

Основные результаты применения скрининговой методики для выявления кардио- и цереброваскулярных заболеваний у пациентов, находящихся под наблюдением участкового терапевта

Ким И. В.¹, Бочкарёва Е. В.¹, Варакин Ю. Я.², Кокурина Е. В.¹, Александрова Е. Б.³

¹ФГБУ “Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины” Минздрава России; ²ФГБУ “Научный центр неврологии” РАМН; ³ФГБУ “Поликлиника № 5” УДП РФ. Москва, Россия

Цель. Оценить диагностическую значимость скринингового метода выявления лиц с наличием ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний (ИБС и ЦВЗ), и адаптировать ее к условиям работы амбулаторно-поликлинических учреждений первичной медико-санитарной помощи.

Материал и методы. Обследованы 303 чел., 143 мужчины 40–70 лет и 160 женщин 55–70 лет, без выраженных нарушений когнитивных функций, пришедших на визит к участковому терапевту “по любому поводу”. Проводилось обследование по скрининговой методике, основанной на применении унифицированного опросника для выявления ИБС, различных форм ЦВЗ и регистрации электрокардиограммы (ЭКГ) в покое с оценкой по Миннесотскому коду. Для верификации диагноза все пациенты были осмотрены неврологом и кардиологом, при необходимости применялись дополнительные методы обследования.

Результаты. Чувствительность скринингового метода при выявлении ИБС составила 90,4%, специфичность — 94,8%, при ЦВЗ — 91,4% и 94,3%, соответственно. У 19,8% обследованных хронические формы ЦВЗ были обнаружены впервые. Среди больных с гипертонической болезнью различные формы ЦВЗ имели место

в 55% случаев. При этом у 21% обследованных были впервые диагностированы хронические формы ЦВЗ. 76 (25,1%) больных гипертонической болезнью в прошлом имели гипертонические церебральные кризы, однако этот диагноз был отражен в амбулаторных картах лишь в 5,2% случаев.

Заключение. Скрининговый метод обладает высокой диагностической значимостью при выявлении ИБС и ЦВЗ. Он позволил впервые определить хронические формы ЦВЗ у каждого пятого обследованного. Показана недостаточная осведомленность врачей поликлиники в отношении симптомов хронических форм ЦВЗ и гипертонических церебральных кризов у больных с повышенным артериальным давлением.

Ключевые слова: скрининговая методика, амбулаторно-поликлинические учреждения, кардио- и цереброваскулярные заболевания, гипертоническая болезнь.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2014; 13 (3): 25–31

Поступила 04/03–2014

Принята к публикации 04/05–2014

Main results of screening methodology to reveal cardio- and cerebrovascular pathology in primary outpatient care

Kim I. V., Bochkareva E. V., Varakin Yu. Ya., Kokurina E. V., Aleksandrova E. B.

FSBI State Scientific Research Centre for Preventive Medicine of the Ministry of Health; FSBI Scientific Centre for Neurology of RSMA; FSBI Outpatient Care Institution № 5 of the President Administration. Moscow, Russia

Aim. To evaluate diagnostic significance of screening methodology for ischemic heart disease (CHD) and cerebrovascular disease (CD) and to adapt it to the outpatient and polyclinic conditions of primary medical care.

Material and methods. Totally 303 patients investigated, of those 143 were men of 40–70 years old and 160 were women at the age 55–70 without signs of cognitive impairment, having appointed at general practitioner office “for any reason”. The investigation was done according to standard procedure including unified questionnaire for CHD, various forms of CD, and resting ECG evaluated by Minnesota code. For diagnosis verification all patients were examined by neurologist and cardiologist, additional methods used if needed.

Results. The sensitivity of screening method for CHD reached 90,4%, specificity — 94,8%, for CD — 91,4% and 94,3%, respectively. In 19,8%

of patients it was the first time to diagnose CD. Patients with arterial hypertension had various forms of CD in 55% cases. Also in 21% of participants chronic CD was diagnosed for the first time. Seventy six (25,1%) of hypertensives had cerebral crises in anamnesis, but this diagnosis appeared in outpatient charts only in 5,2% cases.

