлением. Такие явления как индустриализация, урбанизация и широко распространившийся и заметно улучшившийся транспорт оказали негативное влияние на подвижность населения, которая снизилась у 60% популяции. По результатам отдельных исследований, 60-80% подростков и молодежи РФ имеют низкую физическую активность.

Эпидемиологические исследования обнаружили, что низкая физическая активность является независимым ФР смертности от ССЗ и общей смертности [5].

Эпидемиологические исследования, проведенные в 2010-2011 гг. в среде населения Вахдатского района РТ, показали, что уровень гиподинамии женщин возрастной группы 15-24 – 30,9%, и женщин возрастной группы 15-55 лет и старше – 57,9%. Исследование уровня гиподинамии мужского населения Вахдата показало такую же четкую возрастную зависимость. Уровень гиподинамии увеличивается от одной возрастной декады к другой на 4,6-22 % в среднем [34].

Риск тромбоэмболических инсультов с использованием гормональных контрацептивов является важным вопросом с научной точки зрения и имеет важное значение для консультирования женщин при выборе контрацепции. Установлено, что после первого прохождения синтетических эстрогенов через печень возрастает синтез большинства прокоагулянтных факторов, и одновременно понижается уровень антитромбина III, увеличивается фибринолитическая активность крови, повышается тенденция к агрегации тромбоцитов [65].

Эпидемиологические исследования установили, что относительный риск фатального венозного тромбоза и тромбоэмболии легочной артерии при

приеме гормональных оральных контрацептивов (далее – ОК) составляет 2,1 [99], тромбоза вен конечностей 6,8. В то же время риск церебральных артериальных тромбозов (инсультов) в 1,8 раз выше при приеме ОК [148]. Хотя артериальные осложнения встречаются реже, чем венозные осложнения среди молодых женщин, но часто являются более серьезными.

Можно проследить четкую связь между концентрацией ОК и увеличением риска тромботических осложнений: прием ОК в дозе 50 мкг повышал риск до 2,65, а прием в дозе 40 мкг – снижал до 1,60. Последующее понижение концентрации эстрогенного компонента так же дало ожидаемое снижение риска тромботических осложнений [21,32,83].

Было показано несколько условий, называемых риск-модификаторами, которые увеличивает риск инсульта при использовании ОК - это курение [86] и головная боль [119]. Исследование Райана [130] показало, что риск инсульта у курильщиков, принимающих ОК увеличивается в 4,29, а с головными болями в 3,82 раза.

В метаанализе Emdin SA [118] было доказано, что, тревожные расстройства связаны с повышенным риском целого ряда различных сердечно-сосудистых событий, включая инсульт, ишемическую болезнь сердца, сердечную недостаточность, и сердечно-сосудистую смерть.

В своей работе Громова Е.А. [16] показала, что от психосоциальных факторов зависит рост относительного риска возникновения АГ, являющейся одним из главных факторов развития инсульта. Обнаруживается связь риска инсульта со снижением социального градиента: рост частоты инсульта отмечался у разведённых, вдовых и неженатых мужчин; лиц с незаконченным средним или начальным образованием, у лиц, занимающихся тяжелым и средним физическим трудом; мужчин с низким уровнем социальной поддержки и пенсионеров. Исследователь отмечает, что относительный риск инсульта достоверно выше для мужчин с высоким уровнем негативных психосоциальных факторов: в течение первых 5 лет – в 3-7 раз, в течение первых 10 лет – в 4-5 раз и за 16 лет – в 3 раза выше.

За последние 20 лет значимым фактором, оказывающим влияние на здоровье восьмимиллионного населения Таджикистана стал психоэмоциональный стресс, связанный с активной внешней трудовой миграцией, в которой участвуют сотни тысяч людей, большей частью (до 85%) являющихся мужчинами возрастной группы 18–39 лет (до 1,2 млн человек, согласно данным ФМС РФ либо до 900 тыс. человек, согласно данным миграционной службы РТ) [13]. По результатам скринингового обследования популяции на хроническое психоэмоциональное напряжение, стало известно, что из 5000 обследованных пациентов 3288 подвергались хроническому стрессу, что составило $65.76 \pm 1.34\%$ от всего населения. Было обнаружено, что женщины менее часто подвергались хроническому стрессу, нежели мужчины ($62.61 \pm 2.3\%$ против $67.36 \pm 62\%$) [48].

Основными причинами заболеваемости и смертности в развивающихся и развитых странах являются травматические повреждения головного мозга (ЧМТ). По оценкам национального показателя в Соединенных Штатах, в 2010 году было зарегистрировано 2,4 млн человек с ЧМТ или с остаточной инвалидностью [120]. Доказано, что люди перенесшие ЧМТ очень часто жалуются на изменения в сфере занятости, на снижение физического здоровья, проблемы с памятью, нейропсихологические трудности [71]. Masei и DeWitt предложили, что ЧМТ может инициировать постоянный, возможно, на протяжении всей жизни процесс, который влияет на несколько систем органов и могут вызывать или ускорять прогрессирование болезни [117].

Хроническими заболеваниями, которые могут быть отнесены к последствиям ЧМТ являются эпилепсия [152], постепенное снижение когнитивной функции [127], болезнь Альцгеймера [146], болезнь Паркинсона [106] гипопитуитаризмом [114], метаболическая дисфункция [81] и психические заболевания (например, обсессивно-компульсивное расстройство, тревожные расстройства, психотические расстройства и расстройства настроения) [97].

Также необходимо отметить, что каждая травма головного мозга обычно приводит к катализатору нарушения в сосудистой системе, поставляющей к клеткам головного мозга кровь и питательные вещества. Таким образом, целесообразно предположить, что ЧМТ в следствии рассечения сосудистой стенки, микрососудистой травмы [98] или в следствии нарушении процессов коагуляции [78] является фактором риска инсульта. Исследования проведенные в Тайване доказало, что у больных с ЧМТ частота инсульта увеличивается в 2,1 раза по сравнению с инсультом без предшествующей ЧМТ [125]. Аналогичное исследование, проведенное в США с 2005 по 2009 гг. в штате Калифорния не доказало роли ЧМТ в развитии инсульта [145]. В связи с этим в дальнейшем необходимо проводить углубленное исследование, чтобы доказать взаимосвязь ЧМТ и инсульта.

Согласно данным нескольких широкомасштабных эпидемиологических исследований, среди взрослого населения комбинация из двух ФР может встречаться в 4,3-12,9% случаев, а комбинация трех – в 4,8-7,6%. В 90-е гг. XX века отдел метаболических нарушений ГНИЦ ПМ провел серию клинических исследований в целях выявления ФР среди амбулаторных. В ходе исследований было обнаружено, что ФР в их изолированном виде наблюдаются только в 10-15% случаев. Например, страдающие АГ в 15% случаев имели также нарушение липидного обмена либо ожирение. Комбинация трех ФР была обнаружена у 32% пациентов [64].

Некоторые проспективные исследования показали, что тенденция развития и течения ССЗ существенно хуже в случае сочетания нескольких, даже сдержанно выраженных, ФР, нежели в случае одного высокого ФР. Например, результаты исследования PROCAM показали, что комбинация из двух и более ФР ССЗ обуславливает значительное увеличение числа инцидентов внезапной смерти и инфаркта миокарда (200 случаев среди 1000 больных за период 8 лет) [75]. Итак, можно говорить о появлении понятия «суммарный сердечно-сосудистый риск», который обладает реальным

клиническим обоснованием и является эффективным инструментом в прогнозировании и первичной профилактике ССЗ.

1.2. Структура цереброваскулярных заболеваний трудоспособного населения

Сосудистые заболевания головного мозга разделяют на острые и хронические. К острым формам относят преходящие нарушения мозгового кровообращения, в том числе транзиторные ишемические атаки (ТИА) и гипертонические церебральные кризы, наиболее тяжелым видом которых является острая гипертоническая энцефалопатия, а также инсульт [58]. Хронические формы сосудистой патологии мозга включают начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ) и дисциркуляторную энцефалопатию (ДЭ). Более детально отдельные формы сосудистых заболеваний мозга и их причины представлены в национальной классификации, принятой пленумом Научного совета по неврологии в декабре 1984 г. [68]:

Классификация нарушений мозгового кровообращения:

- начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ);
- преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК), которые разделяют на транзиторные ишемические атаки (ТИА) и гипертонические церебральные кризы (ГЦК);
 - инсульт, который разделяется на:
 - субарахноидальное нетравматическое кровоизлияние;
 - геморрагический инсульт;
 - ишемический инсульт (инфаркт мозга);
 - «малый» инсульт;
 - последствия ранее (более I года) перенесенного инсульта;

- прогрессирующие нарушения мозгового кровообращения - дисциркуляторная энцефалопатия (атеросклеротическая, гипертоническая, венозная);
- другие, неуточненные сосудистые поражения мозга.

В поиске подходов к классификации ЦВЗ необходимо упомянуть об определённых различиях западной и российской школ. Главным отличием являются подходы к хроническим ЦВЗ, которые составляют наличие концепций НПНКМ и ДЭ в российской науке и практике [64-66]. Стадийность развития патологии является сутью российского подхода к хроническим ЦВЗ: развитие от функциональных и часто обратимых клинических проявлений, которые ассоциируются с симптомокомплексом НПНКМ, до выраженного неврологического дефицита при ДЭ III стадии на фоне распространённого необратимого повреждения головного мозга [40].

В связи со спецификой финансирования здравоохранения западная медицина больше ориентируется на доказательную медицину. Можно предположить, что данным фактором частично обусловлено отсутствие в зарубежных классификациях трудных для объективизации начальных форм хронических ЦВЗ. При этом в МКБ-10 для ДЭ III стадии нетрудно обнаружить соответствующие понятия, например, сосудистая деменция, мультиинфарктное состояние, субкортикальная артериосклеротическая энцефалопатия. Неполным соответствием ДЭ II стадии может стать относительно недавно выдвинутая R.C. Petersen [72] концепция умеренных когнитивных расстройств, на данный момент активно развивающуюся в науке. Применение понятий ДЭ I стадии и НПНКМ в практике западной медицины достаточно редкое, в результате чего соответствующие им понятия практически невозможно обнаружить в западных руководствах.

При этом необходимо указать на тот факт, что задачи клинических и универсальных статистических классификаций, являются во многом различными. Так, классификация должна описывать каждый клинический аспект, что способствует верной постановке диагноза и учету

индивидуальной специфики конкретных случаев, и в итоге позволит осуществлять надлежащее наблюдение и подбирать персонализированную терапию. Однако не менее значимы условия, способствующие максимально достоверному и унифицированному учету важнейших нозологий.

Итак, если в МКБ-10 отсутствуют определенные эквиваленты клинических понятий, описывающих форму или стадию заболевания, то их тем не менее будут использовать в научно-практической деятельности [59].

Анализ распространенности и структуры сосудистых заболеваний мозга среди населения трудоспособного возраста впервые был проведен в середине 1980-х годов НИИ неврологии АМН СССР совместно с Российским научно-исследовательским Центром профилактической медицины Минздрава Российской Федерации. Работа осуществлялась в 6 городах 3 регионов России. Всего обследовано 14730 человек в возрасте 20-54 лет. У всех обследованных населений отмечено значительное увеличение с возрастом распространенности цереброваскулярной патологии.

Вышесказанное относится не только в целом к сосудистой патологии мозга, но и затрагивает также ее отдельные формы. Обычно каждая следующая по декаде возрастная группа отмечалась увеличением распространенности сосудистых заболеваний мозга в 2 раза, при этом крайние группы лиц мужского пола в возрасте 20-24 и в возрасте 50-54 лет отмечались увеличением в 8 раз [57].

По результатам скрининга наиболее частотной формой сосудистой патологии мозга стала НПНКМ. Так, в 6 городах в процессе обследования лиц мужского пола в возрасте от 20 до 54 лет было обнаружено 1056 лиц с конкретными случаями НПНКМ. Показатель распространенности указанных случаев в пределах выбранной популяции оказался 7,3%. Обнаружено серьезное возрастание НПНКМ по мере старения пациентов – показатель увеличился от 1,3% в возрастной группе лиц мужского пола 20-24 лет до 17,3% в возрастной группе лиц мужского пола 50-54 лет.

Исследования, которые были проведены в рамках нашего проекта, в Москве и Ульяновске показали, что ЦВЗ диагностировались примерно у каждого третьего обследованного. НПНКМ составили 12% в Москве и 9,4% в Ульяновске, ДЭ - 10% в Москве и 11,4% в Ульяновске, ГЦК - 13% в Москве и 5,8% в Ульяновске, ТИА были в анамнезе у 4% пациентов в Москве и 2% в Ульяновске, а инсульты - у 2,6% в Москве и 4,2% в Ульяновске. А также в ходе работы утвердился тот факт, что основную структуру ЦВЗ трудоспособного возраста составляет НПНКМ и ДЭ и частота распространенности всех форм нарушений мозгового кровообращения увеличиваются с десятилетием жизни [32, 45, 58, 59].

1.3. Концепция профилактики инсульта, основанная на факторах риска. Решенные и нерешенные проблемы.

Практика показывает высокую частоту одновременного выявления у пациентов двух-трех и более ФР, в большинстве случаев взаимосвязанных. По этой причине, даже в случае умеренной повышенности уровня каждого из них, более вероятна высота риска развития ССЗ у такого пациента, по причине совмещенного взаимовлияния факторов. Учитывая вышесказанное, при оценке риска развития ССЗ, необходимо принимать во внимание все основные ФР, имеющиеся у конкретного пациента и их влияние на суммарный показатель.

На данный момент оценка суммарного риска – это необходимое условие достоверного определения возможности развития сердечно-сосудистых событий (далее – ССС) на ближайшие 5-10 лет, как для пациентов, уже имеющих ССЗ, так и для лиц, не имеющих в анамнезе клинических манифестаций сердечно-сосудистой патологии. При оценке суммарного риска проводится измерение индивидуального профиля ФР и сопутствующих сердечно-сосудистых состояний для определения важности и интенсивности клинического вмешательства, а также разработки его тактики [64].

На данный момент существуют разработки множества различных моделей для оценки суммарного риска развития ССЗ. Фремингемское исследование стало самым первым эпидемиологическим исследованием, получившим данные, позволившие оценить влияние ФР на развитие фатальных и нефатальных ССС. Одновременно с этим, авторы Фремингемской шкалы риска говорили о необходимости осторожного применения полученных результатов в работе с другими популяциями [74]. Так, в 2001г. было обнаружено, что предсказанный и наблюдаемый риск совпадал для белых и черных американцев, однако не совпадал для американцев японского и испанского происхождения и коренных народов Америки [147].

Группа экспертов Европейского и других обществ кардиологов представила в 2003 г. шкалу SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation), которая была разработана на базе данных европейских исследований [126]. Представлены были также варианты шкалы, релевантные для стран с высоким и низким уровнем смертности от ССЗ [89]. При этом указывалось на необходимость адаптации оценки суммарного риска применительно к национальным условиям, ресурсам и приоритетам. Шкала SCORE сможет рассматриваться в качестве базы, на которой могут быть выполнены все нужные адаптации для более точного учета локальных экономических, социальных и медицинских условий. Специфика данной модели заключается в том, что риск выражен из расчета абсолютной вероятности развития фатального ССС в ближайшие 10 лет. Для практикующих медиков приоритетные клинические группы – это пациенты, уже имеющие диагноз ССЗ, а также лица, для которых спрогнозирован высокий риск развития данных заболеваний. Главные ФР, которые формируют суммарный риск и оказывают влияние на прогноз, определяются посредством относительно простого скринирующего обследования с применением стандартных методов диагностики.

У пациентов из группы с высоким сердечно-сосудистым риском (включая инсульт и ТИА) наличествуют широко известные методы первичной профилактики [90, 92, 154], которые, однако, применяются на недостаточном уровне [149,154], и существующие методы первичной профилактики инсульта не являются достаточно эффективными [103,121,123]. Информирование, которое принесет пользу при изменении образа жизни [123,147] является особенно низким среди лиц с умеренно повышенным риском инсульта. Неадекватное управление факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний [123] способствует недоиспользованию основанных первичных стратегий профилактики инсульта у больных с умеренно увеличенным риском инсульта [142].

В данный момент специалистами в области здравоохранения используется стратегия профилактики высокого риска [107, 112, 115], направленная на выявление и управление людьми с высоким риском инсульта. Тем не менее, один из главных недостатков в этой стратегии профилактики высокого риска инсульта является то, что он пропускает большую часть людей, у которых позже развивается инсульт, так как на данный момент большинство инсультов происходит у людей с умеренным повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний [96,134,140]. Кроме того, люди с умеренно повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний часто не обращаются за медицинской помощью и, следовательно, трудно включить их в группу по профилактике инсульта. В настоящее время доступны алгоритмы оценки риска сердечно-сосудистых заболеваний [139,153], которые позволяют рассчитать абсолютный риск сердечно-сосудистых заболеваний (включая и инсульт), но они предназначены для использования профессионалами в области здравоохранения. Тем не менее, одна из главных проблем в эффективной профилактике инсульта на индивидуальном уровне является отсутствие осведомленности о симптомах инсульта и факторах риска.

В 2015г профессором В. Фейгином из Новой Зеландии и его сотрудниками было разработано мобильное приложение под названием Stroke Riskometer [93, 96], которое потенцировано на то, чтобы значительно улучшить профилактику ССЗ на индивидуальном уровне. Данный рискометр разработан на основе Фрамингемского исследования алгоритма прогнозирования инсульта [139], который расширен, дополнен и включает семь основных факторов риска, играющих важную роль в развитии инсульта и его профилактике (диета, физическая активность, алкоголь, психологический стресс, генетическая предрасположенность к инсульту или сердечным приступам, раса/этническая принадлежность) [155].

Рискометр инсульта способен дать оценку абсолютного индивидуального риска развития инсульта в течение ближайших 5 и 10 лет в возрасте от 20 до 90+ лет. Важность добавления этих семи факторов риска для лучшего прогнозирования инсульта была продемонстрирована в исследовании INTERSTROKE [133].

На данный момент есть две версии приложения «Рискометр™ инсульта». Lite (базовая) является бесплатной и дает пользователям возможность узнать вероятность развития абсолютного и относительного риска инсульта для конкретного человека. Также приложение предоставляет краткий список обнаруженных у пользователя индивидуальных ФР. Версия Pro (профессиональная, платная) дает возможность получения более детальной информации о выявленных ФР, а также предоставляет информацию по способам их коррекции. Также пользователь может просматривать видеовыступления экспертов в сфере профилактики инсульта. У пользователей есть возможность сохранения итогов тестирования и прохождения, в случае надобности, повторных тестирований в целях наблюдения за ростом/снижением риска инсульта.

Всемирная федерация кардиологов и Всемирная организация по борьбе с инсультом одобрила базовую версию «Рискометра™ инсульта». Международная ассоциация неврологии и эпидемиологии, Всемирная

федерация неврологии и Российская национальная ассоциация по борьбе с инсультом (НАБИ) одобрили базовую и профессиональную версии приложения. Уже сейчас пользователи в 70 странах мира применяют «Рискометр™ инсульта», и их количество продолжает увеличиваться. Главный плюс подобного мобильного приложения заключается в его высокой потенциальной доступности: с учетом огромного числа людей, имеющих и использующих смартфоны [113], это означает, что более одного миллиарда пользователей могут получить индивидуализированную и важную для них информацию о ФР инсульта.

Благодаря инструментам приложения можно вычислить ФР инсульта для двух и более членов семьи (например, для родственников старшего, не имеющих смартфоны либо не умеющих пользоваться мобильными приложения). В настоящее время приложение переведено на 20 языков, русскоязычная версия приложения была сделана под редакцией проф. Ю.Я. Варакина, проф. М.А. Пирадова, к.м.н. М.А. Кравченко, и к.м.н. Е.В. Гнедовской (ФГБНУ «Научный Центр Неврологии», Москва) [32].

Глава 2. Материалы и методы исследования

Данное исследование проводилось на базе проекта МАНН «Многоцентровое популяционное исследование факторов риска, клиники и прогностической значимости начальных проявлений ЦВЗ с целью разработки системы профилактики нарушений мозгового кровообращения для ЛПУ».

За период работы мы установили рабочие контакты с управлением здравоохранения города Душанбе. Управление городского здравоохранения предоставило возможность нам работать со статистическими материалами города, обеспечило наш контакт с лечебно-профилактическими учреждениями. По предложению управления, оптимальным вариантом при выборе базовой поликлиники по всем основным требованиям проекта был выбран Городской центр здоровья №1 (ГЦЗ №1), находящийся по улице Фирдавси 13/2, район Фирдавси, город Душанбе.

ГЦЗ №1 обслуживает 98550 населения (из них 46623 мужчин и 51927 женщин) в радиусе 8 км города. С 1998 года ГЦЗ является пилотным учреждением «пошагового перехода оказания первичной медицинской помощи к семейной медицине», включая 10 отделений, обслуживающих население по определенным семейным участкам.

Объектом исследования были 380 мужчин и женщин в возрасте 40-59 лет, проживающие на территории 6-го отделения ГЦЗ №1 г. Душанбе.

После трехкратного письменного приглашения для профилактического осмотра всех зарегистрированных на участке исследования лиц, выбранный контингент населения приглашался по телефону, указанному в амбулаторных картах. Данные типы приглашения давались с трудом, было решено начать обходы по домам. Кроме этого, были проблемы с фактическими лицами, живущими по этим адресам. Большое количество лиц из списка сменили место жительства, или находятся на заработках за пределами страны, что затрудняло ход опроса.

Из числа всех обследованных и опрошенных по унифицированной карте, те у которых были выявлены те или иные факторы риска развития ЦВЗ

приглашались в центр здоровья или непосредственно на базу кафедры неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

2.1. Общая характеристика обследованных лиц

На исследуемом участке проживают 5782 человек, возрастная группа 40-59 лет включает 914 человек, из которых 422 лица мужского пола и 492 женского. Обследованию подверглись 380 человек (160 лиц мужского пола и 220 женского).

41,6% из списка были обследованы. В основном (63,4%) обследованные лица находились в возрастном диапазоне 40-49 лет. 47,9 лет – средний возраст обследованных лиц, 57,9% обследованных – лица женского пола (таблица 2.1).

Таблица 2.1. - Распределение обследованного населения по возрасту и полу

| Возраст | Пол | Число обследованных лиц | Средний возраст (лет) | | % |
|---------|-----|-------------------------|-----------------------|------|------|
| 40-49 | муж | 109 | 45,3 | 45,1 | 28,7 |
| | жен | 132 | 44,9 | | 34,7 |
| 50-59 | муж | 51 | 52,8 | 52,8 | 13,4 |
| | жен | 88 | 52,9 | | 23,2 |
| Всего | | 380 | 47,9 | | 100 |

Среди обследованных преобладали работающие лица и с высшим образованием (рисунок 2.1. и 2.2).

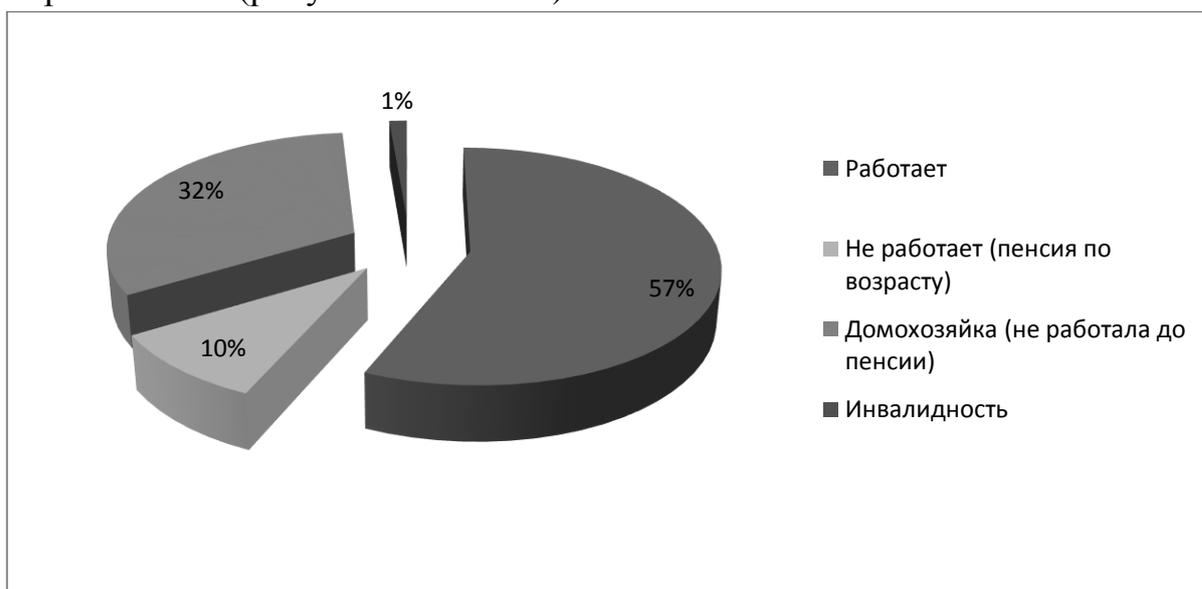


Рисунок 2.1. - Занятость обследованного населения

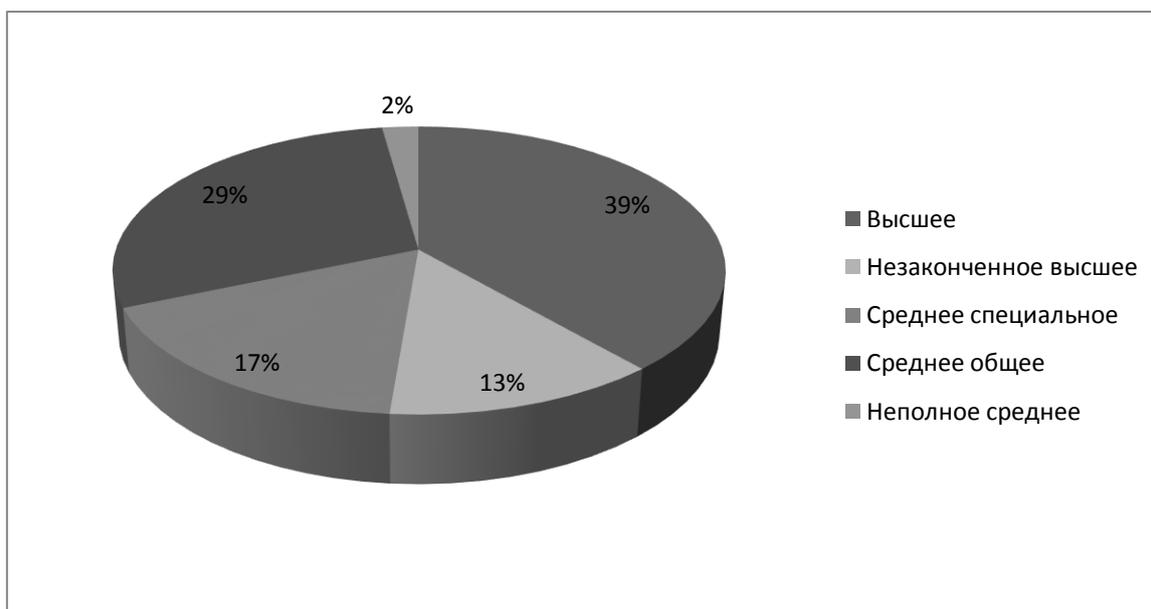


Рисунок 2.2. - Распределение обследованных лиц по образованию

2.2. Методы исследования

Добровольцы подвергались комплексному обследованию в амбулаторных условиях. Для обследования применялась унифицированная карта-опросник, разработанная в лаборатории эпидемиологии и профилактики заболеваний нервной системы НЦН РАМН. Собранные данные вносились в онлайн-режиме в компьютерную базу данных НЦН РАМН, которая была разработана специально для исследования ФР и начальных форм ЦВЗ.

