

Вахнина Н.В., Милованова О.В.

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия  
119021, Москва, ул. Россолимо, 11

## Неврологические расстройства у пациентов с артериальной гипертензией и их коррекция

*Неврологические расстройства у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) могут быть вызваны как поражением головного мозга, так и сочетанными заболеваниями. Выяснение причин неврологических расстройств и их эффективное лечение способствуют повышению приверженности пациентов с АГ длительной антигипертензивной терапии, что приводит к нормализации артериального давления (АД) и снижению риска церебральных осложнений.*

*Цель исследования* – изучение причин неврологических расстройств у пациентов с АГ и эффективности их коррекции с использованием в комбинированной терапии новой диспергируемой формы винпоцетина (Кавинтон® Комфорте).

*Пациенты и методы.* Обследовано 80 пациентов (20% мужчин и 80% женщин, средний возраст –  $63 \pm 12,3$  года) с неврологическими жалобами на фоне АГ. Всем пациентам был установлен диагноз «дисциркуляторная энцефалопатия» или «хроническая ишемия головного мозга» на основании наличия у них сосудистых когнитивных нарушений. При обследовании пациентов выяснено, что неврологические жалобы были обусловлены преимущественно сочетанными заболеваниями: мигрень (12% случаев), головная боль напряжения (66%), сочетание хронической головной боли напряжения и мигрени (4%).

*Результаты и обсуждение.* Эффективное лечение сопутствующих заболеваний в сочетании с антигипертензивной терапией способствовало нормализации АД и регрессу жалоб. Наиболее выраженный эффект отмечен у 40 пациентов, у которых в комплексной терапии использован Кавинтон® Комфорте по 10 мг 3 раза в сутки.

*Заключение.* Под влиянием терапии наблюдалось уменьшение выраженности как симптомов цереброваскулярного заболевания (сосудистые когнитивные расстройства), так и коморбидных неврологических нарушений (головная боль, головокружение и др.).

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия; дисциркуляторная энцефалопатия; винпоцетин.

**Контакты:** Наталья Васильевна Вахнина; [nvakhnina71@mail.ru](mailto:nvakhnina71@mail.ru)

**Для ссылки:** Вахнина НВ, Милованова ОВ. Неврологические расстройства у пациентов с артериальной гипертензией и их коррекция. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016;8(4):32–37.

### *Neurological disorders in patients with hypertension and their correction*

*Vakhnina N.V., Milovanova O.V.*

*Department of Nervous System Diseases and Neurosurgery, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia  
11, Rossolimo St., Moscow 119021*

*Neurological disorders in hypertensive patients can be caused by both brain injury and concomitant diseases. The elucidation of the causes of neurological disorders and their effective treatment contribute to hypertensive patients' better adherence to long-term antihypertensive therapy, which normalizes blood pressure (BP) and reduces the risk of cerebral complications*

*Objective:* to study of the causes of neurological disorders in hypertensive patients and the efficiency of their correction using a new dispersible vinpocetine formulation (Cavinton® Comforte) in combined therapy.

*Patients and methods.* A total of 80 patients (men (20%) and women (80%); mean age  $63 \pm 12.3$  years) with neurological complaints in the presence of hypertension were examined. All the patients were diagnosed with dyscirculatory encephalopathy or chronic brain ischemia, whether they had vascular cognitive impairment. The examination of patients revealed that the neurological complaints were mainly due to concomitant diseases, such as migraine (12%), tension-type headache (66%), and the latter concurrent with migraine (4%).

*Results and discussion.* The effective treatment of concomitant diseases in combination with antihypertensive therapy contributed to normalization of BP and regression of complaints. The most pronounced effect was noted in 40 patients whose combination therapy included Vinpocetine (Cavinton® Comforte) 10 mg thrice daily.

*Conclusion.* The therapy resulted in the less severity of both the symptoms of cerebrovascular disease (vascular cognitive impairment) and comorbid neurological disorders (headache, dizziness, etc.).