Conclusion. Screening is diagnostically significant for CHD and CD detecting. It made possible to find out chronic forms of CD in every fifth individual in the study for the first time. An insufficient knowledge of outpatient care practitioners is shown on symptoms of chronic CD and cerebral hypertensive crises in patients with arterial hypertension.

Key words: screening method, outpatient polyclinic institutions, cardio- and cerebrovascular diseases, arterial hypertension.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2014; 13 (3): 25–31

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел.: (495) 627–03–05; +7 (926) 554–68–30

e-mail: ikim@gnicpm.ru

[Ким И. В.* — м.н.с. лаборатории медикаментозной профилактики в первичном звене здравоохранения, Бочкарёва Е. В. — д.м.н., руководитель лаборатории, Варакин Ю. Я. — д.м.н., профессор, руководитель лаборатории эпидемиологии и профилактики заболеваний нервной системы, Кокурина Е. В. — д.м.н., ведущий научный сотрудник лаборатории медикаментозной профилактики в первичном звене здравоохранения, Александрова Е. Б. — к.м.н., главный врач].

АД — артериальное давление, АПУ ПМСП — амбулаторно-поликлинические учреждения первичной медико-санитарной помощи, ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения, ГБ — гипертоническая болезнь, ГЦК — гипертонический церебральный криз, ДЭ — дисциркуляторная энцефалопатия, ИБС — ишемическая болезнь сердца, НПКМ — начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга, ТИА — транзиторная ишемическая атака, ЦВЗ — цереброваскулярная болезнь, ЭКГ — электрокардиограмма.

Болезни системы кровообращения — ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные заболевания (ИБС и ЦВЗ), являются ведущими причинами высоких заболеваемости и смертности среди населения трудоспособного возраста в России [1, 2]. Как показывает практика, нередко клинические симптомы ИБС и ЦВЗ слабо выражены, при этом ~35% больных с патологией системы кровообращения не знают о своем заболевании, не обращаются своевременно за медицинской помощью, и попадают в поле зрения медицинских работников уже на этапе развития острых кардио- и цереброваскулярных событий [3, 4]. Очевидно, что амбулаторно-поликлинические учреждения первичной медико-санитарной помощи (АПУ ПМСП) должны уделять особое внимание выявлению кардио- и ЦВЗ на ранних стадиях, однако методические основы организации этой деятельности пока не разработаны.

В настоящее время учреждения здравоохранения обладают комплексом высокотехнологичных методов диагностики ИБС и ЦВЗ, оценки их тяжести и прогноза, такими как компьютерная томография, магнитно-резонансная томография головного мозга, коронароангиография и др. Эти методы являются высокоинформативными, однако предполагают целенаправленное применение у больных, уже прошедших предварительное обследование. В амбулаторных условиях для обследования значительных по численности групп населения могут

применяться так называемые “скрининговые” методы, которые не требуют значительных материальных затрат, и позволяют выявлять ИБС и ЦВЗ, не прибегая к сложным диагностическим процедурам. Для их использования необходимы унифицированные опросники, разработанные с учетом опыта эпидемиологических, популяционных исследований, проведенных в РФ и за рубежом, обладающие достаточными чувствительностью и специфичностью, а также медицинский персонал, обученный проведению опроса [4].

В ФГБУ “ГНИЦПМ” Минздрава России совместно с ФГБУ “НЦН” РАМН разработана скрининговая методика, предназначенная для выявления вероятности ИБС и ЦВЗ в амбулаторных условиях. Методика основана на применении унифицированного опросника, который был специально подготовлен с учетом особенностей работы врача поликлиники (Приложение 1), и регистрации ЭКГ в покое с оценкой по Миннесотскому коду.

Цель исследования — оценить диагностическую значимость скринингового метода выявления ИБС и ЦВЗ, и адаптировать его к условиям работы АПУ ПМСП.

Материал и методы

Исследование выполнено в период с 01.2011 по 06.2012 гг. на базе ФГБУ “Поликлиники № 5” УДП РФ. Обследовано 303 чел. — 160 мужчин 40–70 лет и 143 женщины 55–70 лет, пришедших на прием к участковому терапевту “по любому поводу”, подписавших информированное согласие. Критериями исключения являлись наличие выраженных нарушений когнитивных функций и отказ пациента от участия в исследовании.

