

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© ШПРАХ В.В., СУВОРОВА И.А. –

ЛЕЧЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ МОЗГА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТРЕХЛЕТНЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В.В. Шпрах, И.А. Суворова

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор – д.м.н., проф. А.А. Дзизинский, кафедра неврологии и нейрохирургии, зав. – д.м.н., проф. В.В. Шпрах)

Резюме. Проведено проспективное исследование с целью изучения особенностей клинического течения начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга за период трехлетнего наблюдения и лечения, дана оценка эффективности проведенных лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова. Недостаточность кровоснабжения мозга, клиническое течение, лечение.

Исследования последних лет определили новые подходы к диагностике, лечению и профилактике различных форм сосудистых заболеваний головного мозга. Особую роль приобрело изучение начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ) как формы, наиболее перспективной в отношении профилактики, сохранения трудоспособности и профессиональной пригодности больных [1]. Проводимые в этой области работы позволили расширить представления в отношении клинических вариантов течения НПНКМ и патогенеза заболевания [2,3]. Однако недостаточно изученными остаются вопросы динамики клинических проявлений, закономерности перехода НПНКМ в другие, более выраженные формы сосудистых поражений головного мозга.

Материалы и методы

Нами проведено проспективное исследование, целью которого явилось изучение особенностей клинического течения НПНКМ за период 3-х летнего наблюдения. Всего под наблюдением находилось 80 человек, мужчины и женщины в возрасте 37-52 года (средний возраст $44,5 \pm 0,5$ года) с НПНКМ. Диагноз НПНКМ устанавливали при наличии у больного признаков сосудистого заболевания (церебральный атеросклероз, артериальная гипертензия (АГ)) и жалоб на головную боль, головокружение, шум в ушах, нарушение памяти, снижение работоспособности, нарушение сна, раздражительность. Основанием служило сочетание 2-х или более перечисленных симптомов, отмечавшихся не реже 1 раза в неделю на протяжении не менее 3-х последних месяцев. Из этих больных были сформированы 2 группы: 1 – активной профилактики (ГАП) – 40 чел. и 2 – сравнения (ГС) – 40. Длительность заболевания в группах составляла от 1 года до 10 лет (в среднем $4,2 \pm 0,5$ года).

Всем больным при первичном и повторном обследовании проводилось клиническое неврологическое обследование, а также дополнительные методы исследования, включающие ЭКГ, определение содержания липидов в крови (общий холестерин (ОХ), липопротеиды высокой и низкой плотности (ЛПВП и ЛПНП), триглицериды (ТГ), коэффициент атерогенности (КА)), ультразвуковое исследование сонных, позвоночных и внутримозговых артерий, включая транскраниальную доплерографию (ТКД). Больных консультировали окулист, кардиолог и при необходимости другие специалисты.

Больным, включенным в ГАП, в течение 3-х лет проводилось комплексное лечение и профилактика НПНКМ, активная коррекция управляемых факторов риска, предусматривающая отказ от вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем), нормализация массы тела, оптимизация физической активности, уменьшение влияния

хронических стрессов и профессиональных факторов. Медикаментозная терапия включала лечение основного сосудистого заболевания (АГ, атеросклероз), а также всем больным в группе активной профилактики (ГАП) назначали винпоцетин (кавинтон) по 5 мг 3 раза в сутки в течение 1,5-2 мес., повторные курсы лечения проводили 2 раза в год. Антигипертензивные препараты назначались больным с АГ в соответствии с Национальными рекомендациями по диагностике и лечению артериальной гипертензии, 2001. Больным с нарушением липидного обмена проводилась гиполипидемическая терапия в течение всего времени наблюдения. Больные, включенные в ГС, получали по показаниям антигипертензивные и антиангинальные препараты, специальные лечебно-профилактические мероприятия им не проводились.

Об эффективности лечебных мероприятий судили по результатам клинического осмотра, также осуществляли балльную оценку выраженности субъективных симптомов: головной боли, головокружения, шума в голове, нарушения сна, утомляемости и степени снижения памяти. Степень выраженности жалоб определяли согласно Международной классификации функциональных нарушений (ВОЗ, 2001) по 5-балльной шкале со стандартизованными критериями оценки выраженности каждого субъективного симптома: 0 баллов – отсутствие жалобы, 1 – возникновение жалобы не чаще 2 раз в месяц, 2 – возникновение жалобы чаще 2 раз в месяц, 3 – жалоба беспокоит большую часть времени, 4 – жалоба присутствует постоянно.