**Keywords:** hypertension; dyscirculatory encephalopathy; vinpocetine.

**Contact:** Natalia Vasilyevna Vakhnina; [nvakhnina71@mail.ru](mailto:nvakhnina71@mail.ru)

**For reference:** Vakhnina NV, Milovanova OV. Neurological disorders in patients with hypertension and their correction. Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. 2016;8(4):32–37.

**DOI:** <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2016-4-32-37>

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из самых распространенных заболеваний у лиц старшего возраста. Только в России ей страдает более 42 млн человек, или 40,8% населения [1]. Повышение артериального давления (АД) негативно сказывается на состоянии многих органов и систем. Головной мозг — один из основных органов-мишеней АГ. В основе патогенеза церебральных осложнений АГ лежат изменения структуры сосудов головного мозга в виде гипертрофии и ремоделирования сосудистой стенки, что способствует развитию атеросклероза и липогиалиноза [2]. Длительно сохраняющаяся АГ приводит к морфологическим изменениям церебральных сосудов, что предрасполагает к развитию как острых (ишемический, геморрагический инсульт), так и хронических нарушений мозгового кровообращения [3–17].

Церебральные расстройства у больных АГ весьма разнообразны и включают в себя двигательные, когнитивные, эмоциональные и психосенсорные нарушения, которые могут приводить к социально-бытовой дезадаптации. Неврологические расстройства у пациентов с АГ могут быть вызваны поражением головного мозга, а также сочетанными заболеваниями. Снижение когнитивных функций на фоне АГ наиболее часто связано с поражением головного мозга вследствие церебральной микроангиопатии или присоединяющегося дегенеративного заболевания (болезнь Альцгеймера), которые во многих случаях сочетаются.

Лечение неврологических расстройств у пациентов с АГ направлено прежде всего на коррекцию базисного сосудистого заболевания. Используются как медикаментозные, так и немедикаментозные методы. Рекомендуются отказ от курения, злоупотребления алкоголем, увеличение двигательной активности, рациональное питание. Первостепенное значение имеет адекватная антигипертензивная терапия препаратами из групп ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, сартанов, блокаторов кальциевых каналов, тиазидных диуретиков, бета-адреноблокаторов.

Лечение когнитивных нарушений у пациентов с АГ остается дискуссионным на стадии умеренных расстройств. Неврологи стран Западной Европы и США ведущее значение придают лекарственной и нелекарственной коррекции факторов риска и нормализации АД. В нашей стране широко используются различные вазоактивные и метаболические средства. Среди них особого внимания заслуживает винпоцетин.

Эффективность винпоцетина была неоднократно подтверждена в широкомасштабных исследованиях. По результатам программы «КАЛИПСО» терапия винпоцетином (Кавинтон) способствует уменьшению выраженности таких неврологических симптомов, как головная боль, головокружение, шум в ушах у пациентов с АГ, а также достоверно улучшает настроение и память. У пациентов после перенесенного ишемического инсульта в программе «СОКОЛ» использование кавинтона по сравнению с группой контроля в большей степени способствовало регрессу речевых, двигательных и мнестических расстройств. В скрининг-программе «ГЛОБУС» продемонстрировано значительное уменьшение жалоб на системное и несистемное головокружение, шум в ушах, головную боль при монотерапии Кавинтоном [18–20].

**Цель** исследования — изучение причин неврологических расстройств у пациентов с АГ и эффективности их коррекции при использовании в комбинированной тера-

пии новой диспергируемой формы винпоцетина (Кавинтон® Комфорте).

**Пациенты и методы.** В исследовании принимали участие пациенты с АГ и неврологическими расстройствами с ранее установленным диагнозом «дисциркуляторная энцефалопатия» или «хроническая ишемия головного мозга». **Критериями включения** были возраст от 45 до 80 лет, наличие диагноза хронической сосудистой мозговой недостаточности (дисциркуляторная энцефалопатия, хроническая ишемия мозга, гипертоническая энцефалопатия или иная синонимичная диагностическая формулировка), наличие изменений в неврологическом статусе на фоне АГ.