Схема исследования представлена на рисунке 1. Обследование включало:

— Анкетирование с применением унифицированного опросника (Приложение 1), который состоял из 2 частей — “кардиологической” и “неврологической”. “Кардиологическая” часть включала стандартную анкету Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) для выявления болей в грудной клетке при напряжении и перемежающейся хромоты [5]. Были включены дополнительные вопросы для выявления вазоспастической стенокардии и стенокардии покоя, а также вопросы, позволяющие получить сведения о сердечно-сосудистом заболевании в анамнезе. “Неврологическая” часть представлена впервые разработанной в НЦН РАМН анкетой для определения хронических форм ЦВЗ и острых нарушений мозгового кровообращения в анамнезе. Результаты опроса по “неврологической” части опросника оценивались с учетом “Рекомендаций по диагностике различных форм сосудистых заболеваний мозга во время скрининга популяции” [3].

— Регистрация ЭКГ в покое с оценкой по Миннесотскому коду.



Рис. 1 Схема исследования.

Таблица 1

Клиническая характеристика обследованных пациентов

Показатель	Значение
Пол (м/ж), n (%)	160 (52,8) / 143 (47,2)
Возраст (годы) *	58,4±6,7
Систолическое АД в покое (мм рт.ст.) **	129,1±16,1
Диастолическое АД в покое (мм рт.ст.) **	80,2±9,8
Частота сердечных сокращений в покое (мин ⁻¹) *	69,6±9,2
Артериальная гипертония, n (%)	257 (84,8)
Курение, n (%)	43 (14,2)
Дислипидемия, n (%)	191 (63,0)
Индекс массы тела (кг/м ²) *	28,4±5,4
Ожирение, n (%)	104 (34,3)
Глюкоза плазмы натощак >6,2 ммоль/л, n (%)	53 (17,5)
Сахарный диабет, n (%)	33 (10,9)

Примечание: * — M ± SD; ** — на фоне лечения.

- Анализ медицинской документации для получения информации о выявленных ранее заболеваниях.
- Антропометрия (рост, масса тела, окружность талии).
- Офисное измерение артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений в покое.

При необходимости применялись дополнительные методы исследования на базе ГНИЦ ПМ и НЦН РАМН: тест с физической нагрузкой, холтеровское мониторирование ЭКГ, стресс-эхокардиография, чреспищеводная предсердная электрическая стимуляция, коронароангиография, ультразвуковая доплерография магистральных артерий головы, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография головного мозга.

Осмотр независимыми врачами-специалистами — кардиологом и неврологом.

По результатам обследования, выполненного с помощью скринингового метода, формулировалось предварительное заключение, которое сопоставлялось с заключением кардиолога и невролога, основанного, в т.ч. на результатах дополнительных методов исследования.

Статистический анализ полученных результатов проводили с использованием пакета программ Microsoft Office Excel-2003 и Statistica 6.0 (StatSoft Inc., USA). Вычисляли среднее значение показателей (M), стандартное отклонение (SD), результаты представлены как M±SD. Для анализа достоверности различий между качественными признаками использовали критерий χ^2 с поправкой Йейтса на непрерывность для таблиц 2•2. Значения $p < 0,05$ расценивали как статистически значимые. Чувствительность, специфичность апробируемой методики рассчитывали по общепринятым формулам [6].