Результаты лечения оценивали по степени регресса основных жалоб. Эффективность лечения у каждого больного оценивали по 4-х балльной шкале: без изменений – 0 баллов, незначительное улучшение – 1, умеренное улучшение – 2, выраженное улучшение – 3. Также определяли индекс клинической эффективности, характеризующий степень эффективности препарата в целом в группе. Индекс клинической эффективности определялся как средняя величина количества баллов в группе больных, получавших кавинтон, по формуле: $M = (\Sigma V)/N$, где M – индекс эффективности, V – количество баллов у одного больного, N – число больных, Σ – сумма баллов у всех больных.

Для углубленного анализа динамики основных церебральных симптомов на фоне проводимой терапии определяли индекс эффективности влияния препарата на тот или иной субъективный симптом. Степень изменения симптома у каждого больного оценивали по 4-балльной шкале: усиление – (-1) балл, без изменений – 0, уменьшение – 1, исчезновение – 2.

Больным проводилось экспериментально-психологическое исследование, включающее: показатели объема оперативной и кратковременной памяти по времени запоминания 10 слов (А.Р. Лурия), объема внимания по таблицам Шульте, продуктивности и точности внимания по корректурной пробе Бурдона с вычислением показателя внимания A в % по формуле $A = (V/M+1) \cdot 100\%$, где V – скорость просмотра, определяемая отношением количества просмотренных знаков ко времени выполнения задания (в секундах), M – количество ошибок.

Все выше перечисленные методы исследования выполнялись больным во время первичного и при повторном осмотрах.

Результаты и обсуждение

В группах наблюдения основным этиологическим фактором была АГ (43,7%) и ее сочетание с атеросклерозом церебральных сосудов (43,7%), а также церебральный атеросклероз (12,5%).

Основными жалобами больных были утомляемость, снижение памяти, головная боль, нарушение сна, го-

ности основных клинических симптомов к моменту окончания наблюдения. Так, головная боль уменьшилась в 37,5% случаев, головокружение — в 30,0%, перестали жаловаться на нарушение сна — 35,0%, на утомляемость — 52,5%. С уменьшением интенсивности симптомов коррелировала общая оценка клинической эффективности лечения. Больные оценили свое состояние как значительное улучшение в 32,5% случаев, как умеренное — в 50,0%, как незначительное — в 17,5%.

Таблица 1

Частота встречаемости (в %) основных жалоб у больных с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга в группах в начале и конце наблюдения

Симптом	Частота встречаемости симптомов в группах			
	Активной профилактики (n=40)		Сравнения (n=40)	
	Начало наблюдения	Конец	Начало	Конец
Головная боль	75,0 ± 6,8	37,5 ± 7,6***	77,5 ± 6,6	92,5 ± 4,2
Головокружение	47,5 ± 7,9	17,5 ± 6,0**	47,5 ± 7,9	75,0 ± 6,8**
Шум в голове	20,0 ± 6,3	10,0 ± 4,7	22,5 ± 6,6	35,0 ± 7,5
Снижение памяти	42,5 ± 7,8	25,0 ± 6,8	45,0 ± 7,8	62,5 ± 7,6
Нарушение сна	50,0 ± 7,9	15,0 ± 5,6***	47,5 ± 7,9	52,5 ± 7,9
Утомляемость	80,0 ± 6,3	27,5 ± 7,1***	75,0 ± 6,8	90,0 ± 4,7

Примечание: В таблицах 1, 2 и 4 звездочками обозначены статистически достоверные различия частоты основных жалоб в начале и конце наблюдения в одноименных группах: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$.

ловокружение, шум в голове. При этом в 32,5% случаев встречались все перечисленные симптомы, в 46,2% — 5 из 6 симптомов, в остальных наблюдениях имелись различные комбинации из 3–4 указанных. Частота основных жалоб в обеих группах в начале наблюдения не различалась ($p > 0,05$; табл. 1).