**Критерии исключения:** перенесенный инсульт в течение 1 года до включения в исследование, тяжелые формы ишемической болезни сердца (ИБС), а также терапия другими вазотропными и нейрометаболическими препаратами на протяжении последнего месяца.

В ходе исследования собирали подробный анамнез заболевания, жизни, проводили неврологический и невроортопедический осмотр (объем движений, суставная дисфункция, мышечный тонус, наличие миофасциального синдрома), нейровестибулярное обследование. Использовали инструментальные методы исследования: суточное мониторирование АД, дуплексное сканирование магистральных артерий головы на шее. Эмоциональное состояние оценивали с помощью шкал и тестов (шкала депрессии Бека, госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии, шкала тревоги Спилбергера–Ханина, шкала степени апатии, астении). Для определения когнитивного статуса применяли следующие тесты: краткую шкалу оценки психического статуса, батарею лобной дисфункции, тест «12 слов», тест литеральных и категориальных ассоциаций, тест зрительной памяти Бентона, сокращенный бостонский тест называния, тест Струпа, тест ориентации линий, монреальскую когнитивную шкалу (MoCA-тест), тест последовательного соединения цифр и букв (ТМТ, части А и В), тест рисования часов. Выраженность головокружения оценивали с помощью специализированных шкал. Степень социальной дезадаптации при боли определяли с помощью шкалы Освестри, нарушения сна — по шкале А.М. Вейна.

Все пациенты, участвовавшие в исследовании, подписывали информированное согласие.

Пациенты были разделены на две группы. Основную группу составили 40 (50%) пациентов, которым назначали терапию базисного сосудистого заболевания (антигипертензивные, антитромбоцитарные и/или гиполипидемические препараты) и кавинтон комфорте в дозе 10 мг 3 раза в день в течение 3 мес. Группа сравнения состояла также из 40 (50%) пациентов, которые получали только лечение базисного сосудистого заболевания. Также у всех пациентов проводили терапию коморбидных расстройств согласно общепринятым медицинским стандартам. При наличии эмоциональных нарушений использовали антидепрессанты и анксиолитики. Приступы мигрени купировали препаратами ацетилсалициловой кислоты, нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) или триптанами, в качестве профилактики частых приступов мигрени использовали бета-блокаторы, трициклические антидепрессанты, при головной боли напряжения (ГБН) — НПВП, миорелаксанты. У пациентов с лекарственно индуцированной (абузусной) головной болью проводили детоксикационную терапию, а также терапию антидепрессантами. При наличии доброкачественного пароксизмально-

го позиционного головокружения (ДППГ) выполняли позиционный маневр, назначали препараты бетагистина; при болезни Меньера – диуретики и препараты бетагистина. Всем пациентам с системным головокружением была рекомендована вестибулярная гимнастика. Нарушение сна корректировали соблюдением гигиены сна, курсом антидепрессантов с седативным эффектом, при острых нарушениях сна рекомендовали прием Z-гипнотиков. Для уменьшения интенсивности болевого синдрома в шейном отделе позвоночника применяли НПВП, миорелаксанты, лечебную гимнастику.

Повторное обследование проводили через 3 мес. В течение этого времени пациенты вели дневник головной боли и головокружения (при их наличии), в котором отмечали частоту, характер и интенсивность данных симптомов. В динамике оценивали выраженность субъективных неврологических симптомов и объективных показателей когнитивных функций и эмоционального состояния.

Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью программы SPSS Statistics 22.