Результаты и обсуждение

В обследованной группе больных мужчины составили 52,8%, средний возраст 57,6±7,1 лет; женщины — 48,8%, средний возраст — 59,7±6,2 лет. Клиническая характеристика пациентов, принявших участие в исследовании, представлена в таблице 1. Гипертоническая болезнь (ГБ) в анамнезе была выявлена у 257 (84,8%) пациентов, дислипиде-

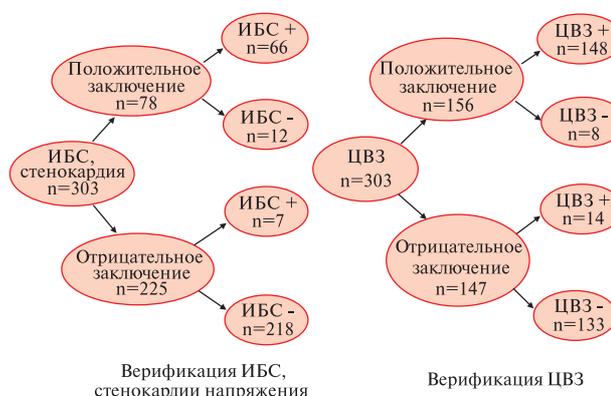


Рис. 2 Сопоставление результатов выявления ИБС и ЦВЗ, полученных при применении скрининговой методики, с окончательным диагнозом.

мия имела у 191 (63,0%) чел., 104 чел. (34,3%) страдали ожирением I–III стадий. Частота курения была относительно невысокой и составила 14,2% (таблица 1).

Отмечена высокая частота совпадений предварительного заключения, сформулированного по результатам обследования с помощью скринингового метода, и окончательного диагноза врача-специалиста (рисунок 2). Чувствительность метода при выявлении ИБС составила 90,4%, специфичность — 94,8%, при выявлении ЦВЗ — 91,4% и 94,3%, соответственно, что свидетельствует о достаточно высокой информативности и надежности метода при его применении в АПУ ПМСП.

После верификации данных различная кардио- и цереброваскулярная патология была определена у 67,7% обследованных. При этом ИБС без ЦВЗ отмечена у 14,2% пациентов, ЦВЗ без ИБС в 29,7% случаев. Сочетанная кардио- и цереброваскулярная патология наблюдалась в 23,8% случаев, т.е. у каждого пятого обследованного. При этом стенокардия напряжения оказалась самой частой клинической

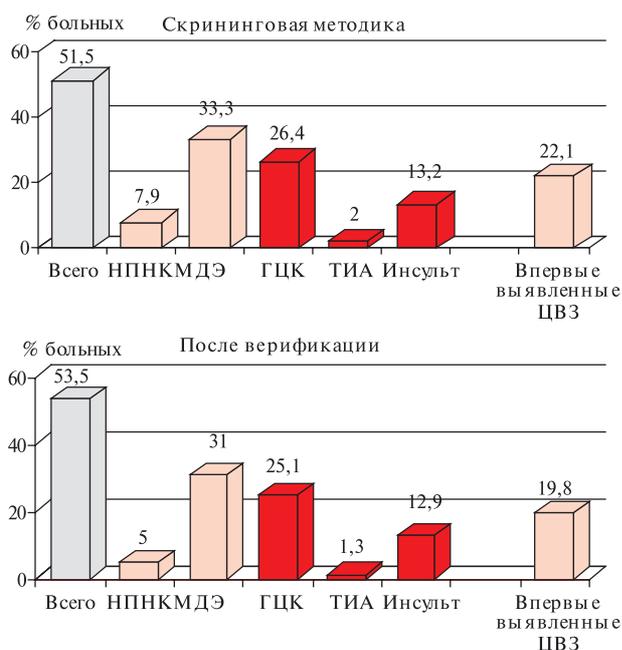


Рис. 3 Частота выявления различных форм ЦВЗ.

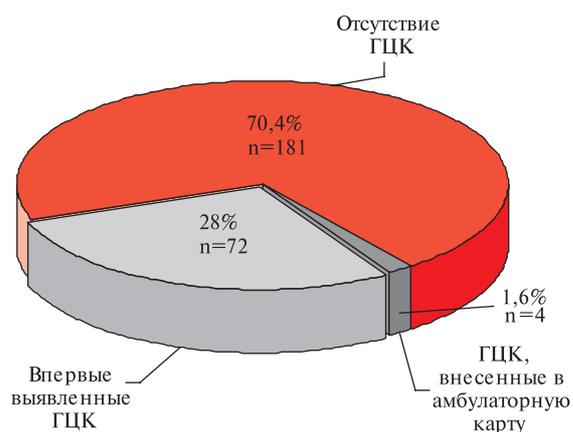


Рис. 4 Частота выявления ГЦК у больных ГБ.

