

матических расстройств (4-я шкала), склонность к психосоматическим реакциям (6-я шкала).

Для женщин с ДЗМЖ на фоне гинекологических заболеваний были характерны психологические особенности: состояние хронической дизадаптации вплоть до тревожной депрессии на фоне повышенной конституционально обусловленной личностной тревожности, предрасположенность к депрессивному реагированию, пессимистичность, индивидуалистичность, тревожность и импульсивность (2874/-) со склонностью к поисковой активности в стрессовой ситуации, предрасположенность к психосоматическим реакциям. У больных с фиброзной мастопатией имелось сниженное настроение с высоким уровнем ситуационной тревожности, а у лиц с фиброзно-кистозной мастопатией – склонность к психосоматическим реакциям. По данным метода СМЛ, больные с пролиферативной мастопатией имели такие психологические особенности: предрасположенность к депрессивному реагированию, состояние дизадаптации вплоть до тревожной депрессии, снижение уровня социальной адаптации, сосредоточенность на соматических жалобах, раздражительность, склонность к артериальной гипертонии, психосоматическая предрасположенность к заболеваниям ЖКТ. Психологический портрет больных раком молочной железы: расположенность к депрессивному реагированию ввиду повышенной раздражительности, склонность к артериальной гипертонии, противоречивый тип реагирования в виде поисковой активности на фоне быстрой истощаемости, что является предиспозицией для развития психосоматических расстройств.

Психологическими предикатами возникновения заболеваний молочных желез являются: высокий показатель личностной и ситуационной тревожности, наличие черт алекситимии, предрасположенность к психосоматическим реакциям, состояние хронической дизадаптации вплоть до тревожной депрессии, наличие синдрома психоэмоционального напряжения.

Литература

1. Сидоренко Л.Н. // Вопр. онкол. – 1984. – №11. – С. 30–33.
2. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности: Метод. рук-во / Под ред. Л.Н. Собчик. – М., 2000.
3. Andersen D.E. // Cancer. – 1985. – Vol. 56, № 2. – P. 383–387.
4. Baruch M. // Lancet. – 1989. – Vol.1, № 8639. – P. 629–630.
5. Bender H. G., Beck L. Cancer of the Uterine Cervix. – Stuttgart, 1981.
6. Bender H. G., Beck L. Carcinoma of the ovary. – Stuttgart N. Y.: Springer Verlag. – 1983.
7. Berrino F. //Cancer. – 1989. – Vol. 44. – P. 186–187.
8. Bishop D. //Eur. J. Cancer Prevent. – 1993. – Vol. 2. – Suppl.3, P. 125–130.

УДК (616.857-053.9-073.75)

КЛИНИКО-ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Н. А. ЯКОВЛЕВ*, С. С. РУБИНА, Т. П. КУРИЦЫНА**

Среди ведущих клинических симптомов у лиц пожилого возраста одно из первых мест по распространенности занимает головная боль (ГБ); она встречается у 27% пожилых пациентов (в общей популяции – от 30 до 78 %), причем в структуре ГБ наибольший удельный вес принадлежит головной боли напряжения – ГБН [1, 4, 6, 17, 22, 24]. В формировании ГБН ключевую роль отводят тревоге и/или депрессии в ответ на воздействие психосоциального стресса (ПСС), нарушению метаболизма нейротрансмиттеров, недостаточности функционирования антиноцицептивной системы и снижению болевой порога, что определяет склонность больных к длительной фиксации болевых ощущений [5, 12, 18]. ГБН подразделяют на эпизодическую (повторяется

менее 15 дней в месяц) и хроническую (более 15 дней в месяц) формы, клинические особенности которых у лиц пожилого возраста изучены недостаточно. Существенной особенностью пожилых лиц является наличие выявляемых методами ЯМР-томографии дегенеративных (атрофических) изменений мозга, связанных со старением и хронической цереброваскулярной недостаточностью [7, 13]. Но нейровизуализационные характеристики морфологических изменений мозга у пожилых пациентов с ГБН, имеющие большое значение для диагностики и повышения эффективности лечения больных, остаются малоизученными.

Цель работы – исследование особенностей клиники, психовегетативных нарушений и нейровизуализационных изменений мозга при ГБН у лиц пожилого возраста.