**Результаты и обсуждение.** Исходно статистически значимых различий между пациентами основной группы и группы сравнения не отмечено. Средний возраст пациентов составил  $63 \pm 12,3$  года. Мужчин было 20% ( $n=16$ ), женщин – 80% ( $n=64$ ). У 31% пациентов имелась избыточная масса тела. Соматическая отягощенность, помимо АГ, отмечалась в 28% случаев. Сопутствующие заболевания были представлены сахарным диабетом, аутоиммунным тиреоидитом, хронической венозной недостаточностью, ИБС, фибрилляцией предсердий, подагрой.

Длительность АГ достигала в среднем  $14,0 \pm 6,8$  года. У 56% больных ( $n=45$ ) АГ была 3-й степени тяжести, сопровождалась кризовыми состояниями, у 44% ( $n=35$ ) пациентов соответственно – 1-й и 2-й степени и носила безкризовый характер. У 12 (15%) пациентов имелось в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения давностью более 1 мес. 21 (26%) пациент получал антигипертензивную терапию нерегулярно.

По результатам суточного мониторинга АД целевых показателей АД достигли лишь 51% пациентов ( $n=41$ ), в остальных случаях требовалась коррекция антигипертензивной терапии.

У подавляющего большинства пациентов (98,7%) жалобы носили астенический характер: повышенная утомляемость, снижение толерантности к физическому и умственному труду, повышенная тревожность, неустойчивость настроения, слезливость, а также рассеянность и изменение аппетита. По шкале астении средний бал составил  $62 \pm 8,3$ , что превышает верхнюю границу нормы в 2 раза.

Тревожность и снижение настроения отмечались у 80% пациентов. Ухудшение памяти, концентрации внимания присутствовало у 64% пациентов. При исследовании когнитивных функций в 71 (89%) случаев выявлены легкие или умеренные когнитивные нарушения, у 9 (11%) пациентов они достигали выраженности деменции.

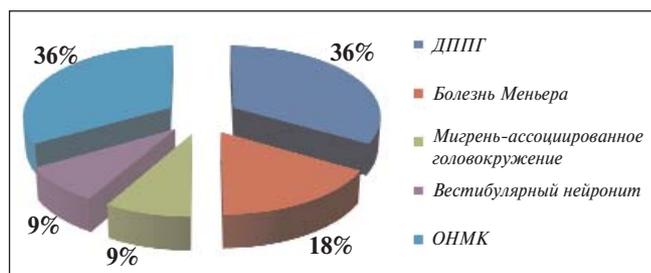


Рис. 1. Причины головокружения системного характера

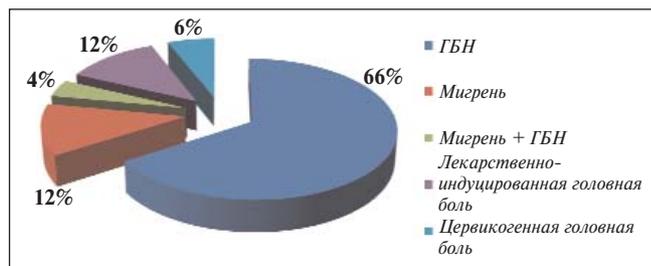


Рис. 2. Причины головной боли

Нарушения сна зафиксированы у 55% больных; в их структуре преобладали пресомнические расстройства.

Жалобы на головокружение встречались в 70% случаев. При этом у 11 (14%) пациентов было системное головокружение (рис. 1), в остальных случаях (86%) – несистемное.

Жалобы на головную боль предъявляли 62,5% пациентов. Однако клинический анализ свидетельствовал о том, что головная боль не была связана с АГ или каким-либо органическим неврологическим заболеванием. Тщательный сбор анамнеза позволил в 66% случаев диагностировать головную боль напряжения, в 12% – мигрень и в 4% – сочетание хронической головной боли напряжения и мигрени. У 10% обследованных имелся абוזный компонент головной боли. Цервикогенная головная боли наблюдалась у 6% пациентов (рис. 2).

Боль в шейном отделе позвоночника беспокоила 46% пациентов. Причиной боли служил повышенный тонус мышц шеи и верхнего плечевого пояса, в нескольких случаях также отмечался миофасциальный болевой синдром.