формой ИБС и обнаружена у 69,4% больных с сочетанной патологией.

Частота различных форм ЦВЗ по результатам обследования с помощью скрининговой методики и после верификации представлена на рисунке 3. Наиболее частыми перенесенными ранее острыми формами ЦВЗ являлись гипертонический церебральный криз (ГЦК) и инсульт в анамнезе. Транзиторная ишемическая атака (ТИА) была выявлена только в 2,0% случаев. Результаты независимого осмотра неврологом подтвердили диагноз у подавляющего большинства больных.

Почти у 40% обследуемых пациентов были определены хронические формы ЦВЗ — синдром начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ) и дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) I–II стадий. Синдром НПНКМ

характеризуется комплексом “церебральных” жалоб у пациентов с общим сосудистым заболеванием, без острых нарушений мозгового кровообращения в анамнезе и признаков очагового поражения головного мозга. Данный синдром рассматривается как один из дополнительных факторов риска развития острых нарушений мозгового кровообращения [3]. При ДЭ имеется тот же комплекс жалоб, но, в отличие от синдрома НПНКМ, выявляется очаговая неврологическая симптоматика [3]. Необходимо отметить, что указанные заболевания представляют собой начальные клинические формы ЦВЗ. Больные с указанной патологией являются наиболее перспективными с точки зрения профилактики осложнений ЦВЗ, т.к. при своевременном назначении соответствующего лечения наблюдается ослабление или полное исчезновение симптомов заболевания.

Важным практическим результатом применения скрининга было выявление ранее не диагностированных случаев ЦВЗ. До начала исследования по данным первичной медицинской документации, диагноз ЦВЗ был у 102 (33,7%) чел. При скрининге были дополнительно определены 67 пациентов, предположительно имеющих ЦВЗ, среди которых этот диагноз в дальнейшем подтвержден у 60 (19,8%) чел. Большинство из этих пациентов имели хронические формы ЦВЗ. Таким образом, общее число больных ЦВЗ составило 162 (53,5%) чел. (рисунок 3).

Среди больных ГБ, различная цереброваскулярная патология была отмечена в 55% случаев. В то же время, до проведения скрининга, синдром НПНКМ и ДЭ оставались нераспознанными в 21% случаев. Эти данные свидетельствуют о недостаточной информированности терапевтов в отношении симптоматики хронической ишемии мозга у больных с повышенным АД.

Таким образом, применение скринингового метода у пациентов, находящихся под наблюдением врача-терапевта, может иметь большое практическое значение, т.к. позволяет выявлять нераспознанную при традиционном обследовании симптоматику НПНКМ, особенно у больных с артериальной гипертонией. Это дает возможность своевременно направить таких пациентов к специалисту-неврологу и снизить вероятность прогрессирования заболевания и развития кардио- и цереброваскулярных осложнений.

Анализ первичной медицинской документации показал, что случаи перенесенного инсульта и ТИА, о которых знали опрошенные пациенты, в большинстве совпали с диагнозами в амбулаторной карте. В отличие от этого, диагностику ГЦК нельзя признать удовлетворительной. В частности, по данным анкетирования и последующей верификации, ГЦК в анамнезе имели 29,6% больных ГБ. При этом

диагноз ГЦК был отражен в амбулаторной карте лишь у 4 из 76 больных, перенесших данное состояние (рисунок 4). Проведенное обследование позволило впервые диагностировать ГЦК в анамнезе у 95% больных или у каждого третьего больного ГБ. Своевременная диагностика ГЦК у больных ГБ имеет чрезвычайно важное практическое значение, поскольку такая форма ЦВЗ ассоциируется с повышенным риском развития ТИА и инсульта [3]. Важно отметить, что по результатам настоящего исследования, среди больных, хотя бы однократно перенесших ГЦК, инсульт в анамнезе имел каждый третий. Можно предположить, что в результате несвоевременной постановки диагноза ГЦК больные были лишены возможности получать вовремя адекватную медикаментозную терапию, позволяющую снизить риск более тяжелого осложнения — инсульта.