Материалы и методы. Проведено обследование 120 больных с ГБН в возрасте 55–74 лет (средний возраст $65,6 \pm 2,6$ г.), из них 61 человек (50,8%) – с эпизодической (ЭГБН) и 59 (49,2%) – с хронической (ХГБН). В группе пациентов с ЭГБН преобладали мужчины (33 человека – 54,1%), а в среди пациентов с ХГБН – женщины (45 человек – 76,3%). Диагноз устанавливали по критериям 2-го издания Международной классификации головных болей [11]. Контроль составили 53 практически здоровых пожилых человека (21 мужчина и 32 женщины в возрасте от 55 до 74 лет, средний возраст $69,3 \pm 4,6$ г.), не имевшие жалоб на ГБ.

Критериями включения пациентов в исследование были: достоверный клинический диагноз ГБН, возраст от 55 (женщины) или 60 (мужчины) до 74 лет; длительность анамнеза головной боли более 6 месяцев. Критерии исключения: перенесенные транзиторные ишемические атаки, церебральный инсульт или другое органическое заболевание головного мозга с резидуальной неврологической симптоматикой; алкогольное поражение нервной системы (энцефалопатия, полиневропатия); тяжелые соматические (инфаркт миокарда, аритмии сердца, сахарный диабет, хронический гепатит, пневмония, заболевания эндокринной системы), эндогенные психические заболевания; онкоанамнез.

Обследование больных велось по стандартному протоколу для больных с головными болями и включало: клинико-анамнестический анализ ГБ с оценкой ее интенсивности по визуально-аналоговой шкале (ВАШ); измерение уровня ПСС с помощью опросника Холмса – Рея [21]; исследование соматического и неврологического статуса; оценку когнитивных функций по диагностическим критериям легких когнитивных нарушений – ЛКН [10, 16] и умеренных когнитивных расстройств (УКР) [10, 16, 25], а также по суммарному показателю батареи тестов для оценки лобной дисфункции – БТЛД [20]; 5) оценку коморбидных симптомов и синдромов: головокружения, вегетативной дисфункции – по анкете ММА им. И.М. Сеченова [3], личностной и реактивной тревоги (тест Спилберга ЧД.–Ханина Ю.Л.) [14, 24], депрессии (опросник Бека) [19], общей астении (шкала MFI-20), нарушений сна (анкета ММА им. И.М. Сеченова). Магнитно-резонансная томография (МРТ) проведена 45 больным с ГБН (21 мужчина и 24 женщины) на томографе Magnetom Impact Expert (Siemens, Германия) с напряженностью магнитного поля 1 Тл. У 17 пациентов МРТ головного мозга была проведена в ангиографическом режиме. Расчеты велись с помощью электронных таблиц «Excel», «Statistica».

Результаты. Обследованные пациенты с ГБН характеризовались наличием билатеральной диффузной либо преобладающей в лобно-теменных или теменно-затылочных отделах головы давящей (у 59,2% больных) или сжимающей (у 55,0%) боли средней интенсивности ($5,1 \pm 0,5$ балла по ВАШ при ХГБН, $4,7 \pm 0,4$ балла – при эпизодической) и умеренной длительности ($9,1 \pm 0,7$ ч при ХГБН, $3,2 \pm 0,3$ ч – при ЭГБН). У 21,7% пациентов (у 30,5% – с ХГБН и у 13,1% – с ЭБН) головная боль сопровождалась напряжением мышц головы и шеи выраженностью 1–2 балла по 3-балльной шкале. У части пациентов отмечались отдельные сопутствующие ГБ симптомы: анорексия (40,8%), тошнота (23,3%), фото- или фонофобия (22,5%); они достоверно чаще встречались у больных с отягощенным по мигрени семейным анамнезом. Боль, подобная ГБН, в 31,7% случаев имела у близких родственников. При этом наряду с генетически детерминированными механизмами реагирования на дистресс, по данным анамнеза, нельзя было исключить роли «культа» боли в семьях (избыточное внимание к проблеме болевых синдромов).

Среди факторов, провоцирующих ГБ, наиболее частыми были стрессорные события (у 67,2% пациентов с ЭГБН, у 72,9% – с ХГБН), перемена погоды (соответственно у 68,9% и у 78,0%

* Кафедра нервных болезней факультета последипломного образования ГОУ ВПО «Тверская ГМА Росздрава», 170 642, Тверь, ул. Советская, 4
 ** Лечебно-диагностический центр международного института биологических систем, Россия, 170000, Тверь, ул. Орджоникидзе, д.36

больных), умственное переутомление (у 34,4% и у 16,9%), длительные рефлекторное напряжение мышц головы и шеи в антифизиологических позах (просмотр телепередач, работа за компьютером, вождение автомобиля и др.) – у 33,9% и у 49,2%. Более чем у половины (51,7%) обследованных пожилых больных с ГБН, особенно у пациентов с хронической формой цефалгии, отмечались боли иной локализации (чаще дорсалгии и артралгии).