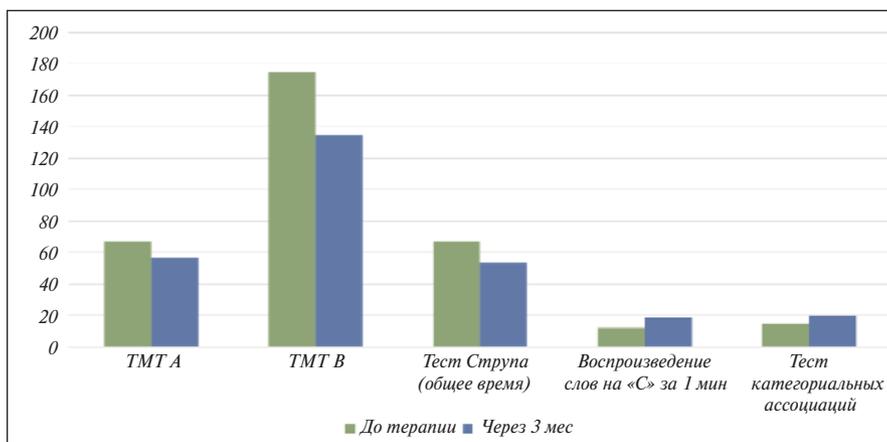


Рис. 3. Динамика когнитивных нарушений у пациентов основной группы;  $p < 0,05$

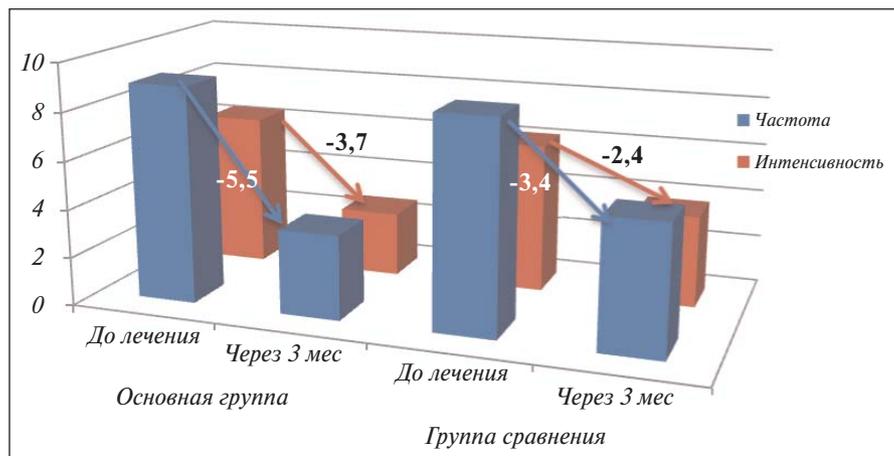


Рис. 4. Динамика жалоб на головную боль в основной группе и группе сравнения;  $p < 0,05$