В обследованной группе из 303 пациентов новые случаи стенокардии диагностировали весьма редко, лишь в 1,3% случаев. Вместе с тем, следует отметить, что по данным кабинета медицинской статистики этой поликлиники, общая численность всего прикрепленного контингента лиц соответствующего пола и возраста составляет 10171 чел., и, соответственно, число больных с ранее не установленной стенокардией может быть ~100–130 чел. При организации планомерной работы по обследованию пациентов с применением скрининга, эти больные будут своевременно выявлены, и получат квалифицированную медицинскую помощь.

При планировании работы предполагалось, что оценка ЭКГ по Миннесотскому коду, применяемого в эпидемиологических исследованиях, позволит упростить и стандартизировать процесс оценки результатов обследования. Однако исследование показало нецелесообразность включения оценки ЭКГ по Миннесотскому коду в алгоритм обследования пациентов. Вместе с тем, не представляется возможным рекомендовать полный отказ от регистрации ЭКГ, поскольку в 5,3% случаев были получены серьезные нарушения ритма и проводимости сердца, свидетельствующие о наличии общего сосудистого заболевания, что имеет принципиальное значение при оценке результатов анкетирования.

Оценка значимости дополнительных вопросов для диагностики вазоспастической стенокардии и стенокардии покоя (вопросы № 10–12, см. Приложение 1) показала, что их следует задавать только

пациентам, положительно ответившим на анкету ВОЗ (вопросы № 1–9, см. Приложение 1), поскольку в этом случае положительный ответ на любой из дополнительных вопросов ассоциировался с наличием ИБС, в частности стенокардией напряжения III и IV функционального класса и многососудистым поражением, что дает дополнительную информацию о тяжести заболевания ($\chi^2=11,52$, $p=0,0007$). Наличие у больного вазоспастического компонента следует учитывать при выборе медикаментозной терапии, при которой препаратами выбора служат антагонисты кальция [7]. Вместе с тем, у пациентов, отрицательно ответивших на вопросы анкеты ВОЗ, дополнительные вопросы не способствовали повышению информативности метода, увеличивая при этом время проведения опроса.

Хронометраж процесса анкетирования унифицированного опросника показал, что длительность опроса составила в среднем 4 мин. 18 сек. ± 1 мин. 36 сек. Относительно небольшая продолжительность опроса объяснялась отчасти тем фактом, что пациенты поликлиники, в отличие от случайной выборки открытой популяции, имели опыт общения с медицинскими работниками и уже неоднократно отвечали на вопросы участкового врача или медицинской сестры о характере имеющихся жалоб, касающихся самочувствия и нежелательных симптомов.

Заключение

Апробация скринингового метода для выявления заболеваний сердца и ЦВЗ позволила получить данные о возможности и целесообразности ее применения в условиях АПУ ПМСП среди пациентов, приходящих на прием к участковому терапевту “по любому поводу”. Чувствительность метода при выявлении ИБС составила 90,4%, специфичность — 94,8%, при ЦВЗ — 91,4% и 94,3%, соответственно.

В амбулаторных условиях применение скринингового метода возможно как в кабинете медицинской профилактики при самостоятельном обращении пациентов для получения рекомендаций по коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, так и в кабинете участкового терапевта для унификации его работы, активного и целенаправленного выявления кардио- и цереброваскулярной патологии.

Приложение 1

Опросник для выявления кардио- и цереброваскулярных заболеваний

Часть I

Раздел А. Анкета для выявления болей в грудной клетке при напряжении

Бывает ли у Вас боль или неприятное ощущение в грудной клетке?

Да Нет

2. Если “Нет”, то бывает ли у Вас какое-либо давление или тяжесть в грудной клетке?

Да Нет

Если “Нет”, перейти к вопросу 15 раздела Б

Если “Да”, задать следующий вопрос (если на следующие вопросы раздела А будет получен ответ, регистрируемый в квадрате, отмеченном звездочкой (*), перейти к разделу Б)

3. Возникает ли эта боль (неприятное ощущение) при подъеме в гору или быстрой ходьбе?