Вводились следующие данные:

1. Паспортные данные.
2. Данные анамнеза (заболевание в анамнезе и наличие факторов риска развития ЦВЗ).
3. Данные обследования во время скрининга.
4. Данные неврологического обследования.
5. Кардиологическая патология.
6. Тесты для оценки памяти, качества жизни, внимания, умственной работоспособности, невротического статуса, вегетативного статуса.
7. Вопросник для выявления больных перенесших ОНМК.
8. Вопросник для выявления больных с НПНМК и ДЭ.

9. Заключение.

2.2.1 Выявление факторов риска

Изучались следующие немодифицируемые ФР (маркеры риска): пол, возраст, отягощенный наследственный анамнез по болезни системы кровообращения, артериальная гипертензия (АГ) в возрасте до и после 60 лет. Кроме того, изучались и оценивались модифицируемые ФР инсульта: а) курение в режиме ежедневного выкуривания как минимум одной сигареты, или остановка курения меньше, чем за год до обследования; регулярное курение с прекращением больше, чем за год до момента обследования; некурящие либо регулярное курение менее года, либо редкое нерегулярное курение; б) злоупотребление алкоголем в виде потребления в неделю около 200,0 абсолютного алкоголя (1 бутылка водки либо 2 две бутылки крепленого вина); в) СД согласно данным анамнеза, записям в амбулаторной карте; г) ишемическая болезнь сердца согласно данным вопросника Роуза (стенокардия напряжения, возможный инфаркт миокарда в анамнезе), согласно данным электрокардиограммы (далее – ЭКГ) (признаки перенесенного инфаркта миокарда, блокады передней ножки пучка Гиса, АВ-блокады, изменения сегмента ST и зубца T, нарушения ритма); д) аритмия согласно данным, полученным от участкового врача-терапевта, ЭКГ; е) прием ОК согласно данным анамнеза; ё) низкая физическая активность в сочетании с сидячей работой (5 и более часов) и недостаточностью активного досуга (пешие прогулки, утренняя зарядка), в сумме включающего менее 10 часов в неделю; ж) избыточная масса тела в качестве повышения индекса массы тела (по формуле Кетле – вес в кг/рост в м²) более 25; з) АГ согласно итогам повторного измерения АД, приему антигипертензивных препаратов, данным анамнеза, ТИА и ГЦК согласно медицинской документации и данным анамнеза.

2.2.2. Оценка суммарного риска инсульта

Суммарный риск инсульта оценивали с помощью мобильного приложения «Рискометр инсульта» (табл 2) и шкалы SCORE.

Таблица 2.2. - Рискосметр инсульта (В. Фейгин, 2015 г)

| Данные | Определение |
|--|---|
| Возраст | В годах |
| Пол | Женский или мужской |
| Расовая принадлежность | Белый, африканский, арабский, китайский и тд. |
| ИМТ (индекс массы тела) | Кг/м ² |
| Курение | 1) Да 2) Нет |
| Применение алкоголя | 1) Да 2) Нет |
| Прием не менее 6 порций фруктов и/или овощей | 1) Да 2) Нет |
| Физическая нагрузка не менее 2,5 часов в неделю | 1) Да 2) Нет |
| Стресс | 1) Да 2) Нет |
| Наследственная отягощённость | 1) Да 2) Нет |
| САД (систолическое артериальное давление) | В мм. рт. ст. |
| Антигипертензивная терапия | 1) Да 2) Нет |
| Сахарный диабет | 1) Да 2) Нет |
| ИБС или поражение артерий ног в анамнезе | 1) Да 2) Нет |
| Гипертрофия левого желудочка по ЭКГ | 1) Да 2) Нет |
| Мерцательная аритмия в анамнезе | 1) Да 2) Нет |
| Деменция по словам врача | 1) Да 2) Нет |
| Снижение памяти по мнению близких | 1) Да 2) Нет |
| Черепно-мозговая травма в анамнезе | 1) Да 2) Нет |
| Инсульт или ТИА в анамнезе | 1) Да 2) Нет |

Рискосметр инсульта – это уникальное и легкое в применении приложение, позволяющее рассчитать индивидуальный риск развития инсульта. Чтобы начать тестирование необходимо нажать на «начать тестирование» и ответить на 20 вопросов, которые исходят от основных

факторов риска развития ЦВЗ (таблица 2.2). Рискометр дает результаты в графической форме или в виде текста.

Важно отметить, что пользователь может узнать не только об абсолютном риске развития инсульта, но и исходный риск, а также провести их сравнение, что дает возможность узнать риск инсульта для конкретного пользователя в сравнении другими людьми его возрастной и половой группы.

Европейская модель SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Основой европейской модели SCORE стали шкалы с разноцветными «квадратами», которые отражают суммарный сердечно-сосудистый риск с зависимостью от значения 5 ФР (возраст, пол, режим курения, общий ХС, систолическое АД). Посредством SCORE можно определить вероятный риск развития летальных исходов сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие десять лет жизни обследуемого. В сердечно-сосудистые осложнения включены ИМ, периферический атеросклероз и мозговой инсульт и [88].

При простоте и доступности данной методики определения суммарного сердечно-сосудистого риска с применением данной модели провести ее может практически любой врач. Для проведения нужна шкала SCORE и данные о пациенте, указанные ранее. Шкалой охватывается возрастной диапазон от 40 до 65 лет. Так как модель SCORE прогнозирует исключительно летальный риск, то порог высокого риска определяется в качестве превышающего 5% за 10 лет. Чтобы оценить индивидуальный суммарный сердечно-сосудистый риск ССЗ за 10 лет, была выбрана часть таблицы, соответствовавшая полу, возрасту и статусу курения данного пациента. Внутри выбранной части таблицы была найдена клетка, являющаяся ближайшей к индивидуальным значениям систолического АД и уровня общего ХС данного больного. Число в клетке, находящейся на пересечении двух указанных параметров, определяет для данного пациента индивидуальный абсолютный риск (таблице 2.3).

Таблица 2.3. - Европейская шкала суммарного сердечно-сосудистого риска SCORE

| СИСТОЛИЧЕСКОЕ АД, мм рт. ст. | ЖЕНЩИНЫ | | | | возраст | МУЖЧИНЫ | | | | ммоль/л мг/дл | | | | | | | | | | |
|------------------------------|-----------|---|---------|---|---------|-----------|----|---------|----|------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | некурящие | | курящие | | | некурящие | | курящие | | | | | | | | | | | | |
| | 4 | 5 | 6 | 7 | | 8 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | | | | | | | | |
| 180 | 6 | 6 | 7 | 8 | 10 | 12 | 14 | 15 | 17 | 20 | 12 | 14 | 17 | 20 | 23 | 24 | 27 | 31 | 36 | 47 |
| 160 | 4 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 12 | 14 | 8 | 10 | 12 | 14 | 16 | 17 | 19 | 23 | 26 | 31 |
| 140 | 2 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 6 | 7 | 8 | 10 | 6 | 7 | 8 | 10 | 12 | 11 | 13 | 16 | 19 | 23 |
| 120 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 6 | 7 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 8 | 9 | 11 | 13 | 16 |
| 180 | 3 | 4 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 11 | 12 | 8 | 10 | 12 | 14 | 16 | 17 | 19 | 22 | 26 | 31 |
| 160 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 5 | 5 | 6 | 7 | 8 | 6 | 7 | 8 | 9 | 11 | 11 | 13 | 16 | 19 | 22 |
| 140 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 6 | 4 | 5 | 5 | 7 | 8 | 8 | 9 | 11 | 13 | 16 |
| 120 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 5 | 6 | 8 | 9 | 11 |
| 180 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 6 | 7 | 5 | 6 | 8 | 9 | 11 | 11 | 13 | 15 | 18 | 21 |
| 160 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 6 | 8 | 7 | 9 | 10 | 13 | 15 |
| 140 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 6 | 7 | 9 | 11 |
| 120 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 180 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 7 | 8 | 9 | 11 | 14 |
| 160 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 7 | 8 | 10 |
| 140 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 7 |
| 120 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 5 |
| 180 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| 160 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| 140 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 120 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

2.2.3. Диагностика цереброваскулярной патологии при проведении скрининга популяции

В ходе исследования учитывались такие формы ЦВЗ: преходящие нарушения мозгового кровообращения (ТИА и ГЦК), НПНКМ, прогрессирующие нарушения мозгового кровообращения в виде ДЭ, инсульт.

Диагноз НПНКМ был выставлен в случае наличия главного сосудистого заболевания (АГ, атеросклероз либо их комбинации), выявления у пациента как минимум двух из пяти «церебральных» жалоб (в любой комбинации) – головная боль, головокружение и шум в голове (должны появляться как минимум 1 раз в неделю в три последние месяца), снижение памяти и умственной работоспособности (негативные изменения в производственной

деятельности обследуемого и/или повседневной жизни); значительное влияние полноценного отдыха (отпуск) на самочувствие (улучшение); отсутствие либо небольшие нарушения когнитивных функций; в анамнезе отсутствуют любые острые нарушения мозгового кровообращения (ТИА, инсульт, ГЦК) и очаговая «микросимптоматика» при неврологическом осмотре; отсутствуют явные тяжелые конкурентные заболевания, приводящие к появлению похожих жалоб.

По ДЭ: «церебральные» жалобы (характер жалоб, их число, частота и давность не регламентируются, основными жалобами являются нарушения памяти, снижение умственной работоспособности, имеющие «органический» характер, вследствие прогрессирования заболевания, критика снижается и число жалоб может уменьшаться) в случае наличия главного сосудистого заболевания (АГ, атеросклероз либо их комбинация); в анамнезе присутствуют тяжелые гипертонические кризы, «малые» инсульты, ТИА; наличие нарушений когнитивных функций, очаговой неврологической симптоматики, изменений функции ходьбы и равновесия, изменений эмоционально-личностных особенностей, снижения критики собственного состояния, проявления социальной и бытовой дезадаптации.

В случаях развития ДЭ, которые протекают без ОНМК, был использован термин «первичной ДЭ». В случаях ХЦВЗ, чье развитие и прогрессирование, ассоциировано с острой ишемией мозга, был использован термин «вторичной ДЭ», так как есть предположение об их отличии по механизмам развития симптоматики, что может давать в дальнейшем разный прогноз.

Диагноз энцефалопатии сложного генеза с сосудистым компонентом был выставлен в случае наличия типичного для ДЭ симптомокомплекса, в случае наличия системного сосудистого заболевания и конкурентных видов патологии (включая черепно-мозговую травму, хронические интоксикации, СД, последствия наркоза и др.).

В целях определения стадии ДЭ применялись такие критерии:

I ст.: наличие рассеянной очаговой неврологической симптоматики, отсутствуют нарушения походки, заметное снижение трудоспособности, умеренное нарушение когнитивных функций.

ДЭ II ст.: формирование одного из синдромов ДЭ, наличие умеренного снижения когнитивных функций.

ДЭ III ст.: наличие нескольких синдромов поражения ЦНС, деменции, сложности социальной адаптации, требуется посторонняя помощь в бытовых вопросах.

ГЦК: у пациента неожиданно возникает АГ, головная боль, головокружение, тошнота с быстрым ухудшением самочувствия на фоне дополнительного повышения АД, нарушается трудоспособность, у пациента появляется необходимость в вызове скорой помощи либо врача на дом. Тяжесть проявлений гипертонического криза не всегда соответствует уровню АД. При одних и тех же показателях АД у одного и того же пациента может отмечаться как развернутая клиническая картина криза, так и может оставаться относительно удовлетворительное состояние. Если при высоком АД (более 200/100 мм.рт.ст) пациент самостоятельно с ним справляется (принимает гипотензивные средства или самостоятельно приходит на прием к врачу в поликлинику), такие случаи к гипертоническим кризам не относили. Тяжесть гипертонических кризов оценивали: 1. Легкие – улучшение самочувствия уже через несколько часов после приезда скорой медицинской помощи и купирования криза. 2. Средней степени – самочувствие существенно улучшается только через несколько дней. 3. Тяжелые кризы – потребовалась госпитализация пациента.

ТИА: наличествует системное сосудистое заболевание (АГ либо атеросклероз), внезапно развивается очаговая неврологическая симптоматика, часто одностороннее появление неврологической симптоматики, в течение суток регрессирует очаговая неврологическая симптоматика; наличие гипертонических кризов в анамнезе, сердечная

недостаточность, нарушения ритма сердца, и прочие возможные причины развития ОНМК.

Инсульт: наличествует системное сосудистое заболевание (АГ либо атеросклероз), внезапно развивается очаговая неврологическая симптоматика, часто одностороннее появление неврологической симптоматики; наличие гипертонических кризов в анамнезе, сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца, и прочие возможные причины развития ОНМК.

Все случаи, не полностью подходившие под нужные критерии либо в не полностью исключавшие другие причины симптоматики (посттравматические, токсические, соматические были отнесены в группу возможных случаев ЦВЗ и не были включены в анализ.

2.2.4. Тесты для оценки памяти, качества жизни, внимания, умственной работоспособности, невротического статуса, вегетативного статуса

Всем лицам проводились нейропсихологические тесты для определения состояния памяти и внимания, исследовалось качество жизни, рассматривались возможные проявления астено-вегетативного синдрома (далее – АВС).

В целях оценки кратковременной и отсроченной памяти применялся тест А.Р. Лурии с запоминанием 10 слов (Приложение А).

Информация по количественной оценке кратковременной памяти состоит из следующих значений – нормой считается: максимальное количество запомненных слов – 8-10, количество запомненных слов за 5 предъявлений – более 35; умеренные нарушения включают: максимальное количество запомненных слов – 7-8, суммарное количество слов – 30-35; выраженные нарушения включают: максимальное количество запомненных слов – 5-6, суммарное количество слов – менее 25.

Проведение качественной оценки кратковременной памяти учитывает количество лишних слов и самостоятельность исправления ошибок у

обследуемого. Отставленное воспроизведение: норма – не менее 6-7. слов, умеренные нарушения - 4-5 слов, выраженные нарушения - 1-3 слова.

Тест Мюнстерберга – позволяет оценивать избирательность внимания (Приложение Б). Обследуемому предлагался лист с напечатанными строчками буквами русского алфавита, среди которых в разных местах были впечатаны хорошо знакомые ему слова (25 слов). Среди буквенного текста необходимо найти и точно подчеркнуть «спрятанные» слова» (за 3 минуты). Время работы фиксировалось – 3 минуты. Подсчитывали количество слов, выделенных исследуемым (каждое правильно выделенное слово = 1 балл) и количество ошибок (неправильно выделенные слова) за каждое из них давалось штрафной балл -1. Оценивали сумму баллов по количеству правильно выделенных слов и вычитывали количество баллов по числу неправильно выделенных слов. Норма – обнаружение 23-25 слов, легкие нарушения – 20-22 балла, умеренные нарушения – 15-19 баллов, выраженные нарушения – 14 и менее баллов [9].

Оценка качества жизни проводилась по вопроснику, разработанному лабораторией эпидемиологии и профилактики заболеваний нервной системы научного центра неврологии РАМН (Приложение В) по балльной системе: плохое 0-7 баллов; удовлетворительное 8-14 баллов, хорошее 15-21 балл.

Оценка уровня вегетативных расстройств проводилась с помощью вопросника синдрома вегетативной дистонии по балльной системе (Приложение Г): легкие нарушения –15-29 баллов, нарушения средней тяжести – 30-59 баллов, выраженные нарушения – 60 и более баллов.

Определение тревожно-депрессивных расстройств проводилось по Модифицированной «Госпитальной Шкале Тревоги и Депрессии» («Modified Hospital Anxiety and Depression Scale» (MHADS)) (Приложение Д): легкие – 8-10 баллов, умеренные – 11-15 баллов, выраженные 16-21 баллов – выраженные.

Выраженность невротического синдрома оценивалась по шкале «тревога-депрессия» (двух субшкал) и вопроснику СВД. Классификация проводилась

согласно максимальному проявлению выраженности нарушений по любому из трех указанных источников информации.

2.2.5. Лабораторные и инструментальные методы исследования

1. Регистрирование электрокардиограммы (ЭКГ) проводилось в состоянии покоя (в положении лежа) в 12 стандартных отведениях, далее ЭКГ давали оценку два исследователя. При расшифровке ЭКГ использовали общие схемы расшифровки ЭКГ. Оценили регулярность сердечных сокращений, подсчитали частоту сердечных сокращений, определили электрическую ось сердца, анализ предсердного зубца и желудочкового комплекса.

Диагностика стенокардии напряжения давалась по анкете ВОЗ, имеющей высокую информативность при применении ее строгих критериев. Основным критерием послужили боли в грудной клетке, появляющиеся в момент быстрой ходьбы либо подъема в гору и исчезающие в момент остановки либо замедления темпа ходьбы в течение 10 минут либо быстрее. Локализация болей: верхняя, средняя, нижняя часть грудины, также левая сторона грудной клетки с иррадиацией в левую руку. Отнесение обследованных к «определенной» ИБС проводилось по доказанным признакам перенесенного ОИМ на ЭКГ и с синдромом СН, отвечающим строгим критериям анкеты ВОЗ.

2. Исследование холестерина и глюкозы в плазме крови проводилось на аппарате Hitachi-902 с помощью реактивов производства фирмы Roche Diagnostic. Кровь для анализа у обследуемых бралась из локтевой вены в пробирки с ЭДТА (1 мг/дл), сдача крови происходила утром натощак спустя 12-14 часов после последнего приёма пищи. Определение содержания общего холестерина плазмы крови проводилось с помощью биохимических методов [В.В.Меньшикова,1987] соответственно требованиям постоянно действующей Международной системы стандартизации. Диагностика ГХС проводилась при уровне общего ХС крови больше 6,5 ммоль/л. Гипергликемию оценивали при уровне глюкозы больше 6 ммоль/л.

2.2.6. Статистическая обработка

Статистический анализ полученных результатов проводили на ПК с использованием прикладного пакета «Statistica 6.0» (StatSoft, США). Абсолютные величины представлены в виде средних значений (M) и их ошибки ($\pm m$), относительные величины – в процентном соотношении (%). Дисперсионный анализ абсолютных независимых показателей проводили с помощью U-критерия Манна-Уитни, а относительных величин – с помощью критерия χ^2 с поправкой Йетса. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Глава 3. Эпидемиологическая характеристика факторов риска инсульта среди трудоспособного населения г. Душанбе

3.1.1. Немодифицируемые факторы риска

Наследственная отягощенность

Под наследственной отягощенностью по БСК принято считать наличие в анамнезе у ближайших родственников сердечно-сосудистых событий в возрасте до 55-60 лет. Такое определение этого фактора риска позволяет в первую очередь выделить лиц, предрасположенных к раннему развитию инсультов и инфарктов. В тоже время развитие сосудистых катастроф в более позднем возрасте является не менее важной проблемой. Ниже представлены данные о частоте наследственной отягощенности по общепринятому критерию, а также дополнительные данные, которые позволяют судить о предрасположенности к ССЗ в целом. Кроме того, мы отдельно проанализировали возраст развития у родственников АГ.

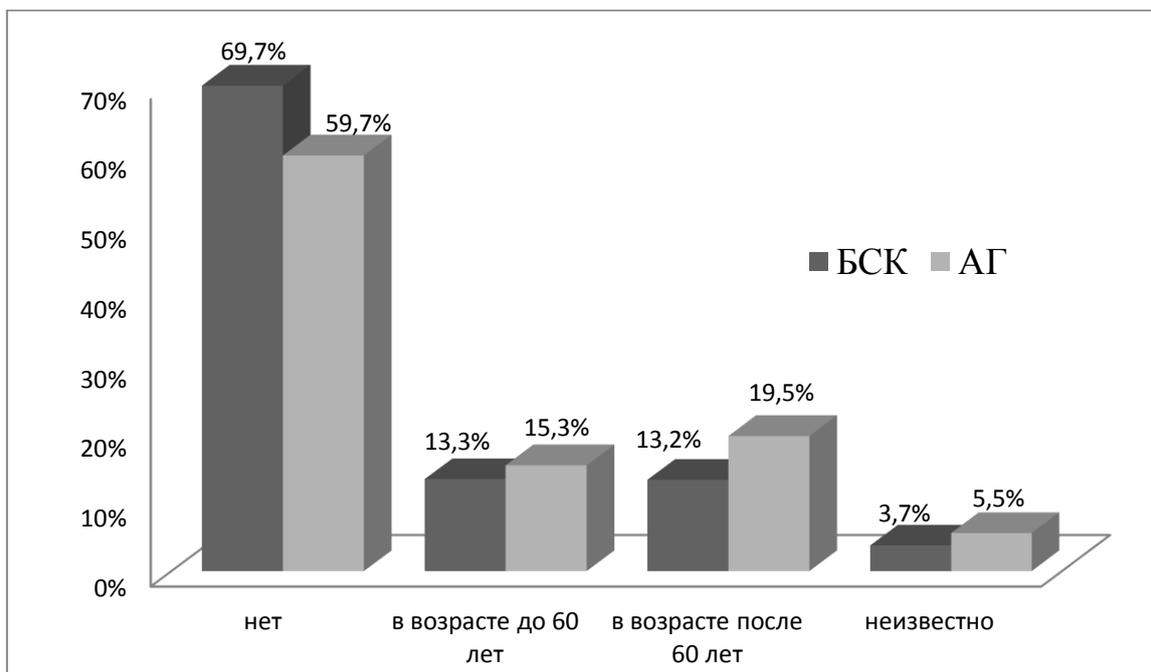


Рисунок 3.1. - Наследственная отягощенность по БСК и АГ

В 13,3% случаев был обнаружен отягощенный анамнез (инсульты либо инфаркты у родственников до возраста 60 лет). В 13,2% случаев у обследуемых имелись родственники, получившие развитие сосудистых событий в возрасте старше 60 лет. В 15,3% случаев у обследуемых имелись

родственники с АГ в возрасте до 60 лет и в 19,5% случаев – в возрасте после 60. В целом результаты обследования показали более чем у 20% пациентов наличие наследственной предрасположенности к развитию сосудистых событий. Кроме того, треть пациентов имеют тенденцию к появлению у них в будущем повышенного АД.

3.1.2. Модифицируемые факторы риска

3.1.2.1. Артериальная гипертензия

АГ (артериальная гипертензия), по нашим наблюдениям является одним из распространенных ФР развития инсульта.

Средние показатели систолического и диастолического АД показаны в таблице 3.1.

Таблица 3.1. - Средние показатели систолического и диастолического АД в зависимости от пола и возраста

| возраст показатели | | справа | | слева | |
|-----------------------|------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| | | САД | ДАД | САД | ДАД |
| 40-49 | м n=109 | 120,3±1,2 | 79,0±0,9 | 116,8±1,5 | 77,9±0,8 |
| | ж n=132 | 112,6±1,4 | 74,5±1,0 | 110,3±1,4 | 73,4±1,0 |
| р | | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| 50-59 | м n=51 | 125,4±2,3 p ₁ <0,05 | 82,4±1,3 p ₁ <0,01 | 123,5±2,2 p ₁ <0,01 | 80,8±1,4 p ₁ <0,05 |
| | ж n=88 | 122,4±1,8 p ₁ <0,001 | 80,5±1,2 p ₁ <0,001 | 118,9±1,8 p ₁ <0,001 | 78,7±1,2 p ₁ <0,001 |
| р | | >0,05 | >0,05 | >0,05 | >0,05 |

Примечание: р – статистическая значимость различий показателей между мужчинами и женщинами; p₁ – статистическая значимость различий показателей между возрастными группами 40-49 лет и 50-59 лет (р, p₁ – по U-критерию Манна-Уитни).