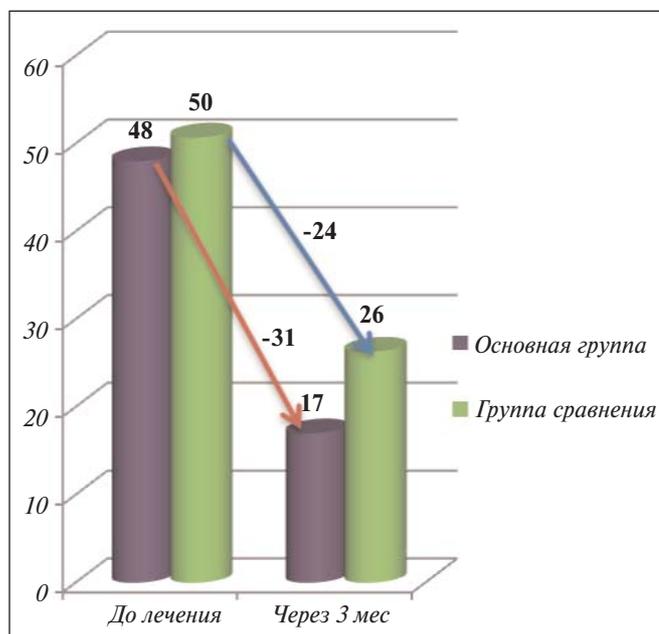


Рис. 5. Динамика головокружения по шкале головокружения (DHI-5);  $p < 0,05$

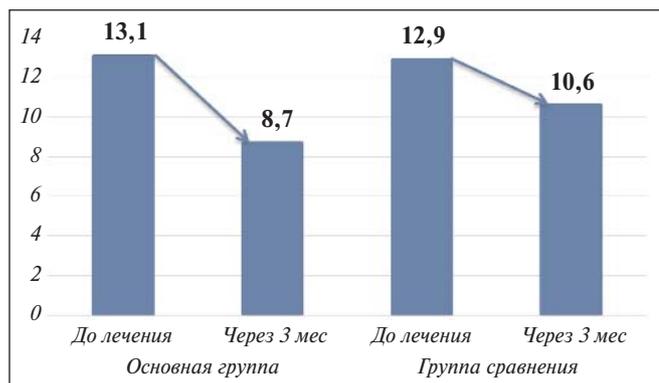


Рис. 6. Динамика эмоциональных расстройств (по самоопроснику Бека) у пациентов основной группы и группы сравнения;  $p < 0,05$

Следует еще раз подчеркнуть, что такие неврологические нарушения, как головная боль, вестибулярное головокружение, тревожные расстройства, не были связаны с основным заболеванием, а представляли собой коморбидную патологию. В то же время в повседневной практике роль сосудистого поражения головного мозга нередко переоценивается и почти все неврологические расстройства у пациентов с АГ автоматически рассматриваются как проявления «дисциркуляторной энцефалопатии». Между тем понимание природы имеющейся симптоматики имеет принципиальное значение для выбора терапевтической тактики.

Лечение винпоцетином (Кавинтон® Комфорте) привело к статистически значимому ( $p < 0,05$ ) уменьшению выраженности неврологических расстройств связанных как с хроническим сосудистым заболеванием головного мозга, так и с коморбидной неврологической патологией. У всех больных на фоне приема препарата 30 мг/сут отмечено статистически достоверное улучшение когнитивных функций (рис. 3). Так, по данным краткой шкалы оценки когнитивного статуса, батареи лобной дисфункции, а также МоСА-теста, зафиксировано достоверное улучшение когнитивных функций. Улучшилась память: объем воспроизведения 12 слов и зрительной информации в тесте Бентона увеличились не менее чем на 7% по сравнению с исходными показателями. По результатам тестов на лобную дисфункцию (тесты Струпа, связи букв и цифр) отмечено достоверное увеличение темпа познавательной деятельности. Статистически значимую положительную динамику претерпела также номинативная функция речи – число правильно названных предметов в бостонском тесте приблизилось к 100% (98,5%).

Помимо регресса сосудистых когнитивных расстройств, терапия винпоцетином (Кавинтон® Комфорте) способствовала также урежению приступов цефалгии и снижению их интенсивности по визуальной аналоговой шкале боли (рис. 4). Пациенты отметили также повышение устойчивости при ходьбе и уменьшение частоты приступов системного головокружения (рис. 5).

Наблюдалась нормализация эмоционального состояния, о чем свидетельствовало улучшение по всем используемым в работе формализованным шкалам, в том числе по шкалам апатии и астении (рис. 6, 7).