головная боль, утомляемость, снижение памяти. У больных ГАП на фоне проводимой терапии обнаружена положительная динамика в конце наблюдения в виде регресса выраженности субъективных симптомов. В ГАП регистрировалось статистически достоверное уменьшение

Таблица 2

Динамика среднего балла выраженности субъективных симптомов в группах в начале и в конце наблюдения

Симптом	Частота встречаемости симптома в группах			
	Активной профилактики (n=40)		Сравнения (n=40)	
	Начало наблюдения	Конец	Начало	Конец
Головная боль	2,1 ± 0,23	1,4 ± 0,2**	2,0 ± 0,2	2,2 ± 0,23
Головокружение	1,6 ± 0,18	0,9 ± 0,15**	1,5 ± 0,2	1,7 ± 0,2
Шум в голове	1,2 ± 0,13	0,9 ± 0,15	1,3 ± 0,14	1,3 ± 0,14
Утомляемость	2,3 ± 0,24	1,4 ± 0,2**	2,0 ± 0,2	2,2 ± 0,23
Снижение памяти	1,8 ± 0,2	1,2 ± 0,13	1,8 ± 0,2	1,9 ± 0,2
Нарушение сна	1,6 ± 0,18	0,9 ± 0,15	1,7 ± 0,2	1,6 ± 0,2

Клиническое наблюдение выявило улучшение состояния на фоне лечения у всех больных ГАП. Оно характеризовалось достоверным уменьшением выражен-

ность, головокружение, шум в голове был выше, чем ИЭВ на другие симптомы (табл. 3).

Таблица 3

Динамика изменения основных жалоб в конце наблюдения (в %) и индекса эффективности влияния препарата на них в группе активной профилактики (в баллах)

Симптомы	Исчезновение симптома	Значительное улучшение	Незначит. улучшение	Без изменений	Индекс эффективности влияния
Головная боль	43,3	30,0	26,6	-	2,18 ± 0,09
Головокружение	52,6	31,6	15,8	-	2,37 ± 0,15
Шум в голове	37,5	50,0	12,5	-	2,14 ± 0,24
Снижение памяти	23,5	35,3	29,4	11,7	1,8 ± 0,09
Утомляемость	21,8	50,0	18,7	6,2	1,9 ± 0,09
Нарушение сна	-	65,0	30,0	5,0	1,7 ± 0,17

Распространенность факторов риска в обеих группах в начале наблюдения не различалась ($p > 0,05$). Анализ динамики факторов риска за период наблюдения показал, что в ГАП достоверно снизилась распространенность гипокинезии и курения ($p < 0,05$), уменьшилась распространенность повышенной массы тела, злоупотребления алкоголем, остальные факторы встречались реже, чем в группе сравнения (табл.4).

Экспериментально-психологическое исследование позволило объективизировать имеющиеся когнитивные нарушения у больных в группах наблюдения. Ис-

намику, т.к. на 23,2% у больных в ГАП повысился показатель внимания. При отыскивании чисел по таблицам Шульте позитивные изменения были более выраженными, поскольку на 32,8% снизилось время выполнения пробы ($p < 0,001$). Анализ данных корректурной пробы в группе сравнения показал, что в конце наблюдения у больных показатель внимания снизился на 15,6% по сравнению с исходным значением. У больных группы сравнения на 13,8% удлинилось время отыскивания чисел по таблицам Шульте. В начале наблюд-

Таблица 4

Распространенность (в %) факторов риска у лиц разного пола с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга в группах в начале и в конце наблюдения

Факторы риска	Частота встречаемости факторов риска в группах			
	Активной профилактики (n=40)		Сравнения (n=40)	
	Начало наблюдения	Конец	Начало	Конец
Психоэмоциональное напряжение	60,0 ± 7,7	52,5 ± 7,8	52,5 ± 7,8	57,5 ± 7,8
Гипокинезия	55,0 ± 7,5	35,0 ± 7,5*	47,5 ± 7,2	52,5 ± 7,8
Избыточная масса тела	30,0 ± 7,2	20,0 ± 6,0	27,5 ± 7,0	35,0 ± 7,5
Курение	45,0 ± 7,8	25,0 ± 6,8*	42,5 ± 7,8	37,5 ± 7,6
Злоупотребление алкоголем	20,0 ± 6,0	12,5 ± 5,2	22,5 ± 5,2	20,0 ± 6,0
ИБС	10,0 ± 4,7	12,5 ± 5,2	12,5 ± 5,2	17,5 ± 6,0
Артериальная гипертензия	60,0 ± 6,3	57,5 ± 7,8	65,0 ± 6,8	72,5 ± 7,06
Гиперхолестеринемия	15,0 ± 5,3	12,5 ± 5,2	17,5 ± 6,1	22,5 ± 5,2