Особенностями пожилых пациентов с ГБН являлись высокий уровень ПСС, соматическая отягощенность и полиморбидность. Высокий уровень стрессовых событий у пациентов с ГБН определялся чаще, чем у практически здоровых лиц контрольной группы (соответственно у 70,8% и у 43,4% обследованных; $p<0,05$), при этом представленность ПСС у больных с хронической формой ГБН (83,1%) превышала таковую у пациентов с ЭГБН (59,0%). Средний уровень ПСС также был более высоким у больных с ХГБН (146,3±9,1 ЕД) по сравнению с пациентами с ЭГБН (117,4±4,9 ЕД) и контролем (107,5±8,2 ЕД).

Среди сопутствующих соматических заболеваний наиболее часто выявлялись: гипертоническая болезнь (при ЭГБН – у 75,4%; при ХГБН – у 94,9%), стенокардия (соответственно у 23,0% и у 55,9%; $p<0,05$), хронический гастрит (у 27,9% и у 50,8%; $p<0,05$) и холецистопатия (у 11,5% и у 33,9%; $p<0,01$). Дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника и/или суставов определялись практически у всех больных не зависимо от клинического варианта ГБН ($p>0,05$). О наличии полиморбидности свидетельствовало общее количество соматических заболеваний, приходящихся на одного пациента: у больных с ЭГБН – в среднем 3,5, с ХГБН – 5,3 (в контроле – 3,4). Полиморбидность чаще была свойственна пациентам с ХГБН.

Неврологическое исследование больных с ГБН очаговых симптомов поражения головного мозга не выявляло. Представленность функционально-неврологических симптомов у пациентов с обеими формами ГБН статистически значимо не отличалась от контрольной группы пожилых лиц, не страдавших головными болями. При исследовании когнитивной сферы (88 больных с ГБН и у 40 практически здоровых лиц контрольной группы) у 62,5 % больных с ГБН были выявлены легкие когнитивные нарушения (ЛКН), у 20,5 % – умеренные когнитивные расстройства (УКР), у 17,0% пациентов когнитивные нарушения отсутствовали. В группе практически здоровых лиц ЛКН обнаружены у 37,5% обследованных, у остальных когнитивных расстройств не выявлено. В структуре когнитивной дисфункции у лиц с ЭГБН преобладали ЛКН (65,1%), при ХГБН – УКР (60,0%). Суммарный показатель батареи тестов для оценки лобной дисфункции у лиц с ГБН составил 14,12±0,90 балла (при ЭГБН – 14,49±1,12, при ХГБН – 13,88±0,61), у обследованных контрольной группы 15,84 ± 0,92 балла (различия между больными с ХГБН и здоровыми $p<0,05$).

Среди коморбидных симптомов, снижающих качество жизни и работоспособность пожилых пациентов с ГБН, второе место в активных жалобах (после ГБ) занимало головокружение. Эпизоды головокружения отмечались у 64,2% обследованных с ГБН (в подгруппе ЭГБН – у 57,4%, ХГБН – у 71,2%) и у 37,7% условно здоровых лиц контрольной группы. Наиболее часто у пациентов с ГБН, особенно при хроническом течении заболевания, имело место несистемное головокружение психофизиологического типа (как проявление тревоги и депрессии), реже – несистемное головокружение, связанное с ортостатической гипотензией и липотимическими состояниями. Системное (периферическое доброкачественное позиционное) головокружение было у 18,5%, а смешанное цервикогенное головокружение в виде внезапно возникающих ощущений неустойчивости, шаткости походки и пространственной дезориентации без какого-либо ненормального ощущения в голове (III тип головокружения по Drachmann D.) – у 12,5 % пациентов с ГБН; частота этих вариантов значимо не отличалась от аналогичного показателя контроля. Интенсивность головокружения по 3-балльной шкале составляла в период приступа у больных с ГБН 1,56±0,15 балла (при ХГБН – 2,40±0,21, при ЭГБН – 1,23±0,18), у пожилых лиц контрольной группы – 1,12±0,14 балла (различия между больными с ХГБН и контролем достоверны, $p<0,05$).