АГ была выявлена у 106 (27,9%) обследованных лиц.

Средний уровень систолического АД у мужчин возрастной группы 40-49 лет составил 120,3±1,2ммрт.ст. Отмечается возрастание на 5,1 ммрт.ст для

следующего десятилетия (таблица 3.15). Диастолическое АД также повышается с возрастом. Максимальный уровень диастолического АД ($82,4 \pm 1,3$ ммрт.ст.) выявлен для возрастной группы 50-59 лет. При этом в целом у мужчин наблюдается повышение диастолического АД на 3,4 ммрт.ст. ($p_1 < 0,05-0,001$).

Для женщин возрастной группы 40-49 лет средний уровень систолического АД составляет 112,6 ммрт.ст. У женщин также наблюдается повышение систолического давления с возрастом и отмечается возрастание на 9,8 ммрт.ст. за анализируемые десятилетия жизни. Также с возрастом наблюдается повышение у женщин и среднего уровня диастолического АД. В общем повышение диастолического АД происходит на 5,9 ммрт.ст. ($p_1 < 0,05-0,001$) за десятилетия.

Наряду с этим в возрастной группе 40-49 лет среднее значение АД у женщин значительно ниже, чем у мужчин ($p < 0,001$), в то время как для возрастной группы 50-59 лет среднее значение АД для мужчин и женщин становится одинаковым ($p > 0,05$).

Результаты сравнения распространенности АГ у мужчин и женщин, свидетельствуют о том, что в возрастной группе 40-49 лет у пациентов женского пола АГ обнаруживалась в 1,5 раза чаще, нежели у пациентов мужского пола той же. При этом у возрастной группы 50-59 лет отмечается незначительность различий по распространенности АГ (1,3 раза). Отмечено увеличение распространенности АГ по мере старения популяции г. Душанбе, так у группы в возрасте 40-49 лет АГ обнаруживается в 20% случаев, а у группы в возрасте 50-59 лет – в 41,4% случаев.

Давность диагностирования заболевания АГ – от 1 месяца до 30 лет. В большинстве случаев (47,2%) давность составляла от 1 месяца до 3 лет, а в 12,3% случаев наблюдалась давность заболевания более 10 лет. Оценка степени АД проводилась по классификации ВОЗ. Большая часть (64,2%) больных АГ имели 1-ую степень заболевания. В 3,8% случаев у больных АГ наиболее частые цифры АД составляли 180/110 более.

Гипотензивную терапию курсами или постоянно (суммарно за год прием препаратов 5-6 или 8-10 месяцев) принимали всего 7% обследованных, имеющие АГ и целевые уровни АД достигнуты у 57,1%, кто лечится постоянно. Чаще всего (61%) больные с АГ лечатся эпизодически (разовый прием препаратов при повышении АД). 13% с АГ не лечатся совсем. Специальный анализ проводился для оценки отягощенности анамнеза по АГ. Результаты показали, что в 23,6% случаев родственники пациента имели заболевание АГ до 60 лет, и в трети случаев – после 60 лет. При этом у лиц, не имеющих АГ, отягощенный наследственный анамнез оказался на 12% случаев до 60 лет и на 15% после 60 лет меньше, нежели у тех, кто АГ имеет.

3.1.2.2. Поведенческие факторы риска

Частота распространенности поведенческих факторов показана в таблице 3.2.

Таблица 3.2.- Распространенность поведенческих факторов риска развития инсульта

| Фактор риска | Мужчины (n=160) | | Женщины (n=220) | | p |
|---------------------------------------|-----------------|-------|-----------------|-------|--------|
| | n | % | n | % | |
| Курение в прошлом | 15 | 9,3% | 4 | 1,8% | <0,05 |
| Курение в настоящем | 11 | 6,8% | 1 | 0,5% | <0,01 |
| Злоупотребление алкоголем в прошлом | 22 | 13,7% | 1 | 0,5% | <0,001 |
| Злоупотребление алкоголем в настоящем | 5 | 3,1% | - | - | |
| Низкая физическая активность | 15 | 9,3% | 40 | 18,3% | <0,05 |
| ИМТ \geq 26 | 97 | 60,2% | 135 | 61,6% | >0,05 |
| Прием ОК | - | - | 11 | 5,0% | |

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между мужчинами и женщинами (по критерию χ^2 с поправкой Йетса).

В процессе проведения оценки статуса курения мы получили следующие данные. Частота курения в целом согласно всей составила 3,1% (12 респондентов) и еще 5% (19 респондентов) указывали курение в прошлом. Количество обследуемых, не курящих более 12 месяцев составило 73,7% (14 респондентов), а не курящих менее 12 месяцев – 26,3% (5 респондентов). Распространенность этого ФР являлась значительно более высокой у мужчин, нежели у женщин (16,1% против 2,3%) ($p < 0,05$) (таблица 3.2). В 19,4% случаев (6 респондентов) отмечалось курение либо курение более 1 пачки в сутки. Наиболее распространенным курение оказалось в возрастной группе мужчин 50-59 лет. Так, в возрастной группе 40-49 лет курящих в момент обследования было обнаружено 3,6% (4 из 109) и в возрастной группе 50-59 лет 11,5% (6 из 52) мужчин (таблица 3.3).

В числе обследованных 5 (3,1%) мужчин указывали на свое периодическое злоупотребление алкоголем и еще 22 (13,7%) мужчины и 1 (0,5%) женщина указали на употребление алкоголя ранее. По длительности злоупотребление алкоголем варьировалось от 2 до 24 лет. Респонденты, которые злоупотребляли алкоголем, указывали на связь данной вредной привычки с тяжелыми социально-бытовыми условиями жизни и финансовыми проблемами. Также респонденты отмечали плохое влияние данной вредной привычки на физическое и психическое здоровье. Степень распространенности злоупотребления алкоголем у возрастной группы 50-59 лет в 3 раза выше в сравнении с возрастной группой 40-49 лет (таблица 3.3).

Из общего числа обследованных гиподинамия обнаружилась у 55 человек (14,5%). Отметим, что указанный ФР в 2 раза чаще выявлялся среди женщин (18,3%), нежели среди мужчин (9,3%). Половозрастное исследование распространенности гиподинамии у женщин обнаружил, что данный ФР реже встречается среди обследуемых возрастной группы 40-49 лет (15,2%), при этом для следующей декады данный показатель возрастает на 7,5%. Подобная динамика роста в возрастных группах 50-59 лет имеет совпадение с понижающейся физической активностью у женщин как по

чисто биофизиологическим причинам (пре-, менопауза), но ввиду социальных факторов (выход на пенсию, менее активные формы труда и др.). Исследование распространенности гиподинамии у мужчин также обнаружило её зависимость от возраста: отмечено возрастание распространенности гиподинамии на 3,3% от одной декады возрастного периода к другой (таблица 3.3).

Анализ связи поведенческих ФР с образованием выявил, что среди обследованных, получивших высшее образование, чаще встречаются курильщики: у обследованных с высшим образованием в 9 (4,7%) случаях, у обследованных со средним специальным и средним общим в 2 (1,05%) случаях. Напротив, употребление алкоголя больше распространено среди обследованных со средним образованием (1,57% и 1,06% соответственно).

Кроме того, у рассматриваемой популяции прослеживается связь определенных поведенческих ФР с занятостью населения. Так, в числе работающих обнаружен 21 (13%) человек, бросивший пить, в то время как как в числе домохозяек и пенсионеров – 1 (0,6%). Пониженная физическая активность у незанятого населения обнаруживается в 42 (24,9%) наблюдениях, что является статистически значимым по частоте в сравнении с работающим населением – 13 (6,1%).

3.1.2.3. Метаболические нарушения

СД обнаруживается в анамнезе у 12 (3,1%) обследованных, а нормальный уровень не обнаружен ни у одного пациента, что может свидетельствовать о низкой эффективности гипогликемической терапии. У 6 обследованных обнаружены показатели глюкозы от 6,1 до 6,5: есть вероятность наличия нарушения толерантности к глюкозе или еще не диагностированный СД.

Распространенность СД одинакова как среди женской, так и среди мужской популяции. Согласно настоящему исследованию СД чаще отмечается у возрастной группы 40-49 лет (3,7% и 2,1%) (таблица 3.3).

В числе обследованных с ожирением количество женщин превалирует над количеством мужчин (таблица 3.3). В числе всех обследованных женщин с повышенной массой тела чаще всего обнаруживаются женщины с избыточной массой тела (63,7%), второе место по частотности занимают женщины с ожирением (35,6%) и женщины с выраженным ожирением (ожирение 3 ст по ВОЗ (1997)) (0,7%). Женщины с избыточной массой тела чаще обнаруживаются в возрастной группе 40-49 лет (73,4%), с ожирением - в возрастной группе 50 лет и более (51,9%).

В числе всех мужчин с повышенной массой тела чаще всего обнаруживаются мужчины с избыточной массой тела (87,6%), второе место по частотности отводится мужчинам с ожирением (12,3%), мужчин же с выраженным ожирением среди обследованных не было обнаружено. Возрастная мужская специфика ожирения аналогична женской.

Повышение ИМТ чаще обнаруживается у работающего населения, нежели у неработающего – в 133 (63%) случаях по сравнению с 99 (61,4%).

Показатель липидного спектра крови - общий ХС обнаружен у 100 (26,3%) лиц из количества всей обследованной группы. Нормальный уровень общего ХС отмечался у 74 человек, высокий – у 29 обследованных. Повышение среднего содержания общего ХС в плазме крови на 0,3ммоль/л появляется с возрастом и может достигать 5,7ммоль/л.

Прием ОК в числе обследуемых женщин составляет 5%. Гормоны используются в качестве заместительной терапии 37,5% женщин, в качестве же контрацептивов их используют 62,5% женщин. Более частое использование ОК отмечается у женщин возрастной группы 40-49 лет (таблица 3.3).

3.1.2.4. Кардиальная патология

У кардиальной патологии особая роль в развитии инсульта, как правило, ишемического инсульта. Распространенность ИБС у обследованного населения составила 5,5%, у мужчин – 6,2% (10 из 161), у женщин – 5,0% (11 из 219). Кроме того, согласно данным анамнеза и ЭКГ

рассматривались 13 возможных случаев ИБС, которое составило 3,4%. Обследованных с возможными случаями ИБС направили к кардиологу в целях дальнейшего исследования.

Впервые, согласно данным вопросника Роуза, были обнаружены 4 (1,1%) определенных случая и 19 (5%) возможных случаев стенокардии напряжения. В 6 (1,6%) случаях был поставлен диагноз инфаркт миокарда. Итак, распространённость определенных случаев СН в выборке настоящего исследования составила 5%, а ИМ 1,6%.

Отмечается четкая связь увеличения количества пациентов с ИБС с возрастом. У обследованных мужчин возрастной группы 40-49 лет частота ИБС составляет 5,5% и в возрастной группе 50-59 лет увеличивается в 1,4 раза, составляя 7,7%. У обследованных женщин также наблюдается нарастание распространенности ИБС с возрастом, и даже существенно больше в сравнении с мужчинами. У возрастной группы 40-49 лет частота ИБС составляет 2,3%, у возрастной группы 50-59 лет – 9,1%.

Для исследуемой когорты распространенность аритмии составила 2,1% (8 из 380) случаев, большинство которых обнаружены у женщин (2,3% и 1,9% соответственно). Нужно указать на преобладание среди всех случаев постоянной формы МА. 6 из 8 случаев аритмии обнаружены у возрастной группы 50-59 лет. Итак, увеличение распространенности аритмии тоже связана с возрастом (таблица 3.3).

Таблица 3.3.- Распространенность основных модифицируемых факторов риска развития инсульта в зависимости от пола и возраста

| ФР | 40-49 (%) | | p | 50-59 (%) | | p |
|-----|--------------------|--------------------|-------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------|
| | Мужчины (n=109) | Женщины (n=132) | | Мужчины (n=51) | Женщины (n=88) | |
| АГ | (17) 15,6 | (32) 24,2 | >0,05 | (19) 37,3 p ₁ <0,01 | (41) 46,6 p ₁ <0,01 | >0,05 |
| ИБС | 5,5 | 2,3 | >0,05 | 7,8 p ₁ >0,05 | 9,1 p ₁ <0,05 | >0,05 |

Продолжение таблицы 3.3.

| | | | | | | |
|-----------------------|------|------|----------|----------------------|----------------------|----------|
| МА | 1,8 | - | | 2,0 $p_1 > 0,05$ | 5,7 | $> 0,05$ |
| СД | 2,7 | 4,5 | $> 0,05$ | 3,9 $p_1 > 0,05$ | 1,1 $p_1 > 0,05$ | $> 0,05$ |
| ИМТ ≥ 26 | 58,7 | 59,8 | $> 0,05$ | 62,7 $p_1 > 0,05$ | 63,6 $p_1 > 0,05$ | $> 0,05$ |
| Гиподинамия | 9,2 | 15,2 | $> 0,05$ | 9,8 $p_1 > 0,05$ | 22,7 $p_1 > 0,05$ | $< 0,05$ |
| Гиперхолестеринемия | 35,7 | 25,6 | | 28,6 | 30 | |
| Прием ОК | - | 6,1 | | - | 3,4 $p_1 > 0,05$ | |
| Курение | 3,7 | 0,8 | $> 0,05$ | 13,7 $p_1 < 0,05$ | 1,1 $p_1 > 0,05$ | $< 0,01$ |
| Употребление алкоголя | 1,8 | - | | 5,9 $p_1 > 0,05$ | - | |
| ЧМТ | 8,3 | 3,8 | $> 0,05$ | 7,8 $p_1 > 0,05$ | 2,3 $p_1 > 0,05$ | $> 0,05$ |

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между мужчинами и женщинами; p_1 – статистическая значимость различий показателей между возрастными группами 40-49 лет и 50-59 лет (p , p_1 – по критерию χ^2 с поправкой Йетса).

Таким образом, между показателями у мужчин и у женщин не имеется больших различий для возрастной группы 40-49 лет ($p > 0,05$), в то время как у возрастной группы 50-59 лет больше гиподинамичных женщин ($p < 0,05$), и больше курящих мужчин ($p < 0,01$). Сравнение возрастных групп выявило более высокие показатели у возрастной группы 50-59 лет ($p_1 < 0,01$), у страдающих артериальной гипертензией женщин и мужчин. При этом было в указанной возрастной группе обнаружено большее количество женщин с ИБС ($p_1 < 0,05$) и больше курящих мужчин ($p_1 < 0,05$).

3.1.2.5. Распространенность невротического синдрома в популяции 40-59 лет

Самый значимый фактор риска развития инсульта, особенно в сложившихся сложных социально-экономических условиях, – степень выраженности психоэмоционального напряжения, изучение которого было проведено нами у обследуемого контингента (таблица 3.4).

Таблица 3.4. - Распространенность невротического синдрома в обследованной популяции в зависимости от возраста, пола и его уровня

| Возраст | Пол | n | Уровень невротического синдрома | | | | | | | |
|---------|-----|-----|---------------------------------|----------------------|--------|----------------------|-----------|----------------------|------------|----------------------|
| | | | Всего | | Легкий | | Умеренный | | Выраженный | |
| | | | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| 40-49 | муж | 109 | 47 | 43,1 | 34 | 72,3 | 9 | 19,1 | 4 | 8,5 |
| | жен | 131 | 83 | 63,4 | 42 | 50,6 | 25 | 30,1 | 16 | 19,3 |
| p | | | <0,01 | | <0,05 | | >0,05 | | >0,05 | |
| 50-59 | муж | 52 | 33 | 63,5 $p_1 < 0,05$ | 21 | 63,6 $p_1 > 0,05$ | 8 | 24,2 $p_1 > 0,05$ | 4 | 12,1 $p_1 > 0,05$ |
| | жен | 88 | 72 | 81,8 $p_1 < 0,01$ | 32 | 44,4 $p_1 > 0,05$ | 26 | 36,1 $p_1 > 0,05$ | 14 | 19,4 $p_1 > 0,05$ |
| p | | | <0,05 | | >0,05 | | >0,05 | | >0,05 | |
| Всего | | 380 | 235 | 61,8 | 129 | 54,9 | 69 | 29,4 | 37 | 15,7 |

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между мужчинами и женщинами; p_1 – статистическая значимость различий показателей между возрастными группами 40-49 лет и 50-59 лет (p , p_1 – по критерию χ^2 с поправкой Йетса).

На примере таблицы 3.4., из всей обследованной популяции 61,8% обладали то или иной степенью выраженности невротического синдрома. Выраженная степень невротического синдрома наблюдалась у 15,7% обследованных, у 29,4% – умеренная степень, у 54,9% – легкая.

В возрастной группе мужчин 40-49 лет преобладает легкий уровень невротического синдрома (72,4%), умеренный уровень встречается у 19,1% и выраженный у 8,5%. Суммарная распространенность невротического синдрома – 43,1%. У мужчин была отмечена тенденция к увеличению частоты невротического синдрома с возрастом (63,3%). У указанной возрастной группы мужчин также отмечено преобладание лёгкой

выраженности невротического синдрома (63,4%), при этом необходимо указать на увеличение частоты умеренного и выраженного уровня невротического синдрома.

Для женщин всех возрастных групп высота распространенности невротического синдрома почти в 1,5 раза выше, нежели у мужчин. Также более высокой является частота выраженного и умеренного уровня невротического синдрома. У женщин возрастных групп 40-49 и 50-59 лет также регистрируется нарастание выраженного и умеренного уровней невротического синдрома, составившие 30,1% и 36,1% и 19,3%-19,5% соответственно (таблица 3.4).

Таким образом, во всех возрастных группах женщин с невротическим синдромом было больше, чем мужчин ($p < 0,01$ и $p < 0,05$ соответственно возрастным группам). При этом в возрастной группе 50-59 лет и мужчин, и женщин с невротическим синдромом было больше, чем в возрастной группе 40-49 лет ($p_1 < 0,05$ и $p_1 < 0,01$ соответственно полу).

3.1.2.6. Острые и хронические цереброваскулярные заболевания как фактор риска инсульта

В настоящем исследовании были рассмотрены как ФР инсульта преходящие нарушения мозгового кровообращения (ТИА и ГЦК) и хронические формы ЦВЗ. Среди 380 обследованных было выявлено 95 (25,0%) случаев ЦВЗ, включая 80 (21,05%) «определенных» и 15 (3,95%) «возможных» случаев ЦВЗ. Чаще всего острые формы ЦВЗ сочетались с хроническими формами. У больной с инсультом до самого случая инсульта несколько раз были случаи переходящих нарушений мозгового кровообращения в виде ГЦК и ТИА. У 70,0% больных с ГЦК и 62,5% больных с ТИА наблюдалась ДЭ. Сочетание ТИА с ГЦК наблюдалось в 50,0% случаев.

У исследуемого населения в общем было зарегистрировано 8 случаев ТИА, из которых 1(0,26%) – «определенный», 7 (1,84%) «возможные». Итого,

распространенность всех случаев ТИА у населения составляет 2,1%. Нужно отметить, что «возможный» эпизод ТИА выставлен ввиду отсутствия данных по медицинской документации. Выявленные ТИА отмечались в основном (75,0% случаев) однократно. Из всего числа случаев ТИА выявление 7 (87,5%) эпизодов происходило впервые, в момент направленного расспроса. Обследуемые при этом не имели информации о том, что испытанные ими ощущения, опасными симптомами, при которых пациент нуждается в немедленной госпитализации: нарушение зрения и координации движений, кратковременные онемения конечностей. Во всех случаях пациенты с «возможными» случаями ТИА не обращались к врачу и не получали специализированную медицинскую помощь.

Распространенность инсульта в популяции составила 0,53% (2 из 380).

В процессе проведения обследования АГ была обнаружена у 109 из 380 (28,7%) обследованных лиц. Кризовое течение данного заболевания обнаружено у 20 из 380 человек – 5,26% из всех обследованных и у 18,3% среди пациентов с АГ. «Определенные» случаи ГЦК обнаружены у 5 (1,32%) человек и «возможные» – у 15 (3,95%). Итого, на всех обследованных, у которых предполагались ГЦК в анамнезе, 75% пришлось на «возможные» случаи ГЦК.

Неопределенность диагноза связывалась с нечетким описанием перенесенного сосудистого эпизода. В 11 случаях из 20 были повторные ГЦК, но общее количество кризов в среднем не было больше 2-3 раза. Степень ГЦК в основном (80,0%) оценивали как средней тяжести (самочувствие существенно улучшается через несколько дней). У 3 больных отмечались кризы легкой степени (улучшение самочувствия уже через несколько часов после приезда СМП или купирование приступа). И только у одного больного наблюдалась тяжелая степень криза, при котором была необходимость госпитализации больного.

Как уже говорилось выше хронические формы ЦВЗ остаются в тени инсульта и менее изучаются. Больные с хроническими формами ЦВЗ

попадают в поле зрения медицинского работника только при развитии ОНМК, но следует не забывать, что они ассоциируются с повышенным риском развития инсульта.

Таким образом, всего обнаружено 46 случаев НПНКМ (12,1% у всей обследованной популяции). В числе всех случаев «определенный» случай НПНКМ обнаружен у 41 обследованного, также найдено 5 «возможных» случаев НПНКМ. Проблема диагностирования НПНКМ заключается в том, что нужно подтвердить диагноз системного сосудистого заболевания. При том дифференциальная диагностика симптоматики НПНКМ и вегето-сосудистой дистонии, соматических заболеваний, невротоподобных состояний является достаточной сложной проблемой.

Легкую выраженность синдрома НПНКМ – не более трех «церебральных» жалоб, отмечающихся не более 3-х дней в неделю и беспокоящих не более 5 последних лет, имели 16 человек умеренную выраженность синдрома НПНКМ – 4-5 «церебральных» жалоб, почти постоянные, беспокоят менее (или более) 5 лет, без выраженных нарушений «Качества жизни», имели 23 и меньше всего 7 имели выраженный синдром НПНКМ – 4-5 «церебральных» жалоб, почти ежедневные, беспокоят более 5 лет, заметно ухудшая «Качество жизни».

Среди обследуемых было обнаружено 35 (9,2%) «определенных» случая ДЭ и 5 (1,3%) «возможных». Итого, распространенность ДЭ у обследуемой популяции составляет 10,5% (40 из 380 человек). У 77,5% больных отмечен первичный тип ДЭ. Энцефалопатия сложного генеза обнаружена у 8 (2,1%) лиц – «определенный» случай у 3 обследованных и «возможный» у 5. ДЭ I стадии обнаруживается у 29 (72,5%) обследованных, что более часто в сравнении с 10 (25%) обследованными с наличием ДЭ II стадии и 1 (2,5%) обследованным с ДЭ III стадии.

В 27 (67,5%) случаях из 40 ДЭ впервые была диагностирована среди обследуемых лиц.

Распространенность основных форм ЦВЗ показана в таблице 3.5.

Таблица 3.5. - Распространенность основных форм ЦВЗ в зависимости от десятилетия жизни

| Форма ЦВЗ \ Возраст | ТИА | | ГЦК | | Инсульт в анамнезе | | НПНМК | | ДЭ | |
|---------------------|-------|-----|-------|-----|--------------------|-----|-------|------|-------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 40-49 лет (n=241) | 4 | 1,7 | 7 | 2,9 | - | - | 19 | 7,9 | 16 | 6,6 |
| 50-59 лет (n=139) | 4 | 2,9 | 13 | 9,4 | 1 | 0,7 | 27 | 19,4 | 24 | 17,3 |
| p | >0,05 | | <0,05 | | | | <0,01 | | <0,01 | |

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между возрастными группами 40-49 лет и 50-59 лет (по критерию χ^2 с поправкой Йетса).

Собранные данные свидетельствуют о возрастном нарастании распространенности всех форм ЦВЗ. Самые распространенные – это хронические формы ЦВЗ: НПНМК, ДЭ. Частотность обнаружения данных форм у исследуемой популяции: 90,5% (рисунок 3.2).

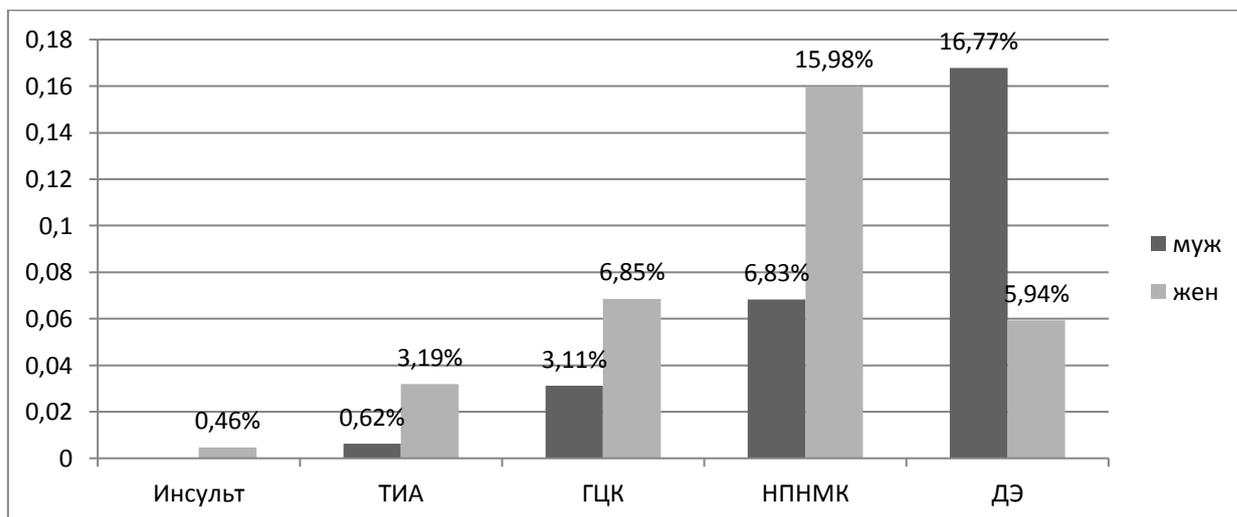


Рисунок 3.2. - Распространенность основных форм ЦВЗ среди женщин и мужчин

При анализе распространенности ЦВЗ среди женщин показало, что наиболее распространены такие формы как ГЦК, ТИА и НПНМК, а среди мужской популяции чаще наблюдается ДЭ (рисунок 3.2).