ходные показатели отражали снижение памяти, внимания, умственной работоспособности у больных обеих групп и статистически не различались ($p > 0,05$). Сопоставление результатов исходного исследования с данными, полученными в конце наблюдения, выявило повышение точности внимания, объема оперативной памяти, уменьшение времени запоминания у больных

при исследовании функции памяти больные этой группы могли воспроизвести после прочтения в среднем 7,9 слов из 10, то в конце наблюдения в среднем 7,1 слово, т.е. на 10,1% меньше (табл.5). Полученные изменения свидетельствовали об улучшении мнестико-интеллектуальной функции, повышении работоспособности, снижении утомляемости на фоне лечебно-профилактических мероприятий в группе активной профилактики.

В начале наблюдения показатели липидного обмена в группах практически не различались ($p > 0,05$). В конце наблюдения определялись изменения показателей липидного обмена у больных обеих групп. Так, у больных в ГАП наблюдалось умеренное снижение всех показателей липидного обмена, исключением явилось повышение ХЛПВП на 14,3%. В группе сравнения в конце наблюдения был отмечен рост уровня показателей липидного обмена,

Таблица 5

Динамика показателей экспериментально-психологического исследования у лиц с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга в группах в начале и в конце наблюдения

Тесты	Средние величины показателей в группах (M±m)					
	Активной профилактики (n =40)			Сравнения (n =40)		
	начало обследования	конец	изм-е (в %)	начало	конец	изм-е (в %)
Корректурная проба Бурдона, показатель внимания А (%)	40,6 ± 4,5	50,0 ± 4,7	+23,2	39,8 ± 4,2	33,6 ± 4,8	-15,6
Таблицы Шульте, время выполнения, сек.	45,4 ± 2,8	30,5 ± 2,5***	-32,8	42,5 ± 5,0	48,4 ± 4,3	+13,8
Исследование памяти, количество слов	7,5 ± 0,5	9,3 ± 0,2**	+24,0	7,9 ± 1,3	7,1 ± 0,6	-10,1

в ГАП. Если в начале наблюдения при исследовании функции памяти больные этой группы могли воспроизвести после прочтения в среднем 7,5 слов из 10, то в конце наблюдения — в среднем 9,3 слова, т.е. на 24,0% больше ($p < 0,05$). Исследование функции внимания (тест Бурдона) продемонстрировало аналогичную ди-

значительно возросли показатели ТГ — на 11,7% и ХЛПОНП — 14,3% (табл.6).

В начале наблюдения число больных без нарушения липидного обмена в группах было практически одинаковым — 25,0% в ГАП и 22,5% — в группе сравнения. За период наблюдения в ГАП количество больных без на-

Таблица 6

Динамика показателей липидного обмена у лиц с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга в группах в начале и в конце наблюдения

Показатели	Средние величины показателей в группах					
	Активной профилактики (n=40)			Сравнения (n=40)		
	начало обследо- вания	конец	изменение показателя (в%)	начало	конец	изменение показателя (в%)
Общий холестерин (ОХ), ммоль/л	5,8±0,16	5,0±0,15	-13,8	5,9±0,13	6,2±0,12	+5,1
Холестерин липопротеидов высокой плотности (ХЛПВП), ммоль/л	1,4±0,05	1,6±0,05	+14,3	1,3±0,06	1,2±0,05	-7,7
Холестерин липопротеидов низкой плотности (ХЛПНП), ммоль/л	3,7 ± 1,8	3,2±0,18	-13,5	3,8±0,18	4,2±0,16	+10,5
Холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ХЛПОНП), ммоль/л	0,8±0,08	0,7 ± 0,1	-12,5	0,7 ± 0,1	0,8±0,08	+14,3
Коэффициент атерогенности (КА)	3,6 ± 0,2	3,1 ± 0,1	-13,8	3,8±0,18	4,0±0,15	+5,3
Триглицериды (ТГ), ммоль/л	1,8 ± 0,2	1,5±0,05	-16,6	1,7 ± 0,2	1,9 ± 0,2	+11,7