Вегетативная дисфункция выявлена у всех пациентов с ХГБН, у 93,4 % с ЭГБН и у 60,4% обследованных пожилых лиц контрольной группы ($p<0,05$). У пациентов с ЭГБН чаще выявлялся средний уровень реактивной и личностной тревоги (соответственно у 54,1% и у 50,8% обследованных; $p<0,05$), тогда как у большинства больных с ХГБН – высокий уровень тревожных

расстройств (у 74,6% и у 66,1%; $p<0,01$). Представленность депрессии была достоверно выше ($p<0,05$) у пациентов с ГБН (32,5%), чем в контрольной группе (18,9%); при этом депрессивный синдром у больных с ХГБН выявлялся достоверно чаще (47,5%), чем у пациентов с ЭГБН (18,0%; $p<0,01$). Астения по шкале MFI-20 у пациентов с ГБН обнаруживалась также достоверно чаще (60,0%), чем в контрольной группе пожилых лиц без головной боли (32,1%; $p<0,05$); при этом представленность астении была выше у больных с хронической формой ГБН, чем с эпизодической (соответственно у 78,0% и у 42,6%; $p<0,05$).

Нарушения сна в 3 раза чаще имелись у пациентов с ГБН, чем в контроле (соответственно 46,7% и 18,9%; $p<0,01$), а частота инсомнии у больных с ХГБН достоверно превышала аналогичный показатель в группе лиц с ЭГБН (71,2% и 22,9%; $p<0,01$). Средние величины показателей психовегетативной сферы и качества сна больных с ГБН в сравнении с контролем см. в табл. 1.

Таблица 1

Показатели психовегетативного статуса больных ГБН (М±m)

Показатель	Группы обследованных		
	ЭГБН (n=61)	ХГБН (n=59)	Контрольная группа (n=53)
Вегетативная дисфункция	36,0±4,2	42,0±3,9*	22,3±2,8
Реактивная тревога	46,4±4,0	51,7±4,0*	37,4±3,2
Личностная тревога	47,2±3,9	50,6±4,1*	40,6±2,3
Депрессия	12,6±4,1	17,1±4,2*	10,2±2,1
Астения	14,1±2,5	14,7±1,3*	11,2±1,2
Нарушение ночного сна	14,8±1,2	14,2±1,2	17,0±2,0

Примечание. Различия больных с контролем: * $p<0,05$

Пациенты с ХГБН, по сравнению с контролем, имеют более выраженные проявления вегетативной дисфункции, реактивной и личностной тревоги, депрессии, астении. По данным анализа МРТ-томограмм головы, у всех лиц с ГБН независимо от клинической формы заболевания выявлялись диффузные изменения белого вещества полушарий мозга в виде очагов демиелинизации (лейкоареоз – ЛА), реже – глиоз. Очаги лейкоареоза имели неправильную округлую форму и локализовались у 68,9% больных в ряде отделов полушарий головного мозга. Реже очаги лейкоареоза были лишь в лобных (19,0%), теменных (12,5%) либо теменно-затылочных (8,3%) отделах. Единичные очаги более округлой формы (глиоз) выявлены у 11,1% лиц с ГБН (при хронической форме у 12,5%, при эпизодической – у 9,5 %) и локализовались чаще в перивентрикулярной зоне головного мозга. Частота и выраженность (по 5-балльной шкале) изменений белого вещества головного мозга у пациентов с ГБН представлены в табл. 2.

Таблица 2

Изменения белого вещества полушарий мозга у пожилых пациентов с ГБН, по данным МРТ-исследования головы (%; М±m)

Изменения на МРТ	Группы обследованных	
	ЭГБН (n = 21)	ХГБН (n = 24)
Лейкоареоз, %	100,0	100,0
Количество очагов, %:		
единичные	76,2	54,2
множественные	23,8	45,8*
Мелкие очаги (<5мм), %	100,0	87,5
Крупные очаги (>5мм), %	-	12,5
Локализация очагов ЛА, %:		
в лобных отделах	19,0	33,3
субкортикальная		12,5
перивентрикулярная	19,0	54,2
субкортикально -перивентрикулярная	62,0	
Перивентрикулярный ЛА, балл	0,84±0,21	1,12±0,48
Субкортикальный ЛА, балл	1,29±0,27	1,42±0,27
Очаги глиоза, %	9,5	12,5

Примечание. Различия больных с контролем: * $p<0,05$

Как следует из табл. 2, для пациентов с обеими формами ГБН характерно наличие множественных мелких (<5 мм), реже – крупных (>5 мм) очагов лейкоареоза, которые чаще локализируются субкортикально и паравентрикулярно. При этом больные с ХГБН по сравнению с лицами с ЭГБН отличаются большей пред-

ставленностью множественных очагов лейкоареоза (соответственно 45,8 % и (23,8 %), в том числе крупных (у 12,5% обследованных с ХГБН). Средний балл выраженности лейкоареоза у больных с ХГБН несколько превышает тот же показатель у пациентов с ЭГБН, но эти различия статистически не достоверны.