Таким образом, в возрастной группе 50-59 лет больных с ГЦК, НПНМК и ДЭ больше, чем в возрастной группе 40-49 лет.

3.3. Частота и структура неврологических симптомов и их ассоциация с факторами риска развития инсульта

Одной из частых жалоб обследованных лиц была головная боль. 172 из 380 обследованных лиц жаловались на головную боль. По результатам анализа специфики головной боли (частота, давность, характер, время появления, продолжительность и интенсивность) обнаружены следующие данные. 45,9% обследованных, жаловавшихся на головную боль, имели данный симптом 2-3 раза в неделю. 12,8% обследованных жаловались на постоянную головную боль. В большинстве случаев (30,2%) обследуемые говорили о головной боли в течение года. Обследуемые жаловались на сжимающую, давящую (27,7%), пульсирующую (22,9%), распирающую (6,4%), покалывающую (2,3%) боли, однако большинство (40,7%) говорили о тяжести в голове. В 25% случаев обследуемые говорили о головной боли, беспокоившей их после сна либо в первую половину дня. Большинство обследуемых (75%) говорили о возникновении головных болей во второй половине дня и протекании по типу головной боли напряжения. В 65,1% случаев обследованные с головными болями утверждали, что выраженность головных болей остается прежней с времени ее возникновения. Также нами было оценено, сколько лиц с головными болями обращались за медицинской помощью. Всего 36,6% обращались за медицинской помощью, чаще всего к терапевту (55,6%), и только у 46% проводилось дополнительное обследование в основном виде оценки глазного дна и рентгенографии черепа.

Как видно из рисунка 3.3. больше половины лиц, имеющих ФР, жалуются на головную боль. Но, несмотря на это, очень редко обращаются за медицинской помощью и, следовательно, не попадают в поле зрения медработников и не получают рекомендации по профилактике БСК и ЦВЗ.

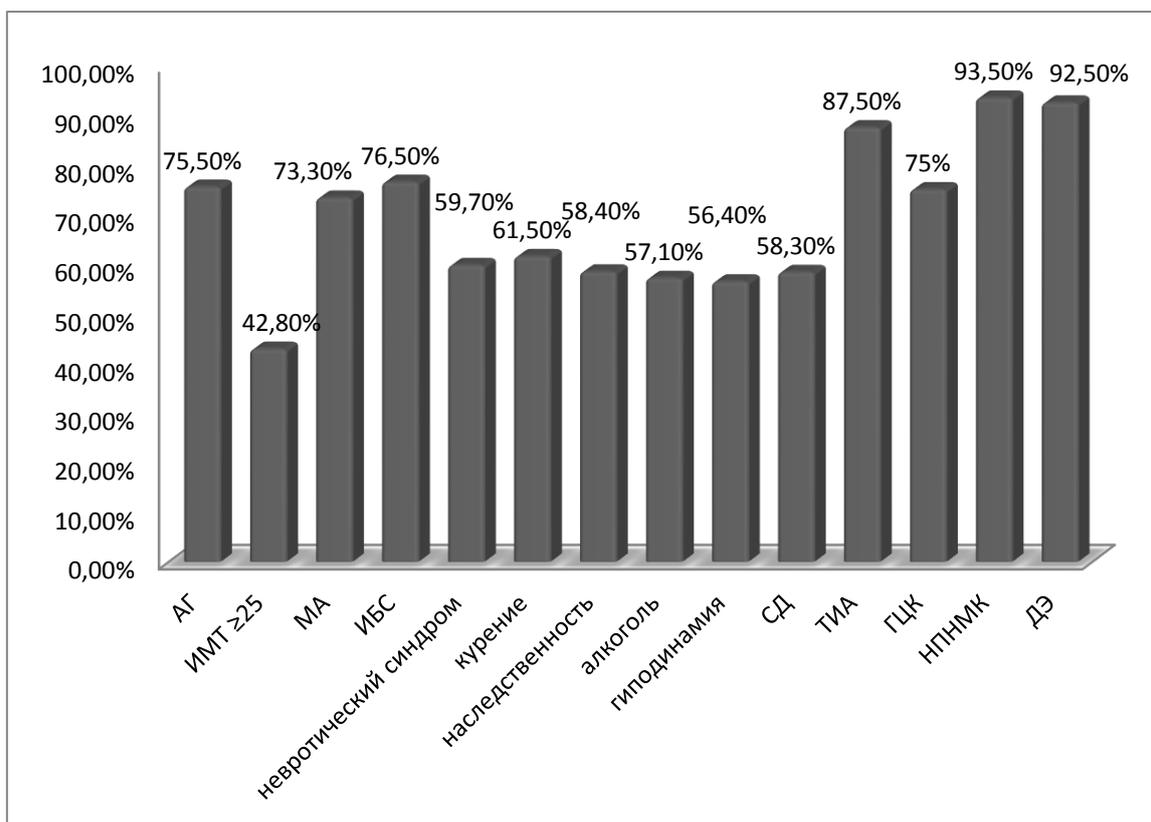


Рисунок 3.3. - Ассоциация факторов риска инсульта с головной болью

Пациенты весьма часто обращаются к врачу амбулаторной практики по причине головокружения. Медицинская практика под «головокружение» подразумевает состояние пациента, при котором могут появляться ощущения вращения окружающих предметов или ощущение вращения/движения собственного тела.

Сами больные могут употреблять данный термин неверно, называя множество иных симптомов, как то: легкость в голове, «ватность» в ногах, испытывание слабости, зрительные ощущения (пелена перед глазами, расплывчатость, потемнение в глазах вследствие резкого подъема на ноги из сидячего либо лежачего положения), слабость. Неверное употребление термина пациентами может стать причиной неверной постановки диагноза, в таком случае необходим сбор анамнеза для обнаружения точной причины головокружения. На такой симптом как головокружение жаловались реже, всего 16,8% обследованных лиц. Характеристика головокружения показана в таблице 3.6.

Таблица 3.6. - Характеристика головокружения

| Характеристика головокружения | Частота (%) |
|--|-------------|
| А. Частота головокружения | |
| 1 постоянно (ежедневно) | 12,5 |
| 2 два-три раза в неделю | 32,8 |
| 3 один раз в неделю | 10,9 |
| 4 один-два раза в месяц | 25 |
| 5 реже одного раза в месяц | 18,6 |
| Б. Давность головокружения | |
| 1 несколько месяцев | 23,4 |
| 2 около одного года | 34,4 |
| 3 несколько лет (до 5 лет) | 29,7 |
| 4 более пяти лет | 12,5 |
| В. Характер головокружения | |
| 1 чувство дурноты, боязнь потерять сознание | 20,3 |
| 2 неустойчивость, пошатывание при ходьбе | 54,7 |
| 3 возвращение окружающих предметов в определенную сторону | 25,0 |
| Д. Продолжительность головокружения в течение суток | |
| 1 несколько минут | 67,2 |
| 2 несколько часов | 28,1 |
| 3 постоянная | 4,7 |
| Е. Зависимость головокружения от отдыха | |
| 1 нет | 28,1 |
| 2 да | 71,9 |
| Ж. Выраженность головокружения | |
| 1 легкая (пациент активно не жалуется на головокружение) | 60,9 |
| 2 умеренная (предъявляет жалобу на головокружение наряду с другими жалобами) | 35,9 |
| 3 выраженная (головокружение – основная жалоба пациента) | 3,2 |
| З. Изменение выраженности головокружения с момента его появления | |
| 1 осталась прежней | 65,6 |
| 2 уменьшилась | 25,0 |
| 3 увеличилась | 9,4 |

Всего 39% лиц с головокружениями обращались за медицинской помощью и в основном к терапевту (72%). Те, которые получали лечение только у 3 наблюдался стойкий эффект и у 12 временный эффект.

Ассоциация факторов риска инсульта и головокружения показана в рисунке 3.4.

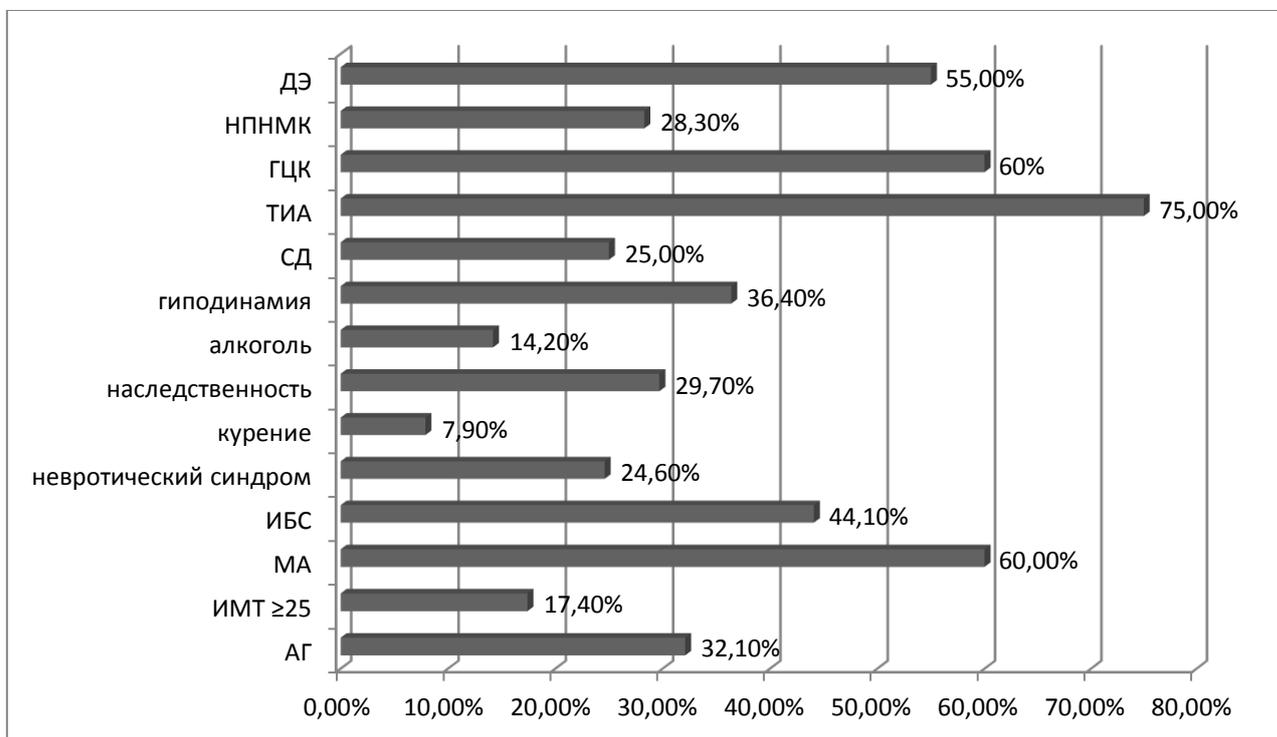


Рисунок 3.4. - Ассоциация факторов риска инсульта и головокружения

Как видно из рисунка 3.4. головокружение как неврологический симптом часто ассоциирует с более тяжелыми формами БСК и ЦВЗ, такие как ДЭ, ГЦК, ТИА, ИБС и МА.

На шум в голове, в ушах жаловались 11,8% обследованных лиц, из них в 25% случаев это связано с заболеванием ушей. На постоянный шум в ушах или в голове жаловались 18,1%. Но чаще (38,6%) шум в ушах или в голове беспокоит больных в неделю два-три раза. В течении года данный симптом наблюдался у 34,1%. 23 человека отметили, что у них имеется двухсторонний шум. Больные давали следующие характеристики шума: дующий – 38,6%, пульсирующий – 18,2%, в виде звона, свиста – 43,2%.

Наиболее частая продолжительность шума в голове в течении суток отметили несколько минут 54,5%. 61,4% отметили, что шум в голове, в ушах проходит после отдыха.

Шум в ушах и в голове, как и головокружение, ассоциируют с более тяжёлыми формами ЦВЗ и БСК (рисунок 3.5).

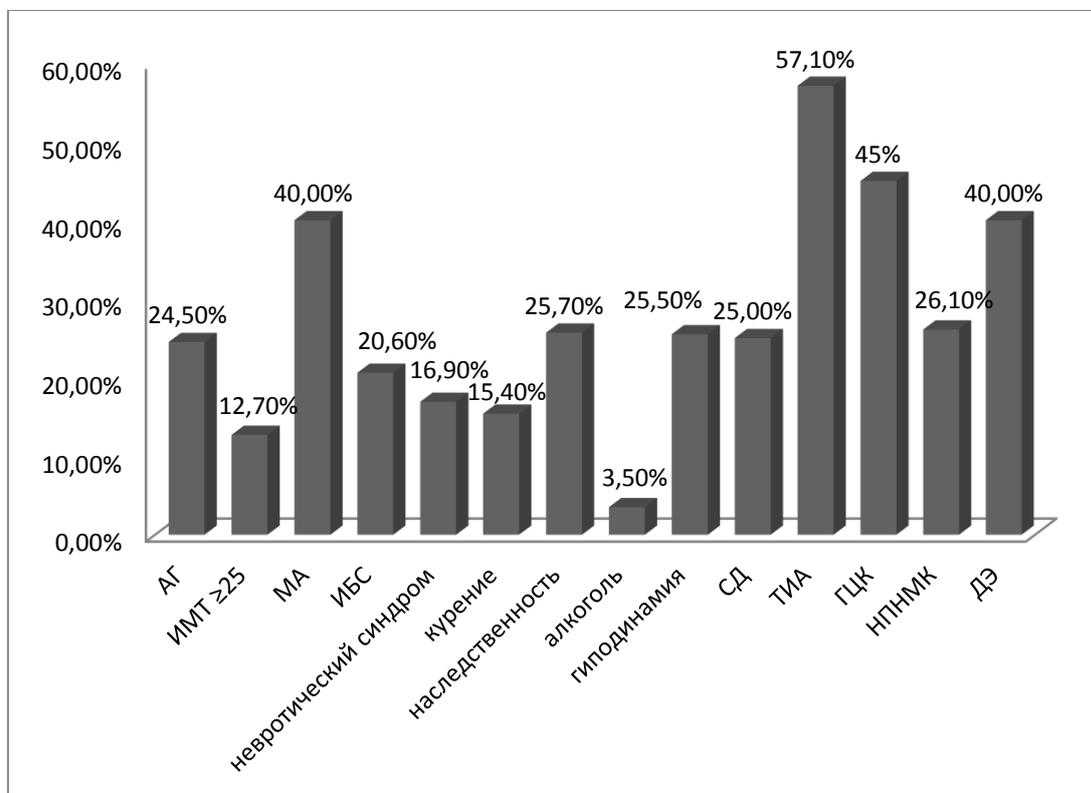


Рисунок 3.5. Ассоциация шума в голове, в ушах с факторами риска инсульта

122 (32,1%) обследованных отметили за последние годы заметное снижение памяти. 60,7% стали забывать текущие события, даты. Им стало необходимо делать записи, чего прежде не требовалось. 50% стали хуже помнить события, которые были в прошлом. 40,2% отметили, что снижение памяти начало осложнять им рабочие процессы и повседневную жизнь. Давность ухудшения памяти в основном (89,3%) несколько лет (до 5 лет). Темп ухудшения памяти медленный (разница заметна при сравнении за несколько лет) в 91,8% и только у 8,2% быстрый. Всего у 9,02% отмечалось значительное (ухудшение памяти отмечают на работе, родственники, знакомые) выраженность нарушения памяти. Хотя такая жалоба как

снижение памяти достаточно распространена, но всего 22 человека обратились за медицинской помощью, и 68,2% помогло назначенное лечение, но с временным эффектом.

Снижение памяти могло возникать вследствие проявления ХЦВП (59,8%), алкогольной энцефалопатии (0,8%), посттравматической энцефалопатии (4,9), диабетической энцефалопатии (1,6%), психогенных нарушений (18%), энцефалопатии сложного генеза (0,8%), индивидуальных особенностей (6,6%) и других нарушений памяти (9%).

Снижение памяти часто ассоциирует с такими факторами риска как АГ, СД, гиподинамия и очень часто наблюдается при ХЦВЗ (рисунок 3.6).

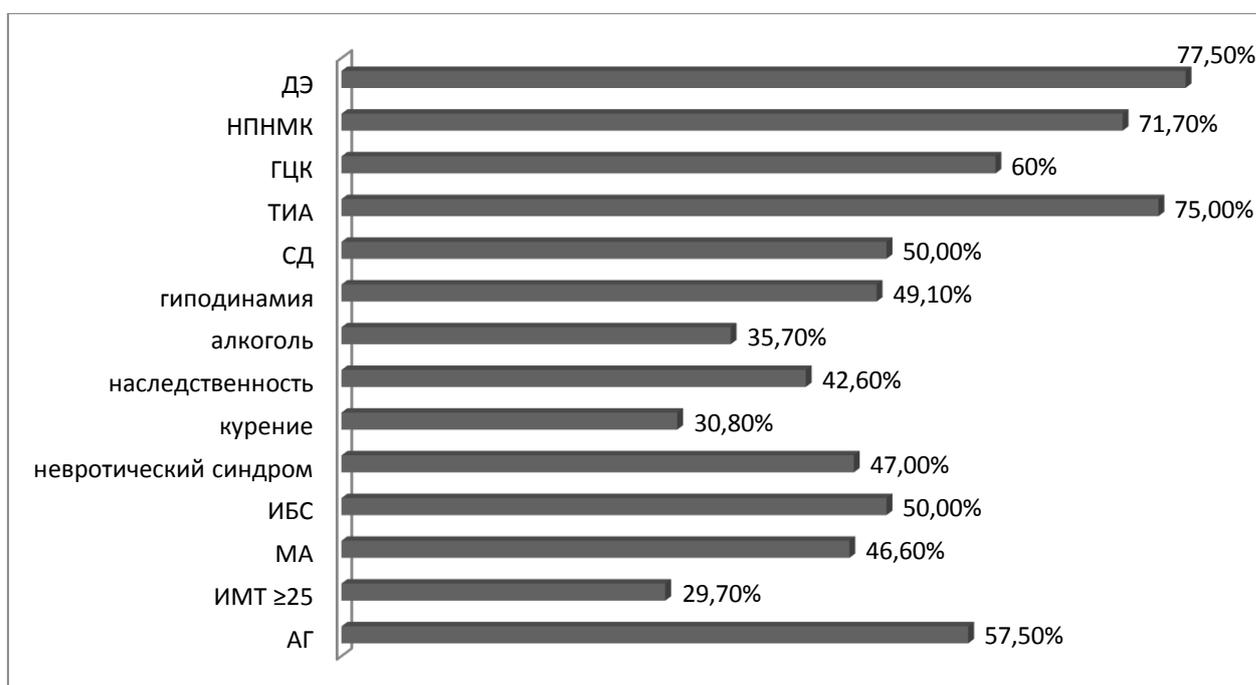


Рисунок 3.6. Ассоциация факторов риска инсульта и снижение памяти

33,7% обследованных жаловались на значительную утомляемость, снижение работоспособности в последние годы. 77,3% отметили, что им стало труднее концентрировать внимание, усваивать новую информацию, 79,7% стали быстрее уставать физически и 1 ушел с работы. У многих после воскресных дней (61,7%), после очередного отпуска (12,5%) работоспособность улучшается. Всего 17,2% обращались к врачу с жалобами

на выраженную утомляемость и только у 13 наблюдался временный эффект от назначенного лечения.

Таким образом, на второе место по частоте жалоб приходится снижение работоспособности, быстрая утомляемость. Относительно часто больные с СД жалуются на быструю утомляемость (рисунок 3.7).

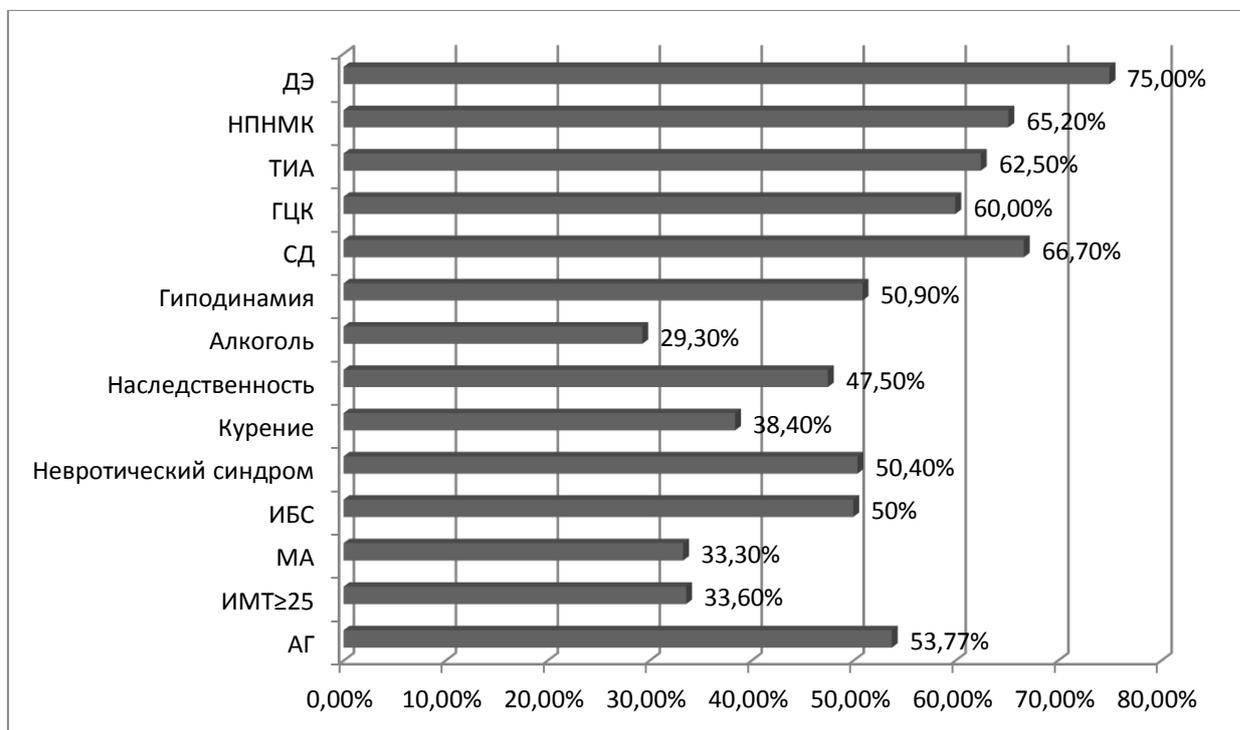


Рисунок 3.7. - Ассоциация факторов риска инсульта и снижение работоспособности

Нами также был оценен неврологический статус больных с ХЦВП. Для проведения анализа клинических, психологических характеристик пациентов с ХЦВЗ обследуемых разделили на 3 группы: группа НПНКМ – 46 обследуемых с НПНКМ, группа ДЭ I стадии – 29 обследуемых с ДЭ I стадии, группа ДЭII и III стадии – 11 обследуемых с ДЭ II и III стадий.

Была проанализирована частотность «церебральных» жалоб для различных форм ХЦВЗ (таблица 3.7).

В случае начальных формах ХЦВЗ наблюдались чаще жалобы, на головную боль, снижение работоспособности и ухудшение памяти, реже отмечались жалобы на головокружение и шум в голове. В случае

формирования синдрома ДЭ (прогрессирования ХЦВЗ) часто встречались также жалобы на головокружение в качестве признака хронической вертебробазилярной недостаточности.

Таблица 3.7. - Распространенность «церебральных» жалоб при различных формах ХЦВЗ

| | головная боль | головокружение | шум в голове | снижение памяти | утомляемость |
|-----------------------|------------------|----------------|-----------------|--------------------|--------------|
| | n(%) | n(%) | n(%) | n(%) | n(%) |
| НПНКМ (46) | 43 (93,5) | 13 (28,3) | 12 (26,1) | 33 (71,7) | 30 (65,2) |
| ДЭ I ст (29) | 26 (89,7) | 14 (48,3) | 12 (41,4) | 24 (82,8) | 21 (72,4) |
| ДЭ II, III ст (11) | 11 (100) | 8 (72,7) | 4 (36,4) | 7 (63,6) | 9 (81,8) |

Был исследован неврологический статус у обследуемых с ХЦВЗ. У 3 (6,5%) обследуемых с НПНКМ наблюдалась микросимптоматика в качестве варианта нормы. Так, в 2 случаях это асимметрия рефлексов и 1 случай тремор рук. Согласно собранным данным в числе всех обследуемых в группе ДЭ II, III у 2 (18,2%) отмечалась комбинация из минимум двух синдромов, что свидетельствовало о третьей стадии ДЭ. В числе всех синдромов у обследуемых с ДЭ II стадии отмечалось преобладание поражения 7 и/или 12 черепно-мозговой нервов (сглаженность носогубной складки, девиация языка) – 4(36,4%), вестибуломозжечковый – 3(27,3%) случаев, реже встречались экстрапирамидные нарушение и нарушение речи – по 1(9,1%) случаю.

Исследовалась выраженность когнитивных нарушений лиц с ХЦВЗ. Представление объема кратковременной памяти ниже, рисунок 3.8.

По нашим данным частота снижения уровня кратковременной памяти увеличивается с прогрессированием ХЦВП. У больных с ДЭ 2 и 3 ст.