рушения липидного обмена возросло на 20,0%, по сравнению с исходными значениями, в группе сравнения, напротив, количество таковых уменьшилось на 33,3%. В начале наблюдения IIa тип дислипидемии (ДЛП) наблюдался у трети больных в обеих группах. В конце наблюдения в ГАП количества больных с этим типом ДЛП уменьшилось на 15,4%, в группе сравнения – возросло на 13,8%. В последней группе также отмечено увеличение количества больных с IIb типом ДЛП, а количество больных с IV типом осталось неизменным за период наблюдения. В группе сравнения отмечен рост числа больных с гиперхолестеринемией (ГХ) в конце наблюдения на 28,6%, по сравнению с исходными данными, тогда как в ГАП количество их с ГХ снизи-

уменьшение количества больных без нарушений кровотока в обеих группах – на 6,25% в ГАП и на 26,3% – в группе сравнения. В обеих группах за время наблюдения не отмечено ни одного случая сочетанного и критического стенозов артерий. Однако в группе сравнения был установлен рост числа больных с начальными стенотическими изменениями к концу наблюдения на 37,5%, в ГАП – количество таковых со стенозом артерий до 40% не изменилось. Также в группе сравнения в конце наблюдения на 15,8% возросло количество больных с экстравазальной компрессией позвоночных артерий. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют об увеличении частоты начальных стенотических изменений и случаев экстравазальной компрес-

Таблица 7

Частота (в %) случаев дислипидемии у лиц с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга в группах в начале и в конце наблюдения

Типы липидемий	Средние величины показателей в группах					
	Активной профилактики (n=40)			Сравнения (n=40)		
	начало обслед-я	конец	изм-е (в%)	начало	конец	изм-е (в%)
IIa тип	32,5 ± 7,4	27,5±7,06	-16,6	37,5 ± 7,6	42,7±7,8	+13,8
IIb тип	-	-	-	7,5 ± 4,2	10,0 ± 4,7	+33,3
IV тип	7,5 ± 4,2	7,5 ± 4,2	-	10,0 ± 4,7	10,0 ± 4,7	-
Гиперхолестеринемия	15,0 ± 5,3	12,5 ± 5,2	+20,0	17,5 ± 6,1	22,5 ± 6,6	+28,6
Нормальные значения	25,0 ± 6,8	30,0 ± 7,2	+20,0	22,5 ± 6,6	15,0 ± 5,3	-33,3

лось на 16,6% (табл.7).

УЗДГ экстракраниальных артерий была проведена всем больным в группах в начале и в конце наблюдения. В начале наблюдения количество больных в группах без нарушений кровотока по МАГ было примерно одинаковым ($p > 0,05$). В конце наблюдения отмечено

сией позвоночных артерий у больных при «естественном течении» НПНКМ (группа сравнения).

Анализ данных, полученных при ТКД в начале наблюдения, выявил у больных в обеих группах снижение всех параметров линейной скорости кровотока (ЛСК) (S,D,M), относящихся как к вертебро-базиляр-

ному (ВББ), так и к каротидному бассейну. Статистически достоверной разницы показателей между группами в начале наблюдения не было. При анализе данных ТКД, полученных в конце наблюдения, у больных в группе сравнения обнаружено дальнейшее снижение показателей ЛСК, больше выраженное в ВББ. Так, у них регистрировалось двустороннее снижение средней скорости кровотока (М лск) по позвоночным артериям (ПА) (на 24,7% по правой и на 22,2% — по левой) по сравнению с показателями в начале наблюдения. Снижение М лск отмечалось и по задним мозговым артериям (ЗМА), но выражено было в меньшей степени (12,0%). Дальнейшее снижение М лск было отмечено по основной артерии (ОА) — на 22,1% по сравнению с показателями в начале наблюдения. Снижение ЛСК также отмечалось в сосудах каротидного бассейна, но изменения были менее выраженными. Были отмечены изменения таких параметров кровотока, как индекс периферического сопротивления (RI) и пульсационный индекс (PI); они заключались в повышении этих показателей и в большей степени были выражены в каротидном бассейне. Выявлено повышение RI на 25,0% по левой передней мозговой артерии (ПМА) и внутренней сонной артерии (ВСА), повышение PI на 20,0% по правой ПМА и левой ВСА. По средней мозговой артерии (СМА) изменений этих показателей не было установ-