Второе место по частоте среди выявленных нейровизуализационных находок у пожилых больных с ГБН занимают дегенеративные (атрофические) изменения головного мозга. Признаки наружной церебральной атрофии (расширение корковых борозд) минимальной или умеренной выраженности определялись практически у всех обследованных, внутренний тип церебральной атрофии (расширение желудочков мозга) – у 36%, смешанная гидроцефалия обнаружена у 19% лиц, чаще с ХГБН. Индекс передних рогов, рассчитанный по методике С.Б. Вавилова, составил у больных с ХГБН 27,5, а у пациентов с ЭГБН – 26,6 (возрастная норма 28,2–29,4), индекс тел боковых желудочков – соответственно 35,3 и 34,4 (при возрастной норме 22,6–26,0).

Выявленное увеличение относительных размеров боковых желудочков у обследованных с ГБН подтверждало наличие у них внутренней гидроцефалии. Вентрикуломегалия имела место у пациентов с обеими формами заболевания, при этом статистически значимых различий в величинах индекса тел боковых желудочков, а также значимой корреляционной связи величин индекса тел боковых желудочков с интенсивностью и выраженностью ГБ у пациентов не отмечено ($p < 0,05$), что указывало на отсутствие непосредственной связи морфологических изменений головного мозга с ГБН. У лиц с ХГБН в 12,5% случаев обнаружены и другие неспецифические изменения (арахноидальные кисты, проявления кортикальной атрофии, мальформация Киари I).

При магнитно-резонансной ангиографии выявлены: аномалия развития Виллизиева круга – отсутствие задних соединительных артерий (у 19,0% пациентов с ЭГБН, у 20,8% – с ХГБН), гипоплазии (соответственно у 9,5% и у 12,5%) и аплазии (у 12,5% пациентов с ХГБН) позвоночных артерий, атеросклеротические изменения сосудов (у 20,8% с ХГБН и у 9,5% с ЭГБН; $p < 0,05$).

Наиболее характерными нейровизуализационными изменениями вещества мозга у пожилых пациентов с ГБН являются лобный, перивентрикулярный и субкортикальный лейкоареоз и умеренная церебральная атрофия. При МР-ангиографии у части больных выявлены сосудистые аномалии (аплазии задних соединительных артерий, гипоплазия или аплазия одной из позвоночных артерий), а также неравномерность хода артерий за счет атеросклеротических изменений.

Выводы. Основными характеристиками ГБН у обследованных лиц пожилого возраста являются билатеральность и диффузность боли с преимущественной локализацией в лобно-теменных или теменно-затылочных отделах головы, средняя интенсивность и длительность при отсутствии у большинства пациентов сопровождающих боль симптомов (фоно- и фотофобия, анорексия, тошнота), нередкое сочетание ГБ с мышечно-тоническими и миофасциальными синдромами перикраниальных мышц, алгическими проявлениями иной локализации (дорсалгии, артралгии и др.), высокая представленность коморбидных нарушений (когнитивная дисфункция, головокружение, изменения эмоционально-аффективной сферы, астения, нарушения сна). Пожилые пациенты с ХГБН отличаются от сверстников с ЭГБН большей интенсивностью и длительностью цефалгии, сочетанием ГБ с шейными и др. болевыми синдромами, наличием семейного анамнеза ГБ, высокого уровня стрессовых событий, большей выраженности когнитивных и психоэмоциональных расстройств, частотой выявления сосудистых аномалий при МР-ангиографии.

Результаты проведенных исследований и данные литературы [1, 2, 8–9, 13, 15, 17–18] свидетельствуют о клинической гетерогенности, а также сложности патогенеза ГБН и коморбидных расстройств у пожилых лиц, включающего как психологические (психосоциальный стресс), так и биологические механизмы (возрастная функциональная и структурная перестройка мозга и его сосудов, нейротрансмиссивный дисбаланс, формирование хронической сосудистой мозговой недостаточности и дегенеративного процесса), приводящие к снижению активности антиноцицептивных систем и дезинтеграции связей лобной, височной и других отделов коры с подкорковыми и стволовыми образованиями. Это определяет необходимость оптимизации традиционной терапии ГБН у пожилых с включением в комплекс лечения нелекарственных способов коррекции боли и тягостных сопутствующих сим-

птомов, а также геронтологических нейро- и вазопротекторов, средств улучшающих метаболизм нейромедиаторов.