снижение памяти увеличивается почти в 2 раза по сравнению с НПНМК, что и свидетельствует о более грубом нарушении структур головного мозга.

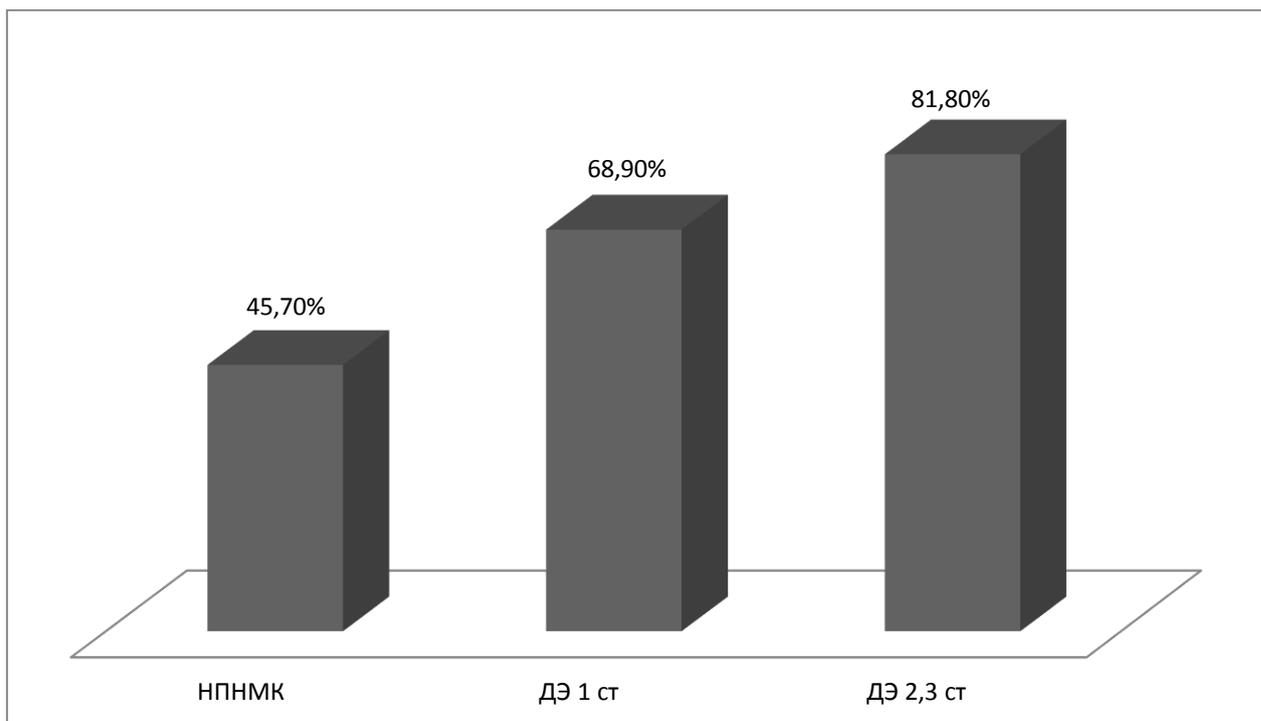


Рисунок 3.8. - Определение непосредственного воспроизведения у лиц с ХЦВЗ

Продуктивная память у лиц с ХЦВЗ рассмотрена в таблице 3.8.

Таблица 3.8. - Суммарное количество воспроизведенных слов за 5 предъявлений

| Группы | Норма (≥ 40) n(%) | Легкие нарушения (30-39б) n(%) | Умеренные нарушения (20-29б) n(%) | Выраженные нарушения ($< 20б$) n(%) |
|---------------|--------------------------------|---|--|--|
| НПНМК(46) | - | 19(41,3%) | 20(43,5%) | 7(15,2%) |
| ДЭ I(29) | 1(3,5%) | 8(27,6%) | 13(44,8%) | 7(24,1%) |
| ДЭ II,III(11) | - | 5(45,5%) | 4(36,3%) | 2(18,2%) |

Продуктивная память только в 1 случае осталась сохранной у группы ДЭ 1 стадии. Случаи легкого и умеренного снижения памяти наблюдались с

одинаковой частотой у больных с НПНКМ и ДЭ 2,3 ст., в то время как выраженные и умеренные нарушения отмечались в группе ДЭ 1 ст.

Результаты исследования долговременной памяти у лиц с ХЦВЗ представлены в таблице 3.9.

Таблица 3.9. - Снижение долговременной памяти у лиц с ХЦВЗ

| Группы | Норма, ≥90%, 8-7 n(%) | Легкие нарушения 80%, 5-6 n(%) | Умеренные нарушения <80%, 4-3 n(%) | Выраженные нарушения <80%, 2-1 n(%) |
|----------------|---------------------------------|---|---|--|
| НПНКМ(46) | 23(50%) | 19(41,3%) | 4(8,7%) | - |
| ДЭ I(29) | 13(44,8%) | 13(44,8%) | 3(10,3%) | - |
| ДЭ II,III (11) | 5(45,5%) | 3(33,3%) | 3(27,2%) | - |

У анализируемых групп обследуемые с НПНКМ чаще, чем в других группах, обладали сохранной долговременной памятью, в то время как у групп ДЭ чаще возникало ее снижение. У группы ДЭ 1 ст. в основном наблюдались легкие нарушения долговременной памяти, в то время как в группе с ДЭ 2 и 3 ст. чаще, чем в других группах наблюдались выраженные нарушения долговременной памяти.

Оценка уровня внимания и трудоспособности проводилась по результатам пробы Мюнстерберга (таблице 3.10.).

Таблица 3.10. - Нарушения внимания у лиц с ХЦВЗ

| | норма (≥22) n(%) | Легкие нарушения (20-21б) n(%) | Умеренные нарушения (15-19б) n(%) | Выраженные нарушения (<14б) n(%) |
|-----------|--------------------------------|---|---|---|
| НПНКМ | 1(2,2%) | 22(47,8%) | 10(21,7%) | 13(28,3%) |
| ДЭ I | 1(3,4%) | 11(37,9%) | 5(17,2%) | 12(41,%) |
| ДЭ II,III | - | 3(27,2%) | 4(36,4%) | 4(36,4%) |

В группах ДЭ начинает более часто встречаться выраженное снижение внимания.

Таким образом, в ходе настоящего исследования было исследовано качество жизни у обследуемых с различными формами ХЦВЗ (таблица 3.11).

Таблица 3.11. - Качество жизни больных с ХЦВЗ

| Группы | Норма (17-21б.) | Легкое снижение (10-16б.) | Умеренное снижение (6-9б.) | Выраженное снижение (0-5б.) |
|---------------|--------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| | n(%) | n(%) | n(%) | n(%) |
| НПНКМ(46) | 11(23,9%) | 24(52,2%) | 5(10,9%) | 6(13,0%) |
| ДЭ I | 12(41,4%) | 15(51,7%) | 1(3,4%) | 10(34,5%) |
| ДЭ II,III(11) | 1(9,1%) | 5(45,4%) | 4(36,4%) | 1(9,1%) |

У больных группы с НПНКМ в основном показали хорошее качество жизни. В группе с ДЭ 1 ст. в основном отметили легкое и выраженное снижение качества жизни, тогда как у больных группы с ДЭ 2,3 ст. наблюдалось легкое и умеренное снижение качества жизни.

Глава 4. Комплексная оценка риска инсульта в популяции трудоспособного возраста

4.1. Структура риска инсульта

Был проведен анализ частоты сочетания ФР. Анализ долей обследуемых по параметру числа ФР в различных возрастных декадах (до и после 50 лет) обнаружил серьезные различия в их распределении. У возрастной группы от 40 до 49 лет среди женщин сочетание 2 ФР наблюдалось в 21,4%, 3 ФР 19,1%, 4 ФР 11,5%, 5 ФР 6,1% и 6 ФР 3,8%. У возрастной группы 50-59 лет наличие 2 ФР наблюдалось 19,3%, 3 ФР 18,2%, 4 ФР 15,9%, 5 ФР 10,2%, 6 ФР 10,2%, 7 ФР 4,5%, 8 ФР 2,3% и 9 ФР 1,3%. Согласно данным проведенного анализа, среди обследуемых возрастной группы 40-49 лет большинством оказались пациенты с одним либо двумя ФР, у пациентов старше 50 лет самым частым сочетанием оказалось сочетание двух и трех ФР. Процент пациентов, имеющих пятью и более ФР, возрстал в 3 раза в сравнении с более молодой возрастной группой (рисунок 4.1).

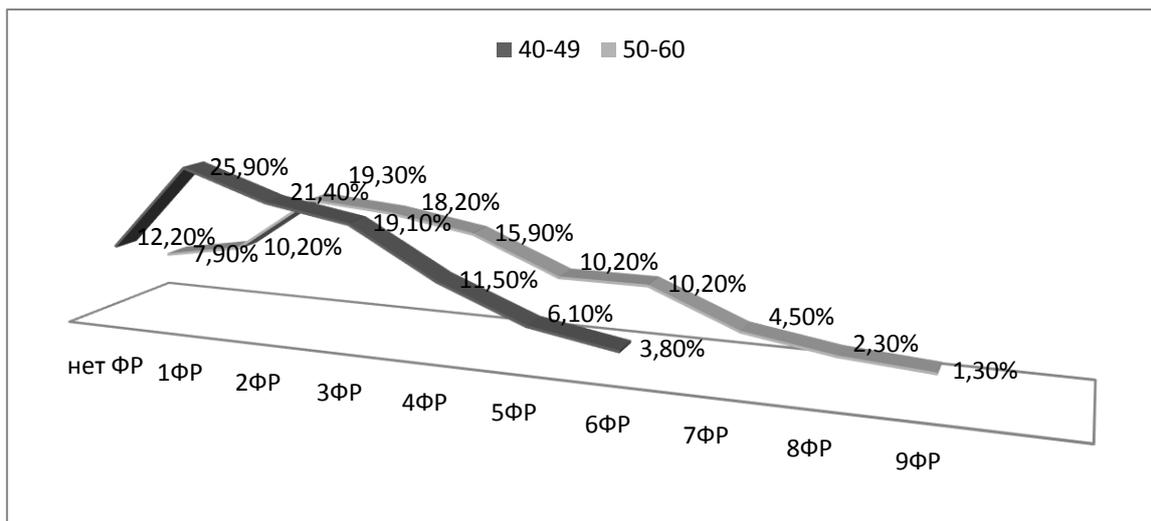


Рисунок 4.1. - Доля лиц с факторами риска в исследуемой популяции до и после 50 лет среди женщин

Среди мужчин во всех возрастных категориях преобладали лица с одним или двумя факторами риска. В возрастной группе от 40 до 49 лет среди мужчин сочетание 2 ФР наблюдалось в 20,2%, 3 ФР 15,6%, 4 ФР 8,3%, 5 ФР 3,7%, 6 ФР 2,8% и 7 ФР 1,8%. В возрастной категории 50-59 лет

наличие 2 ФР наблюдалось 19,6%, 3 ФР 15,7%, 4 ФР 13,7%, 5 ФР 5,9%, 6 ФР 3,9%, 7 ФР 3,9%, 8 ФР 3,9% и 9 ФР 1,3%. Наличие четырех и более факторов риска в 2-3 раза больше наблюдается в возрастной категории 50-59 лет среди мужчин по сравнению лиц в возрасте 40-49 лет (рисунок 4.2).

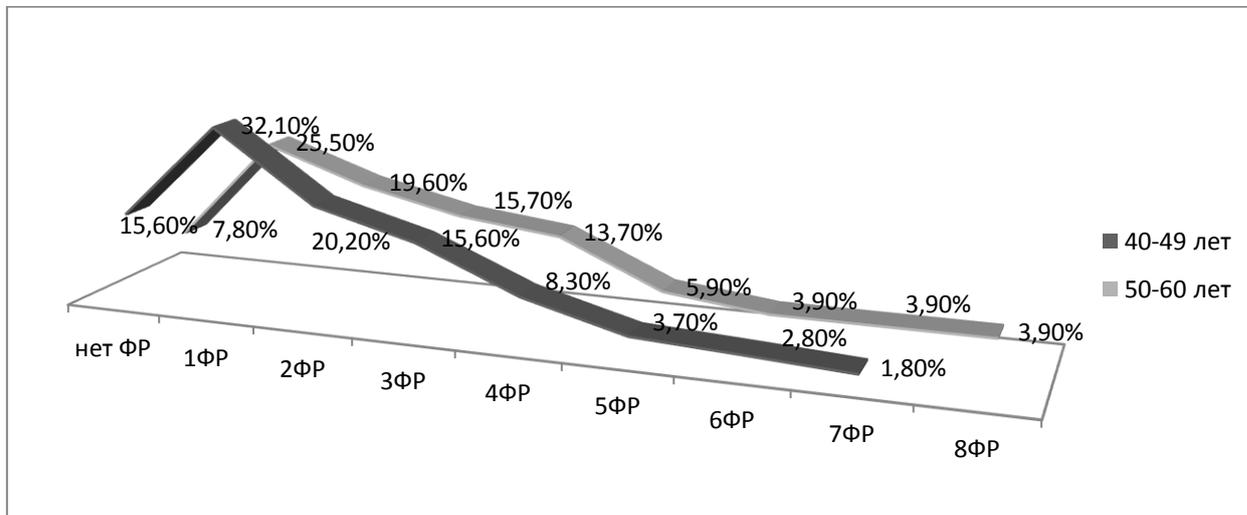


Рисунок 4.2. - Доля лиц с факторами риска в исследуемой популяции до и после 50 лет среди мужчин

Сравнение мужчин и женщин в возрастной группе диапазоне 40-59 лет показало, что среди мужчин в целом менее распространено сочетание ФР (рисунок 4.3).

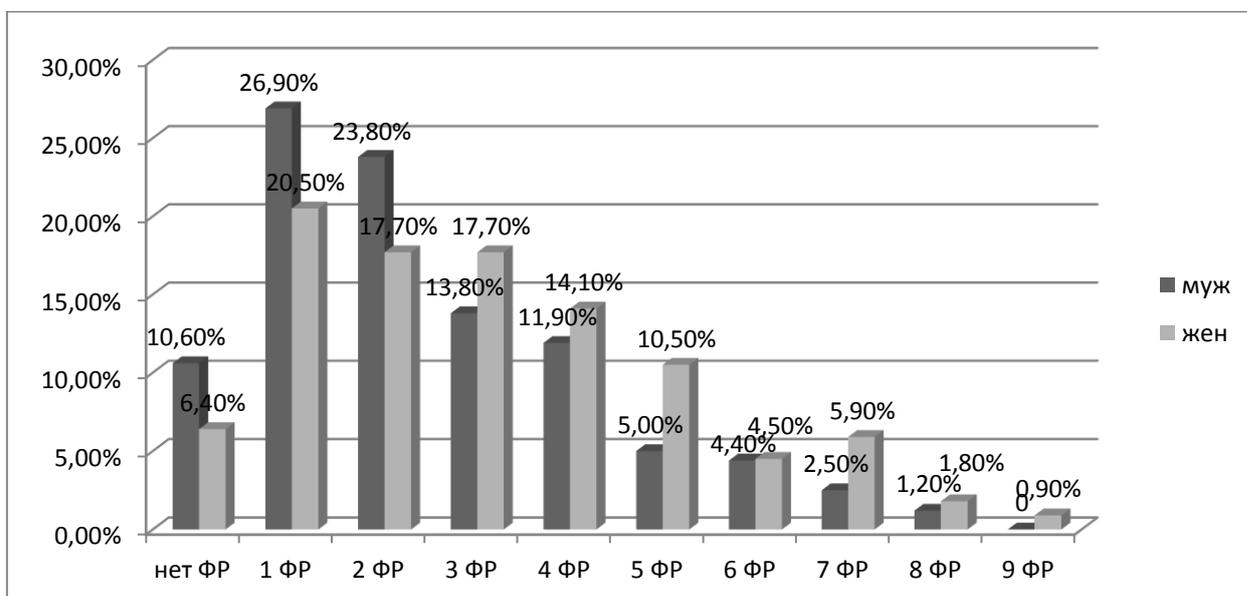


Рисунок 4.3. - Доля лиц с сочетанием ФР среди мужчин и женщин

Если отсутствие ФР наблюдается в 6,4% случаев, то среди мужчин отсутствие ФР наблюдается в 10,6% случаев. А также сочетание 5 и 7 ФР среды женщин в 2 раза больше чем у мужчин (рисунок 4.3).

В целом в исследуемой популяции показали, что в 40-59 лет в основном наблюдается сочетание 2-4 факторов риска (рисунок 4.4).

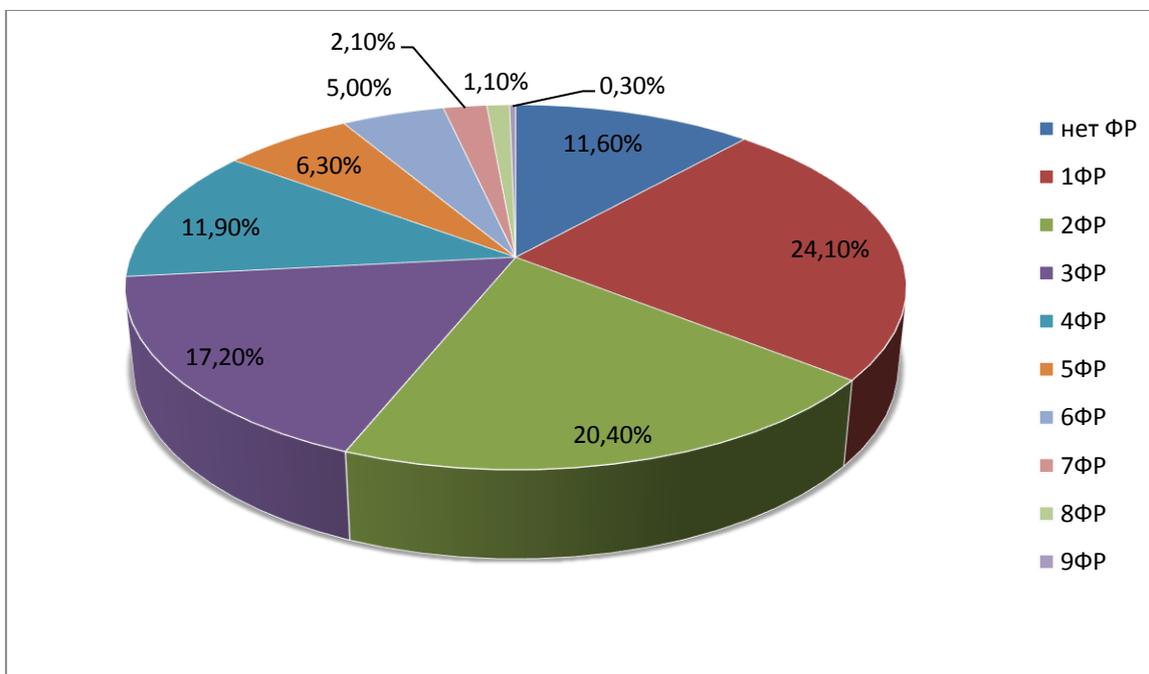


Рисунок 4.4. - Частота сочетания факторов риска

Среди изолированных факторов риска преобладали ожирение и невротический синдром. Развитие сосудистых заболеваний (ИБС, инсульт и ТИА) чаще (83,3%-100%) отмечалось у пациентов, имеющих четыре и более ФР. Пациенты с СД могли одновременно иметь четыре и более ФР.

Основой профилактики инсульта является раннее выявление ФР и воздействие на них. Важной ролью в вычислении риска и профилактике ЦВЗ обладают шкалы комплексной оценки риска. Инструментарий современных шкал дает возможность определения суммарного риска развития заболевания, осложнения либо исхода. Под суммарным сердечно-сосудистым риском понимается обобщенное значение сочетания определенных ФР, выявляющее выраженный в процентах уровень прогнозируемого риска развития летальных и нелетальных сердечно-сосудистых осложнений.

Настоящее исследование проводило определение суммарного риска по шкалам фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых/цереброваскулярных событий у лиц мужского и женского пола неорганизованного трудоспособного населения возрастной группы 40–59 лет г. Душанбе. Проведение оценки популяционной выборки происходило по шкалам суммарного сердечно-сосудистого и цереброваскулярного риска (Рискометр™ инсульта, SCORE). Обследованные по шкале SCORE стратифицировались по группам риска: очень высокий риск (>15%), очень высокого-высокий риск (10–14%), высокий риск (5–9%), высокий-умеренный риск (3–4%), умеренный риск (2%), умеренный-низкий риск (1%) и низкий риск (<1%). Согласно результатам шкалы SCORE в основном (75,5%) наблюдался низкий уровень риска. В группы очень высокого и высокого риска попало всего 0,6% лиц в возрастной группе 40–59 лет (рисунок 4.5).

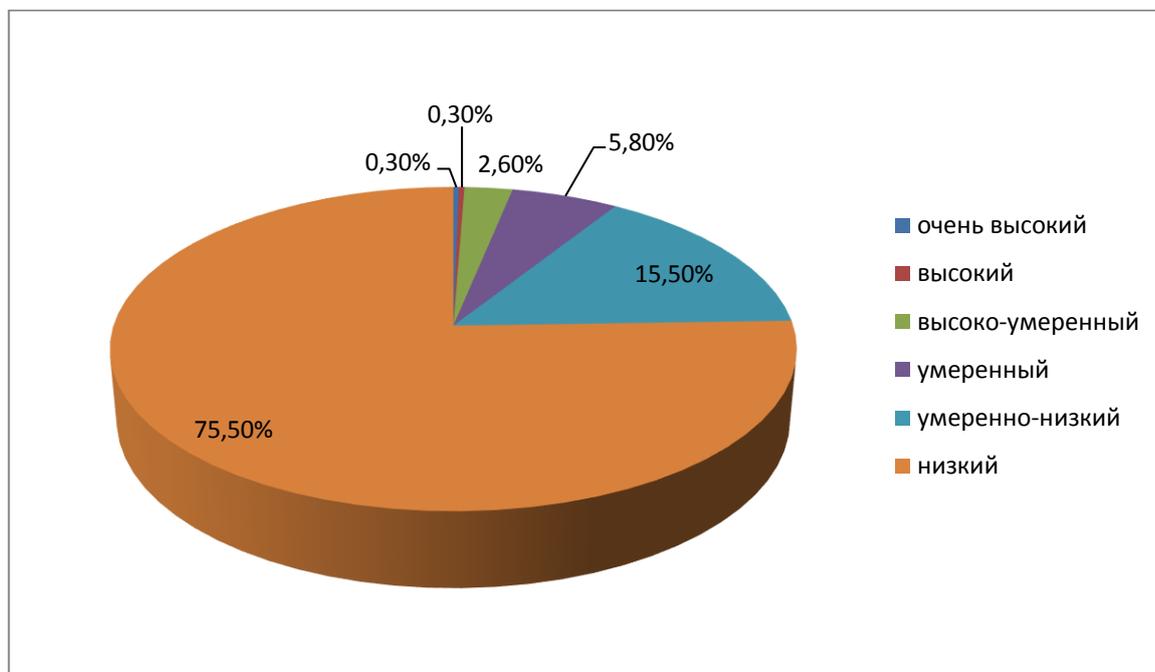


Рисунок 4.5. - Группы по уровню абсолютного риска инсульта (по шкалы SCORE) в ближайшие 10 лет

Применение аналогичного принципа стратификации в той же выборке с Рискометром™ инсульта была обнаружена более высокая доля пациентов,

обладающих высоким и очень высоким риском развития инсульта – 15,6%. Таким образом, использование для диагностики Рискометра™ инсульта дало возможность оценки средних значений 10-летнего риска развития инсульта в абсолютных и относительных величинах (рисунок 4.6).

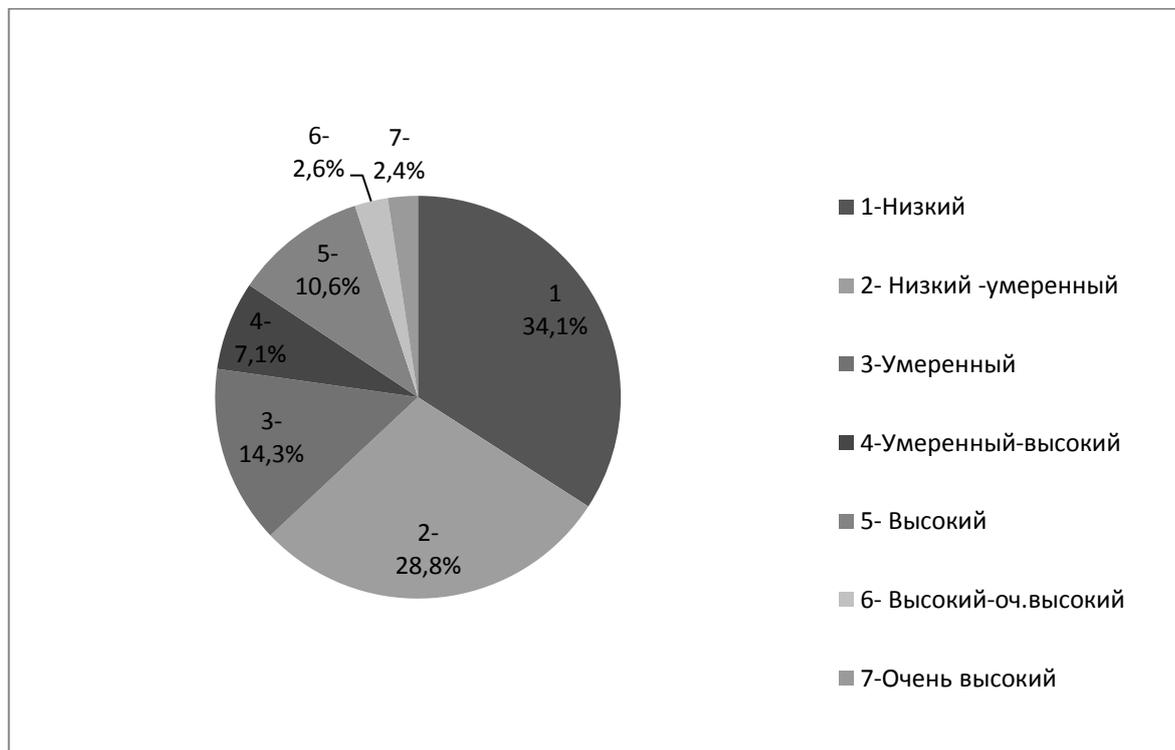


Рисунок 4.6. - Группы по уровню абсолютного риска инсульта (по рискометру инсульта) в ближайшие 10 лет.