Да Нет*

Никогда не ходит быстро и не поднимается в гору

4. Возникает ли эта боль (неприятное ощущение) при ходьбе обычным шагом по ровной поверхности?

Да Нет

5. Что Вы делаете, если эта боль (неприятное ощущение) возникает во время ходьбы?

Останавливается или идет медленнее

Продолжает идти, не снижая темпа*

(отметить “Останавливается или идет медленнее”, если обследуемый продолжает идти после приема нитроглицерина)

6. Если Вы останавливаетесь, что происходит с болью (неприятным ощущением)?

Исчезает Не исчезает*

7. Как быстро?

10 минут или быстрее Более чем 10 минут*

8. Можете Вы показать, где возникает боль (неприятное ощущение)?

Грудина (верхний или средний отдел)

Грудина (нижний отдел)

Левая половина грудной клетки спереди

Левая рука

Другие области

(Записать все упоминаемые области): _____

9. Чувствуете ли Вы эту боль (неприятное ощущение) где-нибудь еще?

Да Нет

(Если “Да”, записать всю дополнительную информацию): _____

Раздел Б. Дополнительные вопросы

10. Возникает ли у Вас эта боль (неприятное ощущение) в грудной клетке в покое?

Да Нет

11. Возникает ли у Вас эта боль (неприятное ощущение) в грудной клетке в связи с эмоциональным напряжением?

Да Нет

12. Возникает ли у Вас эта боль (неприятное ощущение) в грудной клетке при выходе на холод или хождении на холоде?

Да Нет

13. Исчезает ли после приема нитроглицерина боль в грудной клетке, возникающая в покое, при эмоциональном напряжении или выходе на холод?

Да Нет

Не принимаю

14. Если боль исчезает, то, как быстро?

10 минут или быстрее

Более чем 10 минут

15. Отмечались ли у Вас когда-нибудь следующие заболевания?

Да Нет

15.1 Инфаркт миокарда

15.2 Другие болезни сердца

(Уточнить): _____

15.3 Артериальная гипертензия

15.4 Сахарный диабет

15.5 Другие заболевания

(Уточнить): _____

Раздел В. Анкета для выявления перемежающейся хромоты

Если получен ответ, регистрируемый в квадрате, отмеченном звездочкой (*), нет необходимости задавать дальнейшие вопросы

1. Бывает ли у Вас боль в ногах при ходьбе?

Да Нет*

2. Возникает ли эта боль, когда Вы спокойно стоите или сидите?

Да* Нет

3. В какой части ноги Вы чувствуете эту боль?

Боль захватывает икру (икры)

Боль не захватывает икру (икры)*

Если в ответе не упоминаются боли в икрах, спросить: “Где-нибудь в другом месте?”

4. Возникает ли эта боль при подъеме в гору или быстрой ходьбе?

Да Нет*

Никогда не ходит быстро и не поднимается в гору

5. Возникает ли эта боль при ходьбе обычным шагом по ровному месту?

Да Нет

6. Если Вы продолжаете идти, боль исчезает?

Да* Нет

7. Что Вы делаете, если боль возникает во время ходьбы?

Останавливается или идет медленнее

Продолжает идти, не снижая темпа*

8. Если Вы останавливаетесь, что происходит с болью?

Исчезает Не исчезает*

9. Как быстро?

10 минут или быстрее Более чем 10 минут*

Часть II

Анкета для выявления острых нарушений мозгового кровообращения в анамнезе и начальных форм хронической цереброваскулярной патологии

1. Возникала у Вас когда-нибудь внезапно кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге, или в руке и ноге одновременно, так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате?

Да Нет

Если “Да”, то, как долго сохранялась слабость в руке или ноге?

Несколько минут Несколько часов

Около суток Более суток

2. Возникало у Вас когда-нибудь внезапно кратковременное онемение в одной руке, ноге половине лица, губы или языка?

Да Нет

Если “Да”, то, как долго сохранялось онемение в руке, ноге или лице?

Несколько минут Несколько часов

Около суток Более суток

3. Возникала у Вас когда-нибудь внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?

Да Нет

Если “Да”, то, как долго сохранялось нарушение зрения?