вышение М лск по ПМА и ВС артериям выражено было в меньшей степени. Повышение М лск наблюдалось и в сосудах ВББ, в большей степени по правой ПА и ОА — на 24,4% и 21,8% соответственно. Изменения скоростных параметров кровотока по ЗМА были менее выражены. Изменения RI и PI проявлялись в их снижении и были более выражены в каротидном бассейне. Так, отмечалось снижение RI на 25% по левой СМА и на 20% — по ПМА, по ПМА также обнаружено снижение PI — на 25% по левой и на 12,5% — по правой. Изменений этих параметров по ВСА обнаружено не было. Сравнительный анализ данных, полученных при ТКД в начале и в конце наблюдения, выявил дальнейшее снижение скоростных показателей кровотока при «естественном течении» НПНКМ, больше выраженное в ВББ, а также повышение индексов кинематики кровотока.

За период наблюдения обнаружено, что у больных группы сравнения, по сравнению с ГАП, в 2 раза чаще развивалась дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ I), в 3 раза — преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК). Так, в ГАП у 3 (7,5%) больных за период наблюдения развилась ДЭ I, тогда как в группе сравнения в 2 раза чаще — у 6 (15,0%). За время наблюдения в ГАП ПНМК возникли у 4 (10,0%) больных, их них транзиторная ишемическая атака (ТИА) — у одно-

го, а гипертонический церебральный криз (ГЦК) — у 3, в группе же сравнения гораздо чаще — у 12 (30,0%), ТИА — у 3, ГЦК — у 9. К концу наблюдения в 55,0% случаев в группе сравнения имелись НПНКМ (табл.8). Проведенное наблюдение позволило установить, что у лиц с НПНКМ при «естественном течении» достоверно чаще развивались ПНМК ($p < 0,05$).

Таким образом, полученные результаты исследования свиде-

Таблица 8

Динамика клинического течения начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга в группах по данным трехлетнего наблюдения (количество случаев)

Форма ЦВЗ	Группа активной профилактики			Сравнения		
	начало наблюдения	конец	изменение показателя (в%)	начало	конец	изменение показателя (в%)
НПНКМ	40	34	-	40	22	-
ДЭ I ст.	-	3	$7,5 \pm 4,16$	-	6	$15,0 \pm 5,6$
ПНМК	-	4	$10,0 \pm 4,7$	-	12	$30,0 \pm 7,2^*$

Примечание: Звездочкой обозначено статистически достоверное различие между частотой случаев прогрессирования НПНКМ в ГАП и группе сравнения: * — $p < 0,05$.

лено. Изменения RI и PI в ВББ были менее выражены и заключались в повышении PI на 20,0% по ЗМА и ОА, повышение RI на 33,0% по левой ПА.

У больных в ГАП в конце наблюдения отмечен рост параметров ЛСК (S,D,M), в большей степени выраженный в каротидном бассейне. При анализе данных в большей степени повышение М лск обнаружено по СМА — на 22,5% по левой и на 23,3% — по правой. По-

тествуют об эффективности лечебно-профилактических мероприятий у больных с ранними формами ЦВЗ. Проведение регулярных курсов вазоактивной терапии лицам с НПНКМ, а также коррекция у них прогностически значимых «управляемых» факторов риска препятствуют прогредиентности течения хронической церебральной ишемии и развитию преходящих нарушений мозгового кровообращения.

THE TREATMENT AND FEATURES OF CLINICAL COURSE OF PRIMARY MANIFESTATIONS OF BRAIN CIRCULATION INSUFFICIENCY ON THE RESULT OF 3 YEARS INVESTIGATION

V.V. Shprakh, I.A. Suvorova
(Irkutsk State Postgraduate Medical Training Institute)

Prospective investigation was carried out in order to study the features of clinical primary manifestations of brain circulation insufficiency for the 3 years observation and treatment and efficiency of some medical-preventive measures, that prevented the progression of disease.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кистенев Б.А., Мота Л.А., Храпова Е.В. и др. Клиническое течение начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга при артериальной гипертензии // Журн. неврологии и психиатрии. — 1990. — № 1. — С. 17-19.
2. Канарейкин К.Ф., Смирнов В.Е., Манвелов Л.С. Прогноз

- при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения мозга // Клиническая медицина. — 1996. — № 3. — С. 27-29.
3. Манвелов Л.С. Значение начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга при артериальной гипертензии в системе профилактики инсульта: Дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1988. — 196 с.