Необходимо обратить внимание на то, что в целом лиц с высоким риском в РТ меньше, что связано с действительно меньшей распространенностью ФР. В тоже время необходимо помнить про скрытую часть айсберга - низкий и умеренный риск - не значит, что его нет.

Одним из способов обратить внимание на лиц с низким риском является расчет относительного риска, таким образом, еще выделяется значительная часть лиц, которым требуется внимание (рисунок 4.7).

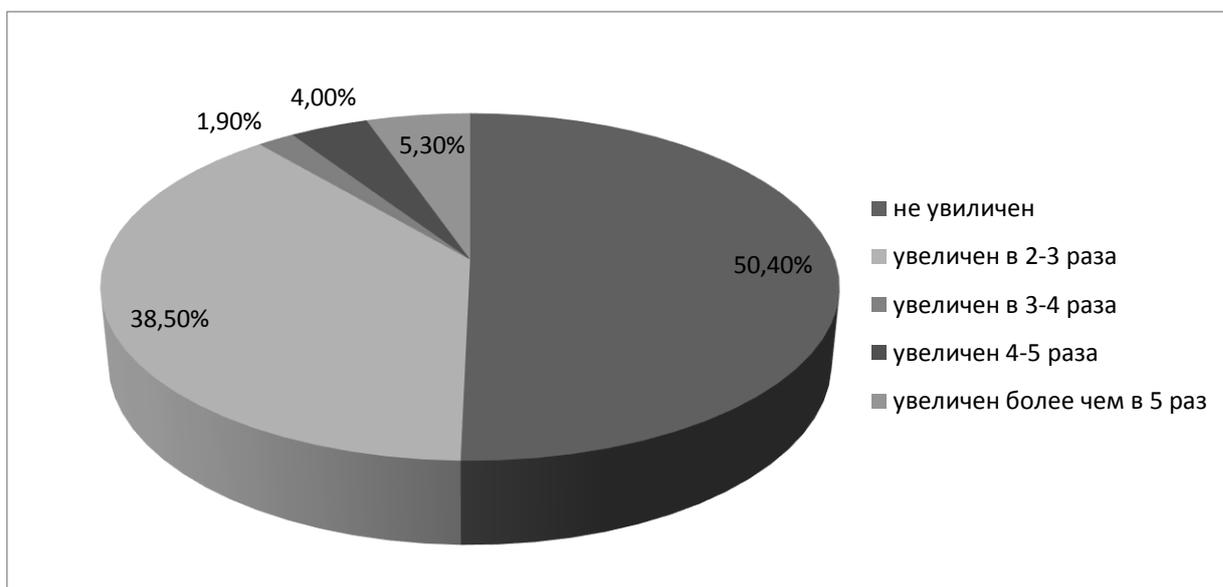


Рисунок 4.7. - Группы по относительному увеличению 10-летнего риска инсульта по сравнению с популяционным

При этом важно понимать, что определение риска фатальных событий (например, 10-летний риск смерти от сердечно-сосудистых событий по шкале SCORE) в 0,6% случаев обнаружен очень высокий и высокий риск у обследуемых возрастной группы 40–59 лет. Шкала оценки риска развития инсульта, Рискометр™ инсульта, выделяет куда большую долю пациентов (15,6%) с высоким и очень высоким риском развития инсульта. Инструментарий Рискометра™ инсульта дает возможность более точного представления масштабов проблемы, что весьма важно для организации лечебно-профилактических мероприятий амбулаторного уровня.

4.2. Состояние медицинской помощи, оказываемой лицам с факторами риска инсульта в условиях ГЦЗ №1 г. Душанбе

В настоящем исследовании была учтена серьезная зависимость эпидемиологических показателей и эффективности профилактической деятельности поликлиники от частотности обращения пациентов за медицинской помощью. С пониманием данного факта было проведено дополнительное исследование. Пациенты, запрашивавшие медицинскую

помощь по причине БСК, составили группу из 50 человек (43,5%), а люди, не запрашивавшие – группу из 65 (56,5% от всех пациентов с БСК). Главной целью посещения поликлиники по причине с БСК были – измерить АД (39), выписать рецепт (32), коррекция терапии (33), сдать анализы (37), получить больничный лист (15).

Исследовалось количество и доля пациентов с определенными ФР, состоящих на диспансерном наблюдении лечебно-профилактического учреждения, которых, таким образом, можно привлечь к лечебно-профилактическим мероприятиям. Всего 25,2% лиц с БСК находятся в диспансерном учете, а 74,8% обращаются в медицинское учреждение крайне редко. Данные цифры показывают низкую вероятность своевременного начала лечебно-профилактических мероприятий для пациентов.

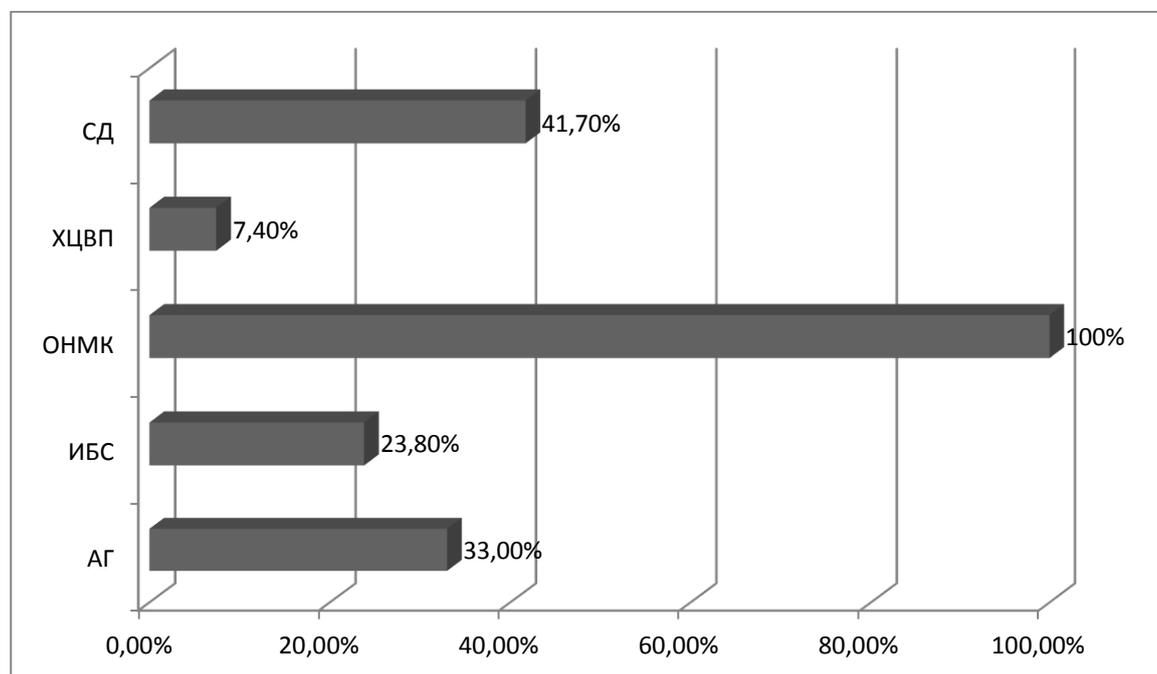


Рисунок 4.8. Диспансерное наблюдение обследованных лиц в зависимости от наличия ФР, БСК и ЦВЗ

Является очевидным факт, что обследуемые, имеющие более выраженную клиническую симптоматику обращаются за медицинской помощью гораздо чаще. Пациенты с АГ чаще приходят к врачу при цифрах САД более 160, что соответствует 2 и 3 ст АГ и стаж болезни более 3 лет. У

25,7% с АГ, которые находятся в диспансерном учете наблюдались ГЦК, что соответствует 45% всех случаев криза. Среди пациентов с АГ, наблюдающихся у семейных врачей, преобладают больные со 2 стадией заболевания, что говорит о том, у них имеется длительный анамнез, и, возможно низкая эффективность антигипертензивной терапии, а также о том, что им, вероятно, не была проведена надлежащая диспансеризация больных с АГ I стадии, что в итоге дает возможность более высокого риска развития осложнений ГБ у данных пациентов. Если одна причина редкой диспансеризации (35%) больных с АГ является самостоятельное не обращение в поликлинику, хотя с 2011г в РТ принята Национальная программа по борьбе с АГ и ИБС и все пациенты с АГ, которые приходят в поликлинику регистрируются и контролируются не только медицинскими учреждениями, но и правительством РТ, то другая причина – больные часто обращаются за помощью к врачам, не работающим в данной поликлинике. Диагноз, рекомендации и даже выписки от стационарного лечения, которые они получают не доходят до семейных врачей и амбулаторных карт. Таким образом, они считаются здоровыми по данным поликлиники.

По рисунку 4.8. можно понять, что наиболее частые обращения в поликлинику (41,7%) поступают от пациентов с перенесенным инсультом и СД, что, по-видимому, объясняется необходимостью получить группу инвалидности.

7,4% больных с ХЦВП находятся на диспансерном наблюдении. После того как получили такие результаты сделали дополнительный анализ регистрационного журнала невролога. Оказалось, что 44% больным в возрасте 40-59 лет, обращенным за помощью к неврологу за период 2015г ставили диагноз ХЦВП (в виде сосудистой энцефалопатии, дисциркуляторной энцефалопатии, гипертоническая энцефалопатия). Такой ситуации только одно объяснение: больные с хроническими формами ЦВЗ не диспансеризуются.

Итак, большинство пациентов с риском развития инсульта не охватывается лечебно-профилактическими мероприятиями.

Частичное проведение первичной и вторичной профилактики инсульта наличествует в группе лиц с ЦВЗ у 57 (60%) обследуемых, в то время как адекватной профилактической терапии нет ни у кого. При этом антигипертензивную терапию получают 60%, но в основном (70,2%) эпизодически (разовый прием препаратов при повышении АД). 27,4% больных с АГ не лечатся совсем. Антиагреганты (в основном аспирин (80%)) постоянно принимают всего 6 человек из 95, а нерегулярно 14,7%. Статины принимает всего 1 человек. Полноценное обследование в связи с ЦВЗ в течение последних 5 лет прошли 3 (3,2%) пациентов, фрагментарное 53 (55,9%).

Заключение. Обсуждение результатов исследования

В современном мире одно из ведущих мест среди причин смертности инвалидизации населения принадлежит инсультам. Исходя из этого, своевременная профилактика инсультов является не только медицинской, но и социальной проблемой [10,54,55]. Исследование, которое было проведено в настоящей диссертации, продемонстрировало существенно широкую распространенность модифицируемых, (включая поведенческие), ФР инсульта у населения в возрастной группе 40-59 лет, что говорит о необходимости проводить активную первичную профилактику инсульта в указанной группе населения.

Еще один ФР развития инсульта – это возраст. В настоящем исследовании подтвердился рост ФР с увеличением возраста [37,57,66].

В нашем исследовании, в отличие от большинства других [32,58,61,69] распространенность некоторых модифицируемых ФР развития инсульта, таких, как АГ, ожирение, гиподинамия, невротический синдром, была выше, чем у мужчин.

Самым распространённым фактором риска инсульта в нашем исследовании был невротический синдром. В настоящее время не вызывает сомнения, что реакция на стресс и болезнь находятся во взаимосвязи [2]. Адаптационная перестройка личности происходит вследствие эмоций, выходящим за конкретный, привычный для индивидуума уровень стресса. Однако важно помнить, что избыточный психоэмоциональный стресс может истощить адаптационные возможности организма и стать причиной развития различных заболеваний.

Широкая распространённость невротического синдрома, которая в настоящем исследовании была выявлена у населения г. Душанбе, частично может объясняться остаточным "фоновым" социальным напряжением, которое характерно для постконфликтного пространства. Кроме того, причина может заключаться в череде финансово-экономических кризисов.

Полученные нами результаты совпадают с данными полученными другими авторами на территории РТ [48,69].

Следующим по частоте распространенности факторов риска инсульта по нашим наблюдениям было ожирение. Широкая распространенность данного фактора риска связана с изменением питания и образа жизни. Хотелось бы особенно подчеркнуть значительный рост потребления колбасных изделий, вероятно, по причине их широкого ассортимента, низкой стоимости и агрессивной рекламы. Необходимо также учитывать, что физическая активность существенно снизилась по причине роста использования личного транспорта населением за последние 25 лет. Распространенность ожирения среди женщин наблюдалась чаще, чем у мужчин, что соответствовало показателям других стран [3,15,51]. Это, скорее, связано с особенностями менталитета, образования и занятости наших женщин. 58,2% обследованных женщин были домохозяйками и 62,3% имели среднее образование.

В последнее время неврологи, занимающиеся сосудистой патологией мозга, уделяют особое внимание АГ. Подобное внимание обусловлено тем, что АГ – это весьма значимый, тщательно изученный и корректирующийся ФР различных форм нарушения мозгового кровообращения [53,54]. На данный момент врачи обладают достаточными медикаментозными и немедикаментозными методами лечения для осуществления эффективного контроля показателей АД у большей части пациентов с АГ. При этом, несмотря на специальные обучающие программы, проводившиеся как для медицинских работников, так и для населения, эффективное лечение во многих странах мира получают только от 10 до 25% больных АГ [56]. Выявление АГ показала меньшее число случаев (27,9% в сравнении в 46,4 % Москве, 46,8% Ульяновске, 46,1% Киргизстане) [19,32, 44,55]. Ранее было упомянуты некоторые проведенные в РТ эпидемиологические исследования, в ходе которых изучалась распространенность АГ среди населения РТ. По итогам указанных исследований [15,27,31,35,49,61,69], было обнаружено, что

распространенность АГ серьезно варьируется для тех или иных регионов республики, составляя от 16,2% до 31,45 %. На существенно меньшую частоту АГ указывает М.Т. Хайриддинов [61], согласно его данным, распространенность по республике в целом составила 16,2 %. В настоящей работе в ходе исследования применялась репрезентативная выборка, которая учитывала популяционную половую и возрастную структуру на базе конкретных населенных пунктов. Отдельное внимание нужно обратить на включение в исследование лишь пациентов в возрастном диапазоне от 40 до 60 лет. Подобная выборка стала причиной более высокой распространенности заболевания: гипертензия является более частотной среди пациентов старших возрастных групп, что доказывается также данными нескольких других исследований [17,33,34].

Среди пациентов женского пола отмечалась более высокая частотность обнаружения АГ, нежели среди пациентов мужского пола (это наблюдение также подтверждалось данными других исследований) [61,69]. Также подтверждалось нарастание распространенности АГ с возрастом. Сходные данные приводились авторами всех упомянутых ранее исследований [16,20,34,38,49,61,69].

Современные представления считают максимальное снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений заболевания основной целью лечения больных АГ, что включает эффективный контроль АД [87]. Исследование, проведенное Гафаровым М.Г. [15] продемонстрировало крайне низкую эффективность лечения (19,8 %). Позитивное влияние начала реализации, разработки и внедрения в 2008 г. «Клинического руководства по профилактике, диагностике и лечению АГ у взрослых на уровне ПМСП определяет, учитывая проводимые мероприятия, актуальность исследования эффективности лечения АГ. Согласно полученным результатам, целевые уровни АД достигнуты у 57,1% пациентов, состоящих на постоянном наблюдении и лечении, что доказывает рост ответственности пациентов, их внимания к своему здоровью. Данный факт весьма оптимистичен в рамках

профилактики осложнений заболевания. К сожалению, указанный показатель относится лишь к 7% пациентов с АГ. Большая часть (61%) пациентов с АГ проходят лечение эпизодически.

Данные различных исследований свидетельствуют о положительном влиянии практического внедрения здорового образа жизни, которое поможет на 80% снизить риск первичного ишемического инсульта в сравнении с таковым у пациентов, не изменяющих свой образ жизни с учетом ФР [60]. Настоящее исследование включает данные о частоте курения, в среднем составляющем 3,1%, и употреблении алкоголем – 1,31%. Частота курения в нашем исследовании низкая по сравнению с ранее проводимыми исследованиями в РТ [61,66]. Это связано с тем, что мы не исследовали курящих носовой. При этом распространенность курения у женщин составила 0,5%, что значительно ниже либо соответствует данным предыдущих исследований. Самые высокие распространенность курения и злоупотребление алкоголем обнаружены у возрастной группы 50-59 лет (в 3 раза), что отличается от других, ранее указанных исследований. Во многих эпидемиологических исследованиях ранее проводимых на территории РТ указываются снижение частоты курения и злоупотребления алкоголем уменьшается с возрастом, что и подтверждает низкие показатели нашего исследования.

Курящие респонденты и злоупотребляющие алкоголем демонстрировали достаточно высокую готовность к отказу от курения и проведению мероприятий, могущих помочь в этом.

Неразрывная связь патогенеза ишемического инсульта с сердечными заболеваниями является широко известным фактом. Двадцать и более кардиальных источников церебральных эмболий на данный момент уже известны и подробно описанию. Самыми серьезными из них к сегодняшнему времени представляются неревматическая ФП, приобретенные пороки сердца, ИБС и постинфарктные изменения миокарда [55]. Показатель распространенности СН в настоящем исследовании – 5%, что ниже

показателей населения Турсунзадевского района РПИ (10,1%), Ванчского района ГБАО (9,1%), Вахшского района Хатлонской области (8,4%) и Вахдатского района РПИ (7,85%); при этом данные показатели выше показателей населения Ганчинского района Согдийской области (4,2%) [36]. Также по результатам настоящего исследования отмечается нарастание частоты ИБС с возрастом, что опять же совпадает с данными других исследований [39,61,69].

До сих пор мало уделялось внимание наличию ГЦК и ТИА в анамнезе как фактор риска инсульта. Нередко наличие ГЦК и ТИА заставляет больного обращаться к врачу и принимать препараты. Распространенность инсульта в популяции составила 0,53%. У больной с инсультом наблюдалось несколько случаев ТИА и ГЦК, что подтверждает связь данных факторов с инсультом. Частота инсульта в нашем исследовании была существенно ниже аналогичным исследованиям, проведенных в Москве и Ульяновске [32,53].

Все еще недостаточно изучены в аспекте инсультов хронические формы ЦВЗ, но уже можно говорить о том, что почву для острых сосудистых катастроф готовят несвоевременное обнаружение, неадекватные профилактика и лечение ДЭ. Отдельный фактор, мешаю трудоспособность и социальную активность пациента – это постоянное прогрессирование заболевания как таковое [67, 85]. Показатели распространенности НПНМК – 12,1% и ДЭ – 9,2%. Данные показатели соответствуют результатам, полученным в РФ [32,53] и относительно ниже результатов, полученных в РТ [69].

В список приоритетных задач семейных врачей и узких специалистов ПМСП входят: 1) активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья популяции; 2) постановка их на учет, чтобы иметь возможность как можно раньше обнаружить и диагностировать заболевания, предупредить развитие и распространение болезней, провести динамическое наблюдение и комплексное лечение 3) организация мероприятий в целях оздоровить условия труда и быта пациентов, восстановить их трудоспособность либо

продлить период активной жизнедеятельности. Состояние амбулаторной помощи населению служат обеспечению качества и эффективности деятельности всей системы здравоохранения, сохранению трудового потенциала страны и решению большинства медико-социальных проблем. Своевременная и квалифицированная ПМСП предупреждает госпитализацию больных, снижает необходимость применять высокотехнологичные методы диагностики в лечебно-диагностической работе, уменьшает потребность в узких специалистах. Результатом становится более высокая эффективность медицинской помощи при существенно меньших затратах.

Настоящее исследование проанализировало количество пациентов с определенными ФР, состоящих на диспансерном наблюдении лечебно-профилактических учреждений и привлекаемых, в случае необходимости, к участию в лечебно-профилактических мероприятиях. Всего 25,2% лиц с БСК находятся на диспансерном учете, а 74,8% обращаются в медицинское учреждение крайне редко, что говорит о крайне низкой вероятности своевременного проведения среди них лечебно-профилактических мероприятий. 7,4% больных с ХЦВП находятся на диспансерном наблюдении. После того как получили такие результаты сделали дополнительный анализ регистрационного журнала невролога. Оказалось, что 44% больным в возрасте 40-59 лет обращенным за помощью к неврологу за период 2015г ставили диагноз ХЦВП (в виде сосудистой энцефалопатии, дисциркуляторной энцефалопатии, гипертонической энцефалопатии). Такой ситуации только одно объяснение: больные с хроническими формами ЦВЗ не диспансеризуются. Таким образом, большая часть пациентов с факторами риска развития инсульта не получают должного внимания.

Сравнительный анализ клинико-неврологических и психологических характеристик ХЦВЗ обнаружил ряд закономерностей.

Больные, имеющие начальные формы ХЦВЗ, чаще всего в данный период жалуются на головную боль, снизившуюся работоспособность, снизившуюся память, эмоциональные расстройства. Является очевидным

факт значительной роли комплекса факторов для патогенеза начальных форм сосудисто-мозговых расстройств. В данный комплекс включаются мышечно-дистонические, вегетативно-сосудистые, ирритативно-компрессионные, афферентно-эфферентная нейрокардиальная дизрегуляция, аномалии развития и другие. Указанные факторы могут объединяться в границах последовательных стадий единого прогрессивного процесса, которым и является цереброваскулярная болезнь [66,67]. В процессе прогрессирования заболевания начинают чаще появляться жалобы на головокружение.

Когнитивные расстройства - самое раннее проявление хронической цереброваскулярной патологии [70]. Когнитивные нарушения при ХЦВЗ в обследуемой возрастной группе преимущественно являются легкими. Анализ когнитивных функций согласно данным теста А.Р.Лурия и пробы Мюнстерберга свидетельствует, что наиболее сохранные когнитивные функции отмечаются у больных с НПНКМ, в то время как у больных с ДЭ наблюдается постепенное прогрессирование нарушений внимания и большинства видов памяти. Полученные наблюдения соответствуют данным ранее проводимых исследований [53,70].

Практика показывает одновременное обнаружение у пациентов двух-трех и более ФР, большая часть которых взаимосвязана [50, 64]. Данный факт говорит о возможности высокого риска развития инсульта, даже в случае умеренно повышенного уровня каждого из них - сочетанное влияние факторов друг на друга повышает риск. По данной причине, при оценке риска развития инсульта, необходимо учитывать все основные ФР, которые обнаруживаются у конкретного пациента, и рассматривать их совокупный вклад в образование суммарного показателя [91].

На данный момент оценка суммарного риска является важным условием точного определения вероятности развития сердечно-сосудистых событий на ближайшие 5-10 лет. Для этого проводится измерение индивидуального профиля ФР и сопутствующих состояний, чтобы определить необходимость, тактику и интенсивность клинического

вмешательства. По результатам нашего исследования в целом лиц с высоким риском в г. Душанбе меньше, чем в Москве [32], что скорее связано с меньшим распространением ФР. Но следует обратить внимание на низкий-умеренный и умеренный риск, который составляет 44,1% от всей структуры риска инсульта в нашей популяции, так как на данный момент большинство инсультов происходит у людей только с умеренным повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний [101,129,134].

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИССЕРТАЦИИ

1. Посредством метода скрининга открытой популяции трудоспособного возраста г. Душанбе выявлена значительная распространенность факторов риска инсульта. Самым распространенным модифицируемым фактором риска инсульта среди мужчин и женщин были невротический синдром (61,8%), ИМТ ≥ 26 (60,9%), а также гиперлипидемия (30 %) и АГ (27,9%) [1-А, 3-А, 4-А, 25-А, 26-А]
2. Частота большинства факторов риска инсульта нарастает с возрастом. Особенно среди женщин в пятом десятилетии относительно чаще наблюдаются такие факторы как АГ (46,6%), ИБС (9,1%), гиподинамия (22,7%) [3-А, 4-А, 26-А].
3. Структуру ЦВЗ в исследуемой популяции в основном составили ХЦВЗ, в том числе НПНМК (12,1%) и ДЭ (9,2%), которые являются непосредственными факторами риска инсульта и когнитивных нарушений. Частота всех форм ЦВЗ нарастает с возрастом. Среди мужчин чаще (16,77% мужчин на 5,94% женщин) наблюдается ДЭ, так как они в стадии НПНМК не обращают на себя внимания [1-А, 2-А, 8-А, 11-А, 21-А].
4. Отмечается недостаточный объем лечебно-профилактических мероприятий по первичной профилактике инсульта на уровне городского центра здоровья. Свидетельством тому является слабый контроль АГ у более чем 60 % гипертоников и низкое количество больных с ФР, находящихся под диспансерным наблюдением. Сложность ситуации также растет по причине низкой обращаемости больных с уже имеющимися ФР. Больные с ХЦВЗ и ПНМК тоже не наблюдаются в центре здоровья [3-А, 26-А].
5. Выявлена большая ассоциация ФР инсульта с жалобами на головную боль, снизившуюся память и работоспособность, которая может уже свидетельствовать о функциональных и органических поражениях головного мозга. Такие симптомы как головокружение и шум в голове

больше наблюдались у лиц с уже развившимися более тяжелыми формами БСК, такие как ДЭ, ГЦК, ТИА, ИБС и МА [2-А, 8-А, 11-А].