Литература

1. Алексеев В.В. и др. // Достижения в нейрогеронтологии. – Ч.1. – М.: Медицина, 1995. – С. 30–45.
2. Алексеев В.В. // РМЖ. – 2001. – Т.9, № 7–8. – С. 330–333.
3. Вейн А. М. Заболевания вегетативной нервной системы. – М.: Медицина, 1998. – 752 с.
4. Вейн А. М. и др. Головная боль. – М., 1994. – 286 с.
5. Вознесенская Т.Г. // РМЖ. – 2006. – Т.14, №9. – С. 694.
6. Вейн А.М. и др. // Ж.л. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1997. – № 11. – С. 4–7.
7. Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия: патогенез, клиника, лечение. – М., 2005. – 43 с.
8. Каракулова Ю. В., Шутлов А.А. // Боль. – 2006. – № 2. – С. 13–18.
9. Колосова О.А., Страчунская Е.Я. // Ж. неврол. и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1995. – № 4. – С. 94–98.
10. Локишина А.Б., Захаров В.В. // Неврологический журнал. – Прил. № 1. – 2006. – С. 53–57.
11. Международная классификация головной боли / Пер.с англ. В.В. Осиповой, Т.Г. Вознесенской. – М., 2003. – 326 с.
12. Рыбак В. А. и др. // Лекарств. вестн. – 2006. – Т. 3, № 6. – С. 4–9.
13. Артемьев Д.В. и др. Старение и нейродегенеративные расстройства: когнитивные и двигательные нарушения в пожилом возрасте. – М., 2005. – 48 с.
14. Ханин Ю.Л. Краткое рук-во к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. – 1976. – 40 с.
15. Холин А.В. МРТ при заболеваниях центральной нервной системы. – СПб.: Гиппократ, 2000. – 192 с.
16. Яхно Н.Н. и др. // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2005. – № 2. – С.13–17.
17. Яхно Н.Н. и др. Головная боль. – М.: Медицина, 2000. – 150 с.
18. Adler R. Psychologische Aspekte des Schmerzes. – Schmerz und Schmerzbehandlung heute. – Fisher – New – York, 1997. – 258 p.
19. Beck A. et al. // Arch.GerLPsychiat. – 1961. – Vol.5. – P. 561.
20. Dubois B. et al. // Neurology. – 2000. – Vol. 55. – P.1621.
21. Holmes T.H., Rahe R.H. // J. of Psychosom Research. – 1967. – Vol. 11. – P. 213–218.
22. Raskin M. N. Headache / 2nd ed. N.Y. Churchill, Livingstone. – 1988. – P. 35–98.
23. Solomon G. et al. // Headache. – 1990. – Vol.30(5). – P. 273.
24. Spielberger C.B. et al. STAI manual for the State Trait Anxiety Inventory. – Californiz, 1970. – 38 p.
25. Petersen R.S., Touchon J. // Research and practice in AD. EADS-ADCS joint meeting. – 2005. – Vol.10. – P.24–32.

УДК 613.644:616.15/18]-07-095

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ СОЧЕТАННОМ ВАРИАНТЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ

О.Н. ГЕРАСИМЕНКО, Л.А. ШПАГИНА, И.С. ШПАГИН, З.К. ЧАЧИБАЯ*

Артериальная гипертония (АГ) – ведущая патология в структуре сердечно-сосудистой заболеваемости, а вибрационная болезнь (ВБ) с сосудистыми нарушениями – серьезная проблема профессиональной клиники. Сочетанное течение артериальной гипертонии и ВБ приводит к взаимному отягощению сердечно-сосудистой патологии, ранним осложнениям у лиц трудоспособного возраста, нанося серьезный медико-социальный и экономический ущерб обществу [1]. В механизмах развития вибрационных ангиопатий и в сочетании с АГ большое значение имеют эндотелиальная дисфункция, ранние нарушения соотношения про- и антиоксидантной систем, синдром высокой липопероксидации, нарушения сосудисто-тромбоцитарного звена и фибринолитического гемостаза с истощением антикоагулянтного резерва, тканевая гипоксия [2]. Это ведет к формированию сосудистых нарушений в клинике ВБ, а в сочетании с АГ ангиопатии наибо-

* Новосибирский ГМУ