Несколько минут Несколько часов

Около суток Более суток

4. Указанные в пунктах 1–3 нарушения отмечались:

Однократно Повторно

5. Вы обращались по поводу указанных нарушений к врачу?

Да Нет

Если “Да”, то какой диагноз поставил врач?

Инсульт

Нарушение мозгового кровообращения

Преходящее нарушение мозгового кровообращения

Другой диагноз

(Уточнить): _____

6. Приходилось ли Вам вызывать скорую помощь в связи с резким ухудшением самочувствия (сильная головная боль, тошнота, рвота), связанным с повышением артери-

ального давления, и врач сказал, что у Вас гипертонический криз?

Да Нет

Указанные в данном пункте нарушения отмечались:

Однократно Повторно

7. Вас беспокоит частая (каждую неделю) или постоянная головная боль?

Да Нет

8. Вас беспокоят частое (каждую неделю) или постоянное головокружение?

Да Нет

9. Вас беспокоит частый (каждую неделю) или постоянный шум в голове?

Да Нет

10. Отмечаете ли Вы значительное ухудшение памяти?

Да Нет

11. Отмечаете ли Вы значительное снижение работоспособности?

Да Нет

12. Чтобы запомнить текущую информацию Вам приходится делать записи, чего прежде не требовалось?

Да Нет

13. Ухудшение памяти стало мешать Вам на работе, в повседневной жизни?

Да Нет

14. Явления, отмеченные в вопросах № 7–11, возникают или усиливаются при переутомлении, волнении?

Да Нет

15. Явления, отмеченные в вопросах № 7–11, проходят или их выраженность уменьшается после полноценного отдыха?

Да Нет

16. Вы считаете себя человеком спокойным, уравновешенным?

Нет Скорее нет, чем да

Скорее да Определенно да

17. Как Вы думаете, окружающие считают Вас человеком спокойным, уравновешенным?

Нет Скорее нет, чем да

Скорее да Определенно да

Литература

- Oganov RG, Maslennikova GJa. Demographic situation and cardiovascular diseases in Russia: solutions of problems. *Cardiovascular Therapy and Prevention* 2007; 6 (8): 7–14. Russian (Оганов Р.Г., Масленикова Г.Я. Демографическая ситуация и сердечно-сосудистые заболевания в России: пути решения проблем. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2007; 6 (8): 7–14).
- Suslina ZA, Fonjakin AV, Geraskina LA. Cardioneurology. Current state and development prospects. Articles and abstracts collection of the II National congress “Cardioneurology” / Moscow 2012: 7–13. Russian (Суслина З.А., Фонякин А.В., Гераскина Л.А. Кардионеврология. Современное состояние и перспективы развития. Сборник статей и тезисов II Национального конгресса “Кардионеврология”. / Под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова, А.В. Фонякина. Москва 2012: 7–13).
- Suslina ZA, Varakin JuJa, Vereshhagin NV. Vascular diseases of a brain. Moscow: Medpress-inform 2009; 352 p. Russian (Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга. М.: МЕДпресс-информ 2009; 352 с).
- Kokurina EV, Varakin JuJa, Koltunov IE. Active identification and treatment of coronary heart disease and cerebrovascular diseases in practical health care. Moscow, 2009. Russian (Кокурина Е.В., Варакин Ю.Я., Колтунов И.Е. Активное выявление и лечение ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний в практическом здравоохранении. М., 2009).
- Rose GA. The diagnosis of ischaemic heart pain and intermittent claudication in field surveys. *Bull Wld Hlth Org* 1962; 27: 645–58.
- Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Clinical Epidemiology: The Essentials*. 3rd ed. Moscow: Mediasphera 2004; 353 p. Russian (Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. 3-е изд., пер. с англ.— М.: Медиа сфера 2004; 353 с).
- Diagnostics and treatment of stable angina pectoris. In: *National clinical guidelines* 3rd ed. Moscow: Silicea-Poligraf 2010; 504–57. Russian (Диагностика и лечение стабильной стенокардии. В кн: Национальные клинические рекомендации. 3-е издание. М.: Силицея-Полиграф 2010; 504–57).