6. В структуре риска инсульта больше приходится на группу с низким (34,1%), низко-умеренным (28,8%), умеренным (14,3%) риском. Оценка суммарного риска инсульта с помощью специальных шкал является способом правильного контроля факторов риска инсульта [3-А, 5-А, 26-А].
7. Существенная представленность болезней системы кровообращения и ФР у населения возрастной группы 40-49 лет, а кроме того, значительное увеличение распространенности цереброваскулярной патологии на пятом десятке жизни, говорят об актуальности раннего начала активных профилактических мероприятий среди населения возрастной группы после 40 лет [3-А, 4-А, 11-А, 21-А, 26-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ

1. Внедрение тематических курсов усовершенствования по циклу неврологии, акцентированных на первичной профилактике инсульта в практику подготовки семейных врачей.
2. Внедрение в практику семейных врачей механизма индивидуальной профилактической работы с больным уже при обнаружении хотя бы одного ФР сердечно-сосудистых заболеваний и с учетом степени риска по международным критериям.
3. По причине значительной распространенности артериальной гипертонии рекомендуется проведение активного выявления и адекватного лечения пациентов с артериальной гипертензией.
4. Рекомендуется проведение наиболее активных профилактических мер для женской популяции трудоспособного возраста. Необходимо проведение коррекции артериальной гипертонии, медикаментозного лечения хронического стресса и пропаганда здорового образа жизни.
5. Обнаружено превалирование начальных форм ХЦВЗ у обследуемой популяции, что определяет необходимость направления действий семейных врачей и узких специалистов центра здоровья на обнаружение указанных форм патологии мозга для назначения адекватной терапии в целях предотвратить прогрессирование заболевания, улучшить качество жизни данной категории пациентов, провести профилактику острого нарушения мозгового кровообращения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Список использованных источников

1. Алфимова Г.Ю. Анализ основных клинико-эпидемиологических показателей и факторов риска мозгового инсульта в Смоленском регионе (по данным регистра мозгового инсульта): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.Ю. Алфимова. – Москва, 2010. – 25 с.
2. Ассоциация высокого уровня враждебности и ишемической болезни сердца в открытой городской популяции среды мужчин 25-64 лет / Е.В. Акимова [и др.] // Терапевтический архив. – 2017. – Т.8., №1. – С. 28-31.
3. Афанасьев В. В. Патофизиология и нейропротективная терапия ишемического повреждения головного мозга / В. В. Афанасьев, С. А. Румянцева, Е. В. Силина // Медицинский Совет. – 2008. – № 9/10. – С. 1-3.
4. Ахмедов А. Обоснование необходимости популяционных вмешательств при кардиоваскулярной патологии среди населения Таджикистана / А. Ахмедов, Дж. Нозиров, Ф. Одинаев, М. Муминова // Вестник Авиценны. – 2015. – №1. – С. 72-77.
5. Беленков Ю.Н. Кардиология. Национальное руководство / Ю.Н. Беленков, Р.Г. Оганов – М.: ГЕО-ТАР-Медиа, 2007. – 48с.
6. Бойцов С.А. Смертность и факторы риска развития неинфекционных заболеваний в России: особенности, динамика, прогноз / С.А. Бойцов, А.Д. Деев, С.А. Шальнова // Терапевтический архив. – 2017. – №1, Т.89. – С. 5-13.
7. Бойцов С.А. Механизмы снижения смертности от ишемической болезни сердца в разных странах мира / С.А. Бойцов // Профилактическая медицина. – 2013. – №5, Т.16. – С. 9-19.
8. Бойцов С.А. Градиент смертности в возрасте 40-59 лет в субъектах Российской Федерации / С.А. Бойцов, И.В. Сомородская, В.В. Третьяков // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2014. – №8, Т.68. – С. 106-111.

9. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика / Л.Ф. Бурлачук. – Спб.: Питер, 2015. – 384с.
10. Варакин Ю.В. Распространенность и структура цереброваскулярных заболеваний в различных регионах СССР по данным одномоментного эпидемиологического исследования / Ю.В. Варакин, М.И. Кипиани, Н.З. Мола-Заде // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1990. – № 1. – С. 7-10.
11. Варакин Ю.Я. Эпидемиологические аспекты профилактики острых нарушений мозгового кровообращения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ю.Я. Варакин. – Москва, 1994. – 28с.
12. Виберс, Д. О. Инсульт: клинич. руководство / Д. О. Виберс, В. Л. Фейгин, Р. Д. Браун ; пер. с англ. и ред. В. Л. Фейгина, 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: Диалект, 2005. – 607 с.
13. Гаибов А.Г. Основные аспекты неинфекционной заболеваемости и смертности в Республике Таджикистан / А.Г. Гаибов // Здравоохранения Российской Федерации. – 2014. – №2., Т.58. – С. 49-52.
14. Гайфуллина Р.Ф. Роль генетического полиморфизма в патогенезе цереброваскулярных заболеваний / Р.Ф. Гайфуллина // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т.93, №4. – С. 663-668.
15. Гафаров М.Г. Совершенствование амбулаторной помощи больным с артериальной гипертонией в практике семейного врача: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Г. Гафаров. – Душанбе, 2012. – 23с.
16. Громова Е.Н. Психосоциальные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний / Е.Н. Громова // Сибирский медицинский журнал. – 2012. – №2. – С. 22-29.
17. Давлятова Д.Д. Особенности профилактики гипертонической болезни в зависимости от состояния автономной нервной системы у больных и здоровых с наличием и без факторов риска: автореф. дис. ... канд. мед. Наук / Д.Д. Давлятова. – Душанбе, 2011. – 25с.

18. Дедов И.И. Государственный регистр сахарного диабета в Российской Федерации: статус 2014 г. и перспективы развития / И.И. Дедов, М.В. Шестакова, О.К. Викулова // Сахарный диабет. – 2015. – №3, Т. 18. – С. 5-23.
19. Джумагулова А.С. Распространенность и эффективность контроля артериальной гипертензии в Кыргызской республике (по данным международного исследования «Интерэпид») / А.С. Джумагулова, Т.А. Романова, А.Г. Полупанов // Вестник КРСУ. – 2014. – Т. 14, № 4. – С. 63-66.
20. Джумашева Р.Т. Генетические аспекты ишемического инсульта / Р.Т. Джумашева // Вестник КАЗНМУ. – №3. – 2013. – С.136-139.
21. Доброхотова Ю.Э. Проблема венозных тромбозов и тромбоэмболизов в гинекологической практике / Ю.Э. Доброхотова, С.А. Аллахвердиев // Вестник РУДН, серия «Медицина Акушерство и гинекология». – 2008. – № 5. – С. 368–376.
22. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения. Ежегодный статистический сборник МЗРТ, 2012.
23. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения. Ежегодный статистический сборник МЗРТ, 2016.
24. Ким И.В. Применение скрининговой методики для выявления хронических форм цереброваскулярных заболеваний в учреждениях первичного звена здравоохранения. /И.В. Ким, Е.В. Бочкарева, Ю.Я. Варакин, Е.В. Кокурина //Профилактическая медицина – 2013. Т. 16., №4 — С. 55-61
25. Кокурина Е.В. Активное выявление и лечение ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний в практическом здравоохранении / Е. В. Кокурина, Ю. Я. Варакин, И. Е. Колтунов. – Москва, 2009. – 100с.

26. Куликова В.А. Фремингемское исследование сердца: 65 лет изучения причин атеросклероза / В.А. Куликова // Вестник ВГМУ. – 2012. – №2. – С. 16-24.
27. Магзумова Ф.П. Профилактика неинфекционной заболеваемости в Республике Таджикистан / Ф.П. Магзумова, К.Д. Пулотов // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной, экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2013. – №3. – С. 55-59.
28. Магомаев М.Ф. Клинико-эпидемиологическая характеристика мозгового инсульта в Республике Дагестан: дис. ... канд. мед. наук / М.Ф. Магомаев. – Москва, 2014. – 355 с.
29. Медицинские и социально-экономические потери, обусловленные курением взрослого населения России / Г.Я. Масленникова [и др.] // Профилактика Заболеваний и Укрепление Здоровья. – 2004. – № 3. – С. 5-9.
30. Мешкова К.С. Факторы риска и профилактика инсульта / К.С. Мешкова, В.В. Гудкова, Л.В. Стаховская // Земский Врач. – 2013. – № 2, Т.19. – С. 16-19.
31. Мирзоева З.А. Распространенность некоторых факторов риска кардиоваскулярных заболеваний среди населения г. Истаравшан / З.А. Мирзоева, Н.К. Назирова, Д.С. Ходжиева // Научно-практический журнал ТИППМК. – 2013. – №1. – С. 31-34
32. Новый подход к профилактике инсульта в России / В.Л. Фейгин [и др.] // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2015. – Т. 9, №4. – С. 20-25
33. Нозиров Дж.Х. Динамика основных кардиоваскулярных заболеваний и их модифицируемых факторов риска среди женской популяции Таджикистана / Дж.Х. Нозиров, А. Ахмедов, Ф.И. Одинаев, Нигахдори тандурустии Тоҷикистон. – 2015. – № 1. – С. 110-116.

34. Нозиров Дж.Х. Динамика гиподинамии как фактор риска ишемической болезни сердца среди сельских жителей Вахдата / Дж.Х. Нозиров, А.Р. Нарзуллаева, Ш.М. Джураев // Научно-практический журнал ТИППМК. – 2013. – №2. – С. 80-81.
35. Нозиров Дж. Х. Динамика и особенности распространения артериальной гипертензии среди сельских жителей отдельных регионов республики Таджикистан / Дж. Нозиров, А. Ахмедов, З.Я. Рахимов // Научно-практический журнал ТИППМК. – 2013. - № 2. – С. 78-80.
36. Нозиров Дж. Результаты одномоментных скрининговых исследований стенокардии напряжения среди неорганизованной популяции Таджикистана / Дж. Нозиров, М. Муминова, Т. Шокиров // Нигахдории тандурустии Тоҷикистон. – 2015. – № 2. – С. 83-90.
37. Нозиров Дж.Х. Особенности распространения кардиоваскулярных факторов риска среди неорганизованной популяции Турсунзадевского района РРП по результатам скрининговых исследований и вопросы их профилактики / Дж.Х. Нозиров, Т.М. Шокиров, А.Р. Нарзуллаева // Вестник ИПО в СЗРТ. – 2016. – №2. – С. 55-59.
38. Нозиров Дж. Х. Корреляционный анализ заболеваемости ИБС и АГ в зависимости от сочетания факторов риска среди населения Республики Таджикистан / Дж. Нозиров, А. Ахмедов, Т.М. Шокиров // Вестник Авиценны. – 2015. – №1. – С. 61-66.
39. О некоторых показателях диспансерной работы ГЦЗ №1 / Г.А. Самадова // Научно-практический журнал ТИППМК. – 2014. – №3. – С. 28-32.
40. Одинак, М. М. Хроническая ишемия мозга [Текст] : критерии постановки диагноза / М. М. Одинак // Цереброваскулярная патология и инсульт : материалы II Рос. Междунар. конгресса, Санкт-Петербург, 17-20 октября 2007 г. – СПб., 2007. – С. 69-70.
41. Отчет по ежегодному обзору реализации Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на 2010–2020 гг. – Душанбе, 2012. – 64 с.

42. Пулатов А.М. Асабшиноси / А.М. Пулатов, Р.А. Рахмонов. – Душанбе, 2011. – 600с.
43. Распространенность дислипидемий среди жителей Кыргызской республики по данным международного исследования “ИНТЕРЭПИД” / А.Г. Полупанов [и др.] // Вестник КРСУ. – 2014. – Т. 14, № 5. – С. 128-132.
44. Распространенность артериальной гипертензии и психосоциальных факторов среди жителей Кыргызской республики трудоспособного возраста (по данным международного исследования “ИНТЕРЭПИД”) / А.Г. Полупанов [и др.] // Вестник КРСУ. – 2014. – Т. 14, № 5. – С. 123-127.
45. Распространенность факторов риска цереброваскулярных заболеваний у жителей мегаполиса в возрасте 40-59 лет (клинико-эпидемиологическое исследование) / Е.В. Гнедовская [и др.] // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2016. – №4, Т.8. – С. 11-18.
46. Распространенность артериальной гипертензии как одного из ведущих факторов риска развития инсульта в Московской области на примере малого городского поселения / В.В. Козьякин [и др.] // Альманах клинической медицины. – 2013. – №29. – С. 45-51.
47. Рахмонов Р.А. Факторы риска и клинические особенности инсульта в республике Таджикистан / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Т.Б. Тоджиддинов, М.М. Джалолова // Эпидемиология неинфекционных заболеваний и реабилитация инвалидов республики Таджикистан : сб. тр. – Душанбе, 2014. – С. 82-86.
48. Результаты мониторинга уровня психоэмоционального напряжения в исследуемой популяции Вахдата / Д.Ж. Нозиров [и др.] // Известие академии наук республики Таджикистан. – 2011. – №4, Т. 177. – С. 57-62.
49. Результаты скрининга на выявление артериальной гипертензии в Городском центре здоровья №1 г. Душанбе / Н.К. Назирова // Научно-практический журнал ТИППМК. – 2011. – №3. – С. 30-34.

50. Ротарь О.П. Распространенность кардиометаболических нарушений, поражения органов-мишеней и механизмы их прогрессирования у офисных работников: дис. ... канд. мед. наук / О.П. Ротарь – СПб, 2016. – 221 с.
51. Состояние здоровья взрослого населения Свердловской области (данные эпидемиологического исследования) / О.В. Андриянова [и др.] // Актуальные вопросы медицинской профилактики и пропаганды здорового образа жизни: сб. науч. тр. / Под ред. В.Г. Климина Екатеринбург, 2009. – Вып. 8. – С. 8-11.
52. Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России по результатам территориально популяционного регистра (2009-2010) / Л.В. Стаховская [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт. – 2013. – № 5. – С. 4–10.
53. Структура цереброваскулярной патологии в открытой популяции работоспособного населения г. Ульяновска / Белова Л.А. [и др.] // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2014. - №4 (т.8) – с. 4-8.
54. Суслина З.А. Кардионеврология: современное состояние и перспективные направления / З.А. Суслина, А.В. Фонякин, Л.А. Гераскина // Вестник РАМН. – 2012. – №2. – С. 4-10.
55. Суслина З.А. Практическая кардионеврология / З.А. Суслина, А.В. Фонякин. – М.: ИМА-ПРЕСС, 2010. – 304 с.
56. Суслина З.А. Артериальная гипертония и профилактика цереброваскулярных заболеваний. Позиция невролога / З.А. Суслина, Ю.Я. Варакин // Атмосфера. Нервные болезни. – 2004. – № 4. – С. 2-8.
57. Суслина, З.А. Сосудистые заболевания головного мозга. Эпидемиология. Основы профилактики / З. А. Суслина, Ю.Я. Варакин, Н.В. Верещагин. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 254 с.
58. Факторы риска развития цереброваскулярных заболеваний по данным скрининга популяции среднего возраста г. Ульяновска / В.В. Машин и [и

- др.] // *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. – 2014. – №1(т.8) – С. 4-9.
59. Факторы риска, цереброваскулярная и кардиальная патология, выявляемые при скрининге открытой популяции / М.А. Кравченко [и др.] // *Нигахдории тандурустии Тоҷикистон*. – 2015. – № 1. – С. 14-21.
60. Фонякин А.В. Актуальные направления первичной профилактики ишемического инсульта / А.В. Фонякин, Л.А. Гераскина // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. – 2011. – № 4. – С. 69-71.
61. Хайридинов М.Т. Распространенность основных факторов риска ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии в различных регионах республики Таджикистан: автореф. дис. ...канд. мед. наук / М.Т. Хайридинов. – СПб, 2005. – 22 с.
62. Хяникяйнен И.В. Профилактика начальных проявлений недостаточности мозгового кровообращения в организаторских коллективах: дис. ... канд. мед. наук / И.В.Хяникяйнен. – СПб., 2009. – 295с.
63. Частота курения и потребность в профилактике никотиновой зависимости среди сельских жителей Кыргызской Республики / А.Н. Халматов [и др.] // *Центрально-Азиатский Медицинский Журнал*. – 2013. – Т. 19., №1. – С. 19-24.
64. Шальнова С.А. Оценка суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний / С.А. Шальнова, О.В. Вихирева // *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. – 2005. – №3. – С. 54-56.
65. Шишкова В.Н. Подводные камни современной контрацепции: фокус на риск тромбозов и метаболические нарушения / В.Н. Шишкова // *Земский врач*. – 2012. – № 3, Т.14. – С. 5-11.
66. Шмидт Е.В. Сосудистые заболевания головного и спинного мозга / Е.В. Шмидт, Д.К. Лунев, Н.В. Верещагин. – Москва, 1976. – 281с.
67. Шмидт Е.В. Эпидемиология сосудистых заболеваний мозга / Е.В. Шмидт, В.Е. Смирнов // *Труды, АМН СССР*. – 1986. – Т. 1. – С. 52-65

68. Шмидт Е.В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга // Журн. невропатол. и психиатр. – 1985. – №9. – С. 1281-1288.
69. Шукуров А.С. Распространенность основных факторов риска и компонентов метаболического синдрома у больных с хроническими цереброваскулярными заболеваниями в республике Таджикистан на примере г. Худжанд Согдийской области: автореф. дис. ...канд. мед. наук / А.С. Шукуров. – Душанбе, 2012. – 18с.
70. Яхно, Н. Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике / Н. Н. Яхно // Неврологический журнал. – 2006. – №1., Т. 11. – С. 4-12.
71. A systematic review of brain injury epidemiology in Europe / F. Tagliaferri et al. // Acta Neurochir. – 2006. – V.148. – P. 255–268.
72. Aging, memory, and mild cognitive impairment / Petersen R.C. [et al.] // Int Psychogeriatr. – 1997. – №9. – P. 65-69.
73. Analysis of the risk factors for the short-term prognosis of acute ischemic stroke / J. Liang [et al.] // Int J Clin Exp Med. – 2015. – №8. – P. 21915-21924.
74. Andersen K.K. One-month to 10-year survival in the Copenhagen stroke study: interactions between stroke severity and other prognostic indicators / K.K. Andersen, T.S. Olsen // J. Stroke Cerebrovasc Dis. – 2010. – [Epub ahead of print].
75. Assmann G. The Munster Heart Study (PROCAM) / G. Assmann, P. Cullen, H. Schulte // European Heart Journal. – 1998. – №19. – С. 2-11.
76. Association of MTHFR C677T polymorphism and risk of cerebrovascular disease in Chinese population: an updated meta-analysis / Ming-Jie Zhang [et al.] // J Neurol. – 2014. – № 261. – P. 925-935.
77. Association of higher diastolic blood pressure levels with cognitive impairment / G. Tsivgoulus [et al.] // Neurology. – 2009. – № 73. – P. 589-595.

78. Atorvastatin reduction of intravascular thrombosis, increase in cerebral microvascular patency and integrity, and enhancement of spatial learning in rats subjected to traumatic brain injury / D. Lu [et al.] // *J. Neurosurg.* – 2004. V. – 101. – P. 813-821.
79. Atrial fibrillation and stroke / M.M. Kaarisalo [et al.] // *J. Stroke.* – 1997. – №2. – C. 311-314.
80. Body fat distribution as a risk factor for cerebrovascular disease: An MRI-based body fat quantification study / H.S. Karcher [et al.] // *Cerebrovascular Dis.* – 2013. – №35. – P. 341-348.
81. Borsheim E. Plasma amino acid concentrations during late rehabilitation in patients with traumatic brain injury / E. Borsheim, Q.U. Bui, R.R. Wolfe // *Arch Phys Med Rehabil.* – 2007. – V.88. – P. 234-238.
82. Brott T. Treatment of acute ischemic stroke / T. Brott // *Engl J. Med.* 2000. – V. 343. – P. 710-722
83. Carter C. J. Haemostasis and thrombosis in obstetrics and gynecology / C.J.Carter // London: Chapman and Hall. – 1992. – № 7. – P. 234–236.
84. Chutinet A. White matter disease as a biomarker for long-term cerebrovascular disease and dementia / A. Chutinet, N.S. Rost // *Curr Treat Options Cardio Med.* – 2014. – №16. – P. 292-304.
85. Cerebral white matter hyperintensities: an analysis of cerebrovascular risk factors in Lebanon / S. Gebeily [et al.] // *International Journal of Neuroscience.* – 2014. – №124, P.11. – P. 799-805.
86. Cigarette smoking. A risk factor for cerebral infarction in young adults / B.B. Love // *Arch Neurol.* – 1990. – V.47. – P. 693-698. [PubMed: 2189378].
87. Duration of antihypertensive drug use and risk of dementia: a prospective cohort study / M. D. Haag [et al.] // *Neurology.* – 2009. – Vol. 72, № 20. – P. 1727-1734.
88. Editorial Cerebrovascular Disorders: Role of Aging / A.P. Wagner [et al.] // *J. Aging Research.* – 2012. – Vol. 2012. – P. 98-102.

89. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project / R.M. Conroy [et al.] // *Euro Heart J.* – 2003. – №24. – P. 987-1003.
90. Estimating the high risk group for cardiovascular disease in the Norwegian HUNT 2 population according to the 2003 European guidelines: modeling study / L. Getz // *BMJ.* – 2005. – №331. – P. 1551-1554.
91. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project / R.M. Conroy [et al.] // *Eur. heart J.* – 2003. – V. 24. P. 987-1003.
92. Estimate of the cardiovascular disease burden attributable to modifiable risk factors in Argentina / A. Rubinstein [et al.] // *Rev Panam Salud Publica.* – 2010. – № 27. – P. 237-245.
93. Feigin V.L. Stroke Riskometer App. [http:// www.nisan.aut.ac.nz/stroke-riskometer](http://www.nisan.aut.ac.nz/stroke-riskometer).
94. Feigin V.L. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 / V.L. Feigin, M.H. Forouzanfar, R. Krishnamurthi // *Lancet.* – 2014. – № 383. – C. 245-254.
95. Feigin V.L. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 / V.L. Feigin, M.H. Forouzanfar, R. Krishnamurthi // *Lancet.* – 2013. – № 382. – C. 1-12.
96. Feigin V.L. Stroke prevention in the developing world / V.L. Feigin, R. Krishnamurthi // *Stroke.* – 2011. – V. 42. – P. 3655-3658.
97. Fleminger S. Long-term psychiatric disorders after traumatic brain injury / S. Fleminger // *Eur J Anaesthesiol.* – 2008. – Suppl. 42. – P. 123-130.
98. Fullerton H.J. Arterial dissection and stroke in children / H.J. Fullerton, S.C. Johnston, W.S. Smith // *Neurology.* – 2001. – V. 57. – P.1155-1160.
99. Genetic and asquired risk factors of venous thromboembolism. In: *Pulmonary Vascular Pathology: A Clinical Update* / R. Verhaeghe [et al.] // *Eur Resp Soc.* – 2004. – № 9.

100. Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 / Valery L Feigin [et al.] // *Lancet Neurology*. – 2016. – P. 1-51. [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(16\)30073-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(16)30073-4).
101. Global burden of stroke [Electronic resource] / World Health Organisation. – Geneva, 2009. – Mode of access: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke.pdf.
102. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030 / S Wild [et al.] // *Diabetes Care*. – 2004. – № 27. – P. 1047-1053.
103. Guidelines for the primary prevention of stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association / L.B. Goldstein [et al.] // *Stroke*. – 2011. – V. 42. – P. 517-584.
104. Hanna J.P. Cardiac disease and embolic sources. *Brain Ischemia: Basic Concept and Clinical Relevance* / J.P. Hanna, A.J. Furlan // Ed. L.R. Caplan. – 1995. – P. 299–315
105. Haratz S. Diabetes, hyperglycemia and the management of cerebrovascular disease / S. Haratz, T. David // *Current Opinion in Neurology*. – 2011. – № 24. – C. 81–88.
106. Head trauma preceding PD: a case-control study / J.H. Bower [et al.] // *Neurology*. – 2003. – V. 60. – P.1610-1615.
107. Heart A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee / L.J. Donald [et al.] // *Circulation*. – 2009. – Vol. 119. – P. 21-181.
108. Heart Disease and Stroke Statistics – 2008 Update. A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee [Text] / W. Rosamond [et al.] // *Circulation*. – 2008. – V. 117, № 4. – P. 25-146.

109. High-density lipoprotein cholesterol and cardiovascular disease. Four prospective American studies / Gordon D.J.[et al.] // *Circulation*. – 1989. – Vol. 79, N. 1. – P. 8-15.
110. Homocysteine, coagulation, platelet function, and thrombosis. *Semin Thromb Hemost Coppola* / A, Davi G [et al.] // *J. Appl Genet*. – 2000. – Vol.26, №3. – P.243-254.
111. Homocysteine, heat shock proteins, genistein and vitamins in ischemic stroke—pathogenic and therapeutic implications / Banecka-Majkutewicz Z [et al.] // *J. Acta Biochim*. – 2012. – Vol. 59, №4. – P. 495–499.
- 112.
113. <http://www.emarketer.com/Article/Smartphone-Users-World-wide-Will-Total-175-Billion-2014/1010536>
114. Hypothalamopituitary dysfunction following traumatic brain injury and aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a systematic review / H.J. Schneider [et al.] // *JAMA*. – 2007. – V. 298. – P. 1429-1438.
115. Larsson C.S. Primary prevention of stroke by a healthy lifestyle in a high-risk group / C.S. Larsson, A. Åkesson, A. Wolk // *Neurology*. – 2015. – №84. – P. 2224-2229.
116. Lopez M. Advances in cerebrovascular disease research in the last year / M. Lopez, A. Da'valos // *J Neurol*. – 2011. – №258. – P.168–172.
117. Masel B.E. Traumatic brain injury: a disease process, not an event / B.E. Masel, D.S. DeWitt // *J Neurotrauma*. – 2010. – V. 27. – P. 1529-1540.
118. Meta-analysis of anxiety as a risk factor for cardiovascular disease / CA Emdin [et al.] // *J Cardiol*. – 2016. – P. 75-63.
119. Migraine headache and ischemic stroke risk: an updated meta-analysis / J.T. Spector [et al.] // *J Med*. – 2010. – V. 123. – P. 612–24. [PubMed: 20493462].
120. Morb Mortal. Prevention. CfDcCa: CDC grand rounds: reducing severe traumatic brain injury in the United States / *Morb Mortal* // *MMWR Wkly*. – 2013. – V.62. – P. 549-552.

121. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease / S. Ebrahim [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2011. CD001561.
122. National Cholesterol Education Panel III guidelines performance role in preventing myocardial infarction in a large cohort without a history of coronary artery disease: Korea Acute Myocardial Infarction Registry study / Yoon Y.E. [et al.] // *Prev. Cardiol.* – 2009. – №2., Vol. 12. – P.109-113.
123. Novel Approach to Cardiovascular Health by Optimizing Risk Management (ANCHOR): a primary prevention initiative examining the impact of health risk factor assessment and management on cardiac wellness / J.L. Cox [et al.] // *Cardiol.* – 2011. – P. 27. – P. 809-817.
124. O'Donnell M.J. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTER-STROKE study): a case-control study / M.J. O'Donnell, Xavier, Liu Let // *Lancet.* – 2010. – №376. – C. 112-123
125. Patients With Traumatic Brain Injury Population-Based Study Suggests Increased Risk of Stroke / Yi-Hua Chen, Jiunn-Horng Kang, Heng-Ching Lin // *Stroke.* – 2011. – V. 42. – P. 2733-2739.
126. Performance of Framingham cardiovascular risk scores by ethnic groups in New Zealand: PREDICT CVD 10 / T. Riddell [et al.] // *Z Med. J.* – 2010. – V. 123. – P. 50–61.
127. Postrecovery cognitive decline in adults with traumatic brain injury / C. Till, B. Colella, J. Verwegen, R.E. Green // *Arch Phys Med Rehabil.* – 2008. – V. 89. – P. 25-34.
128. Prevalence of cerebrovascular disease: a door-to-door survey in West Anatolia / C. Oncel [et al.] // *Neurol Sci.* – 2014. – №35. – P. 373-377.
129. Prevention of stroke: a strategic global imperative / Valery L Feigin [et al.] // *J. neurology.* – 2016. – P. 1-12. doi:10.1038/nrneurol.2016.107.
130. Prevention Opportunities for Oral Contraceptive-Associated Ischemic Stroke / Kathleen A. Ryan et [al] // *Stroke.* – 2014. – №3. – P. 893-895.

131. Quality of care and outcomes in patients with diabetes hospitalized with ischemic stroke: findings from Get With the Guidelines-Stroke / M.J. [et al.] // *J. Stroke*. – 2010. – № 41. – P. 409-417.
132. Rachel E. Abdominal Obesity and Brain Atrophy in Type 2 Diabetes Mellitus / E. Rachel, D. Climie // *J. Pone*. – 2015. – P. 1-11.
133. Risk factors for ischemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (INTERSTROKE Study): a case-control study / M. O'Donnell [et al.] // *The Lancet*. – 2010. – Vol. 376. – P. 112-123.
134. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. / G. Rose // *Br Med J (Clin Res Ed)*. – 1981. – V. 282. – P. 1847-1851.
135. Scholte op Reinmer W. Cardiovascular diseases in Europe. EuroHeart Survey and National registries of cardiovascular diseases and patient management / W. Scholte op Reinmer, S. Gitt, E. Boersma, M Simoons / European Society of cardiology. – France, 2004.
136. Shalnova S.A. Smoking and mortality in Russian Lipid Research Clinic sample / S.A. Shalnova, A.D. Deev, G.S. Zhukovsky, D.B. Shestov // 1st European congress on tobacco or health: Abstr. – Helsinki, Finland, 1996. – P. 95-96
137. Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Productivity Losses- United States, 2000-2004. / B. Adhikari [et al.] // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. – 2008. – Vol. 57, N.45. – P.1226-1228.
138. Stramba-Badiale M. Red Alert on Women's Hearts. Women and cardiovascular research in Europe. European Heart Health Strategy 2010; EuroHeart Project, Work Package 6:1–49.
139. Stroke risk profile: adjustment for antihypertensive medication. The Framingham Study / R.B. D'Agostino, P.A. Wolf, A.J. Belanger, W.B. Kannel // *Stroke*. – 1994. – V. 25. – P.40-43.
140. Strong K. Preventing stroke: saving lives around the world / K. Strong, C. Mathers, R. Bonita // *Lancet Neurol*. – 2007. – № 6. – C. 182–187.

141. Sue P. Mechanisms of Cerebrovascular Protection: Estrogen, Inflammation and Mitochondria / P. Sue, N. Ducklesand Diana, Krause *Acta Physiol* . – 2011. – № 203, pt. 1. – P. 149-154
142. The effectiveness of personalized coronary heart disease and stroke risk communication / B.J. Powers [et al.] // *Am Heart J*. – 2011. – V. 161. – P. 673-680.
143. The Stroke Riskometer TM App: Validation of a data collection tool and stroke risk predictor / Priya Parmar [et al.] // *International Journal of Stroke*. – 2015. – V. 10. – P. 231-244.
144. Toescu E.C. Normal brain ageing: models and mechanisms / Toescu E.C. // *Philosophical Transactions of the Royal Society B*. – 2005. – Vol. 360, №1464. – P. 2347-2354.
145. Traumatic brain injury may be an independent risk factor for stroke / F. James [et al.] // *Morgenstern*. – 2013. - P. 33-39.
146. Traumatic brain injury as a risk factor for Alzheimer disease. Comparison of two retrospective autopsy cohorts with evaluation of ApoE genotype // K.A. Jellinger, W. Paulus, C. Wrocklage, I. Litvan // *BMC Neurol*. – 2001. – V. 18. – P.1-3.
147. Treatment with drugs to lower blood pressure and blood cholesterol based on an individual's absolute cardiovascular risk / R. Jackson // *Lancet*. – 2005. – V. 365. – P. 434–441.
148. Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction with Hormonal Contraception / O. Lidegaard et [al] // *The New England Journal of Medicine*. – 2012. – №366. – P. 2257-2266.
149. Under-utilisation of preventive medication in patients with cardiovascular disease is greatest in younger age groups (PREDICT-CVD 15) / S. Mehta [et al.] // *J. Prim Health Care*. – 2011. – №3. – P. 93-101.
150. Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores: results of a multiple ethnic groups investigation / R.B. D'Agostino [et al.] // *JAMA*. – 2001. №286. – P. 180-187.

151. Visceral fat is associated with lower brain volume in healthy middle-aged adults / S. DeBette [et al.] // J. Ann Neurol. – 2010. – №68. – P. 136-44.
152. Yasseen B. Prescription medication use in persons many years following traumatic brain injury / B. Yasseen, A. Colantonio, G. Ratcliff // Brain Inj. – 2008. – V. 22. – P. 752-757.
153. Wagner A.P. Cerebrovascular Disorders: Role of Aging / Aurel Popa-Wagner, A.M. Buga, R.C. Turner // J. of Aging Research. – 2012. – V. 1. – P. 1-4. doi:10.1155/2012/128146
154. WHO. Prevention of cardiovascular disease: pocket guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva, 2007.
155. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European heart journal. – 2016. – №29. – P. 2315-2381. Doi: 10/1093/eurheartj/ehw106.
156. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of the of arterial hypertension / G. Mancia // Russ J Cardiol. – 2014. – №1. – P. 7-94.

Список публикации соискателя учёной степени кандидата наук

Статьи в рецензируемых журналах

- 1 – А. Выявление хронических форм цереброваскулярных заболеваний в учреждениях первичного звена здравоохранения РТ / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Т.Б Тоджиддинов, М.М. Джалолова // Здравоохранение Таджикистана. – 2014. – №1. – С. 10-15.
- 2 – А. Клинические особенности и основные факторы риска начальных форм цереброваскулярной болезни / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Т.Б Тоджиддинов, М.М. Джалолова // Вестник Авиценны. – 2015. – №3. – С. 88-92.
- 3 – А. Рахмонов Р.А. Риск инсульта в популяции трудоспособного возраста города Душанбе / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, М.М. Джалолова // Здравоохранение Таджикистана. – 2015. – №3. – С. 121-123.
- 4 – А. Рахмонов Р.А. Модифицируемые факторы риска инсульта среди населения города Душанбе / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2017. – №1. – С. 80-84
- 5 – А. Рахмонов Р.А. Суммарный сердечно-сосудистый риск – новый подход к прогнозированию инсульта / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Т.Б Тоджиддинов, Д.П. Зуурбекова // Вестник Авиценны. – 2017. – №4. – С. 471-75.

Статьи и тезисы в сборниках конференции

- 6 – А. Факторы риска и клинические особенности инсульта в республике Таджикистан / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Т.Б Тоджиддинов, М.М. Джалолова // Эпидемиология неинфекционных заболеваний и реабилитации инвалидов в Республики Таджикистан: сб. тр. регионального научно практического семинара Худжанд.– Душанбе, 2014. – С. 82-86.
- 7 – А. Беморихои рагҳои хунгарди майнаи сар хамчун масъалаи халталаб дар ҷаҳон / Р.А. Рахмонов, М.М. Джалолова, М.Б. Исоева, М.О.Исрофилов // Авчи Зухал. – 2014. – №1 – С. 66-69
- 8 – А. Клинические особенности начальных проявлений недостаточности мозгового кровообращения / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, М.Д.

- Исокова // Медицинская наука и образование: сб. тр. 62-ой годичной научно-прак. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвященной 20-летию Конституции Республики Таджикистан. – Душанбе, 2014. – С. 81-82.
- 9 – А.** Эффективность ранней реабилитации ишемического инсульта / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Т.Б. Тоджиддинов, М.М. Джалолова // сб. тр. IV научно-прак. конф. санатория «Зумрад». – Душанбе, 2015. – С. 153-156.
- 10– А.** Рахмонов Р.А. Наследственные формы гипертонической болезни, осложнившейся инсультом / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева // Вестник педагогического журнала. – 2015. – №2. – С. 73-78 .
- 11– А.** Рахмонов Р.А. Структура цереброваскулярных заболеваний в открытой популяции работоспособного населения г.Душанбе // Вестник педагогического журнала – 2015. – №2. – С. 126-129.
- 12– А.** Инсульт у детей и подростков / Р.А. Рахмонов, М.Н. Алифшоева, М.Б. Исоева, М.М. Джалолова // Вклад медицинской науки в оздоровление семьи: сб.тр. 63-ей годичной научно-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. – Душанбе, 2015. – С. 169-170.
- 13 – А.** Выпадение полей зрения при инсульте / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, М.М. Джалолова, Т.Б. Тоджиддинов // Актуальные вопросы офтальмологии: сб. тр. I-съезда офтальмологов РТ с международным участием. – Душанбе, 2015. – С. 188-191.
- 14 – А.** Омилъои хатаровари сактаи магзи дар байни ахолии дехоти Чумхурии Тоҷикистон / Р.А. Рахмонов, Т.Б. Тоджиддинов, М.Б. Исоева, Б.С.Тоджиддинов // Авчи Зухал. –2014. – №4. – С. 36-40.
- 15 – А.** Роль факторов риска и данных нейровизуализации в диагностике ишемического инсульта / Р.А. Рахмонов, Р.Ш. Ибрагимова, М.М. Джалолова, М.Б. Исоева // Вклад медицинской науки в оздоровление семьи: сб. тр. 63-ей годичной научно-практ. конф. ТГМУ им. Абуали

- ибни Сино с международным участием. – Душанбе, 2015. – С. 197-198.
- 16 – А.** Эффективность ранней реабилитации инсульта / М.М. Джалолова, С. Табаров, М.М. Шукуров, М.Б. Исоева // *Здравоохранение Таджикистана*. – 2014. – №1. – С. 39-40.
- 17 – А.** Исоева М.Б. Факторы риска инсульта у молодых / М.Б. Исоева, М.М. Джалолова, Т.В. Мадаминова // *Достижение и перспективы развития медицинской науки: тез. докл. 9 годич. науч.-прак. конф. молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино*. – Душанбе, 2014. – С. 20.
- 18 – А.** Исоева М.Б. Применение семакса в лечении острейшего периода инсульта / М.Б. Исоева, М.М. Джалолова, Т.Б. Тоджиддинов // *Достижение и перспективы развития медицинской науки: тез. докл. 9 годич. науч.-прак. конф. молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино*. – Душанбе, 2014. – С. 56
- 19 – А.** Тоджиддинов Т.Б. Клинико-эпидемиологическая характеристика инсульта у сельского населения РТ / Т.Б. Тоджиддинов, М.О. Исрофилов, М.Б. Исоева // *Внедрение достижений медицинской науки в клиническую практику: тез. докл. 10 годич. науч.-прак. конф. молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино*. – Душанбе, 2015. – С. 76.
- 20 – А.** Зуурбекова Д.П. Analysis of sickness and death rate of hospital stroke / Д.П.Зуурбекова, М.А.Усайнова, М.Б. Исоева // : тез. докл. 11 годич. науч.-прак. конф. молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием посвященная 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан. – Душанбе, 2016. – С. 88
- 21 – А.** Хусусиятҳои эпидемиологӣ ва намудҳои ибтидоии вайроншавии хунгардиш дар майнаи сар / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, М.Ч. Исокова, Г.Ш. Давлатмирова // *Авҷи Зухал*. – 2015. – №2. – С. 28-31.

- 22 – А. Рахмонов Р.А.** Течение инсульта у больных с метаболическим синдромом / Р.А. Рахмонов, М.О. Исрофилов, М.Б. Исоева // *Здравоохранение Таджикистана.* – 2015. – №3. – С. 125-128.
- 23 – А. Сабаб,** нишонаҳои клиникӣ, ташхис ва муолиҷаи сактаи камхунӣ дар кӯдакон / Р.А. Рахмонов, М.Ч. Исоқова, М.Т. Ганиева, М.Б. Исоева // *Авҷи Зухал.* – 2016. – №4. – С. 49-51.
- 24 – А.** Симптоматическая эпилепсия у больных с инсультом / Р.А. Рахмонов, Т.Б. Точиддинов, М.Б. Исоева, М.О. Исрофилов // *Здравоохранение Таджикистана.* – 2016. – №3. – С. 36-40.
- 25 – А.** Распространенность невротического синдрома среди работоспособного населения г. Душанбе / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Т.Б. Точиддинов, Т.В. Мадаминова // *Проблемы теории и практики современной медицины: сб. тр. 64-ой науч.-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25-летию Государственной независимости РТ.* – Душанбе, 2016. – С. 47-48.
- 26 – А. Рахмонов Р.А.** Первичная профилактика инсульта, основанная на факторах риска / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, М.А. Кравченко // *Здоровье населения: профилактика заболеваний и инвалидность в РТ: сб. тр. международной науч.-практ. конф.* – Душанбе, 2016. – С. 123-126.

Приложение А

Память. Запоминание 10 слов (непосредственное и отсроченное). Проба А.Р. Лурия.

ФИО _____ Дата _____

Инструкция: я прочту Вам несколько слов, когда я кончу читать, сразу же повторите слова, которые Вы запомнили. Повторить их можно в любом порядке. После того, как обследуемый повторил слова, экспериментатор говорит: «Я снова прочту Вам те же слова и Вам надо опять повторить их – и те, которые Вы уже называли и те, которые в первый раз пропустили». **Слова предъявляются 5 раз.** Затем переходят к другим обследованиям, не предупреждая пациента, что ему предстоит отставленное воспроизведение тех же слов.

Отставленное воспроизведение. Через 50-60 минут просят пациента воспроизвести первоначальные 10 слов.

| Непосредственное воспроизведение | | | | | | | | | | |
|---|------------|------------|---------------|---------------|------------|---------------|-------------|--------------|-------------|-------------|
| № | кот | лес | дорога | погода | дом | дерево | ваза | ручка | круг | орел |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| Отсроченное воспроизведение | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | |

Воспроизведение непосредственное (количество слов, воспроизведенных пациентом при каждом из 5 предъявлений). («Кривая запоминания»)

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Количественная оценка результатов теста. Воспроизведение непосредственное.

Максимальное количество правильно повторенных слов за одно из 5 предъявлений _____

Суммарное количество правильно повторенных слов за все 5 предъявлений _____

Воспроизведение отсроченное

Количество воспроизведенных слов через 1 час от их предъявления _____

Процент от максимального количества запомненных час назад слов _____ %

Приложение Б
Проба Мюнстерберга

(Н. Munsterberg, 1934)

Перед Вами расположены буквы русского алфавита. Среди них находятся хорошо известные Вам слова. Просматривая друг за другом эти строчки, надо по возможности быстро найти слова и аккуратно их подчеркнуть

Образец выполнения пробы

Трочагплмсемстолнтожтруицждэркептицажсхюэлголовашдшвюфхантолуск

Материал для теста

бсолнцевтргщоцерайонзшгучновостььхэьгчяфактьукэкзаментрочрг
 шщгцкппрокуроргурсиабтеорияентоджебьямхоккейтриуцыфцуйга
 тгутелевизорболджщзюэлгщбпамятьшоххеюжпждрщхнзвосприятие
 йцукендшизхвафыпродблюбовьвыфырплослспектакльячсинтьбюксм
 нбюерадостьвуфциеждлоррпнародшсльдьхэшгтеронкуфйшрепортаж
 экждорлафывюбьконкурсфнячыувскаличностьзжэьеюдджиншщглщу
 эпрплаваниедтлжэзбьтрдшжнпркывкомедияшлдкуйотчаяниефрлньях
 втлджэьгфтасенлабораторияшдщцируцтргщчтлроснованиезхжьбшдэ
 нтаопрукгвсмтркомнатабплиимстрчьфясмтщзайэьгнтзхтмкухнтпрся

За 3 минуты найдено _____ слов

Приложение В
Качество жизни

Научный центр неврологии РАМН
Лаборатория эпидемиологии и профилактики заболеваний нервной
системы

ФИО _____ Дата _____

Качество жизни (в течение последнего года)

1. Как Вы можете охарактеризовать состояние своего здоровья в целом?

- 3 очень хорошее
- 2 хорошее
- 1 удовлетворительное
- 0 плохое

2. Вы ведете полноценную жизнь, соответствующую Вашим запросам?

- 3 да
- 2 скорее «да», чем «нет»
- 1 скорее «нет», чем «да»
- 0 нет

3. Состояние здоровья ограничивает выполнение Вами повседневных обязанностей на

работе и/или дома?

- 3 совсем не ограничивает
- 2 иногда ограничивает
- 1 часто ограничивает
- 0 постоянно ограничивает

4. Состояние здоровья мешает проведению активного досуга с семьей, посещению друзей,

родственников?

- 3 совсем не мешает
- 2 иногда мешает
- 1 часто мешает
- 0 постоянно мешает

5. Вам приходится из-за плохого состояния здоровья обращаться в поликлинику и

получать «больничный лист»?

- 3 никогда не получал
- 2 очень редко (менее 1 раза в год)
- 1 часто (от 1 до 3-х раз в год)
- 0 очень часто (более 3-х раз в год)

6. В связи с заболеванием Вы имеете в настоящее время или имели в прошлом

группу инвалидности?

- 3 никогда не имел
- 2 имел в прошлом
- 1 в настоящее время группа с трудовыми рекомендациями
- 0 в настоящее время группа без права работы

7. Как Вы можете оценить в целом состояние своего здоровья в настоящее время по

сравнению с тем, что было 1 год назад?

- 3 значительно лучше
- 2 примерно такое же
- 1 несколько хуже
- 0 значительно хуже

Градации ответов на вопросы: 3 – отсутствие нарушений, 2-1 промежуточные значение, 0 - наибольшая выраженность нарушений

Сумма баллов _____

Приложение Г

Модифицированная «Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии»

«Modified Hospital Anxiety and Depression Scale» (MHADS)

(Zigmond A.S., Snaith R.P. 1983)

ФИО _____

Дата _____

| № пункта | Утверждение | Варианты ответа | Баллы |
|-----------------|---|--|------------------|
| 1 | Я испытываю внутреннюю напряженность, волнение, мне «не по себе» | Все время Часто Иногда Не испытываю | 3 2 1 0 |
| 2 | Меня не радует то, что приносило прежде большое удовольствие | Определенно это так Скорее это так Иногда Это совсем не так | 3 2 1 0 |
| 3 | Я испытываю страх, мне кажется, что вот-вот может случиться что-то плохое | Постоянно Часто Иногда Не испытываю | 3 2 1 0 |
| 4 | Я не способен рассмеяться и увидеть в различных событиях что- | Определенно это так Скорее это так | 3 2 1 |

| | | | |
|----|--|--|------------------|
| | нибудь смешное | Иногда бывает так Это совсем не так | 0 |
| 5 | У меня в голове крутятся беспокойные мысли, от которых я не могу избавиться | Все время Часто Иногда Это совсем не так | 3 2 1 0 |
| 6 | У меня нет ощущения бодрости, чувствую себя уставшим, неработоспособным | Да, постоянно Часто Иногда Это совсем не так | 3 2 1 0 |
| 7 | Я не могу полностью расслабиться, снять напряжение, отвлечься от текущих дел | Совсем не могу Часто Иногда Могу всегда | 3 2 1 0 |
| 8 | Мне кажется, что я все стал делать очень медленно, быстро устаю | Постоянно Часто Иногда Это совсем не так | 3 2 1 0 |
| 9 | Я испытываю тревогу, беспокоят возможные неудачи | Постоянно Часто Иногда Не испытываю | 3 2 1 0 |
| 10 | Я не слежу за своей внешностью как прежде, могу пойти в мятой одежде, нечищенной обуви | Определенно это так Скорее это так Слежу, но мало Слежу, как и раньше | 3 2 1 0 |

| | | | |
|---|--|---|------------------|
| 11 | Я испытываю беспокойство, не могу усидеть на одном месте, мне постоянно нужно двигаться | Определенно это так Наверное это так В некоторой степени Не испытываю | 3 2 1 0 |
| 12 | Мои дела (работа, прежние увлечения) не приносят мне чувство удовлетворения | Определенно это так Наверное это так В некоторой степени Совсем не так | 3 2 1 0 |
| 13 | У меня бывает внезапное чувство паники, сопровождающееся сердцебиением, потливостью, затруднением дыхания | Очень часто Часто Иногда Не испытываю | 3 2 1 0 |
| 14 | Я не получаю, как это было прежде удовольствие от хорошей книги, радио- или телепередачи, встречи с друзьями | Определенно это так Наверное это так В некоторой степени Совсем не так | 3 2 1 0 |
| Субшкала 1 (пп. 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) Сумма баллов = | | | |
| Субшкала 2 (пп. 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) Сумма баллов = | | | |

Оценка вопросника: 1) 0 -7 баллов - норма

2) 8 – 10 баллов – субклинические проявления

3) 11 и более баллов – клинические проявления

Диагностирован синдром

Приложение Д

Вопросник «Синдром вегетативной дистонии»

Центр вегетативной патологии Минздрава РФ
Отдел эпидемиологии и профилактики НИИ неврологии РАМН
Синдром вегетативной дистонии
Вопросник

| Баллы | Вопрос |
|--------------|---|
| 3 | Отмечаете Вы при любом волнении выраженное покраснение или побледнение лица? |
| 4 | Бывает у Вас часто онемение, похолодание кистей, стоп? |
| 5 | Бывает у Вас часто изменение окраски (побледнение, покраснение, синюшность) кистей рук? |
| 4 | Отмечаете Вы обычно повышенную потливость? |
| 7 | Бывает у Вас часто сердцебиение, перебои, чувство замирания, остановки сердца? |
| 7 | Бывает у Вас часто затруднение дыхания, чувство нехватки воздуха, учащенное дыхание? |
| 6 | Характерно для Вас нарушение функции желудочно-кишечного тракта (боли, запоры, поносы, метеоризм)? |
| 7 | Бывают у Вас обмороки (внезапная кратковременная потеря сознания) или ощущение, что Вы можете его потерять (чувство «дурноты»)? |
| 7 | Бывают у Вас повторяющиеся приступообразные головные боли (мигрень)? |
| 5 | Отмечаете Вы выраженное снижение работоспособности, быструю |

| | |
|---|--|
| | утомляемость? |
| 5 | У Вас нарушен сон? |
| 7 | Отмечаете Вы повышенную тревожность, раздражительность, резкие колебания настроения? |
| 7 | Отмечаете Вы частое повышение температуры до 37.0-37.8, не связанное с простудными заболеваниями или внезапные резкие подъемы температуры? |
| 4 | Отмечаете Вы обычно заметное ухудшение самочувствия при смене погоды? |
| 4 | Отмечаете Вы плохую переносимость холода, жары, духоты? |
| 6 | Имеется у Вас склонность к мышечным спазмам (сводит пальцы рук, ног, икроножные мышцы)? |
| 8 | Характерны для Вас значительные колебания АД, не связанные с приемом лекарств? |

Общая сумма баллов _____

Диагноз СВД ставится при общем количестве баллов 15 и более.

Легкие нарушения – 15-29 баллов

Нарушения средней тяжести – 30-59 баллов Выраженные нарушения – 60 и более баллов