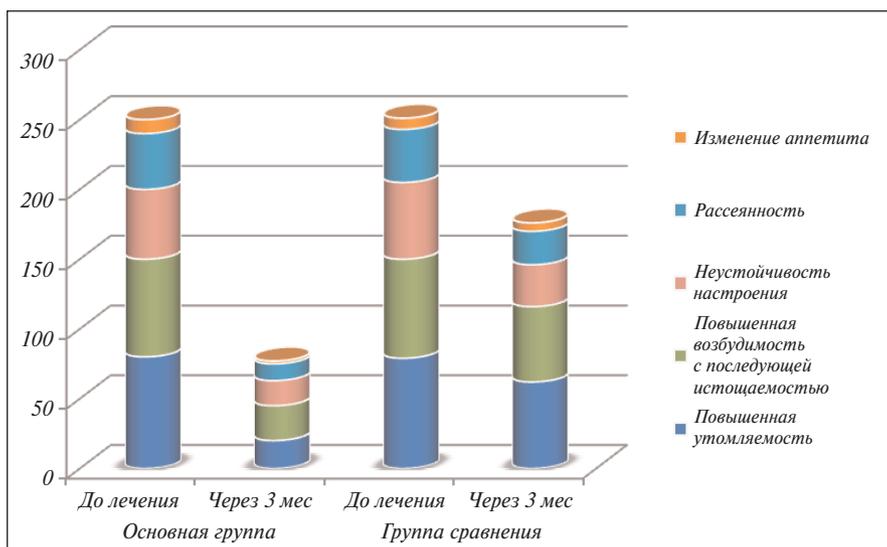
Наши данные о терапевтической эффективности винпоцетина при сосудистых заболеваниях головного мозга согласуются с результатами других авторов [18–20]. В настоящей работе была показана терапевтическая эффективность кавинтона комфорте как в отношении сосудистых когнитивных нарушений, так и коморбидной неврологической патологии (головная боль, головокружение и др.) у пациентов с АГ. Эффективность терапии при коморбидных состояниях, вероятно, связана с улучшением под влиянием препарата эмоционального состояния больных. Как известно, хроническая недостаточность мозгового кровообращения нередко осложняется эмоциональными расстройствами

(так называемая сосудистая депрессия, эмоциональная лабильность), в основе которых лежит дисфункция передних отделов головного мозга. Вазотропный и нейрометаболический эффект винпоцетина (кавинтон комфорте) может способствовать уменьшению выраженности лобной дисфункции, регрессу сосудистых эмоциональных нарушений и опосредовано уменьшению выраженности субъективных неврологических расстройств. Определенное значение может иметь также снижение нейрональной возбудимости на фоне использования препарата и его благоприятное воздействие на венозный компонент церебральной перфузии.

Сами пациенты оценили эффективность лечения кавинтоном по шкале субъективной оценки терапии как хорошее в 48,9% случаев, очень хорошее в 45,3%, удовлетворительное в 5,1% и плохое в 7,0%.

За время терапии нежелательные явления зарегистрированы у 3 (7,5%) пациентов. Это — тошнота, ощущение дискомфорта в животе, парестезии в стопах, в начале терапии усиление интенсивности головной боли. Данные побочные эффекты относились к легким и потребовали отмены препарата лишь в 1 случае.

**Заключение.** Результаты исследования показывают, что основные неврологические расстройства, наблюдавшиеся у пациентов с АГ, — сосудистые когнитивные нарушения.



**Рис. 7.** Динамика астенических расстройств у пациентов основной группы и группы сравнения;  $p < 0,05$

В значительном проценте случаев они сопровождались вестибуло-атактическими нарушениями, головной болью и эмоциональными расстройствами, прежде всего в виде астении. Терапия препаратом Кавинтон® Комфорте привела к значительному улучшению состояния пациентов — отмечалось уменьшение выраженности симптоматики как основного цереброваскулярного заболевания, так и коморбидных состояний. Препарат безопасен в использовании, что многократно подтверждено в многоцентровых исследованиях, и рекомендуется к применению у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией на фоне АГ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Филиппов ЕВ, Якушин СС. Распространенность артериальной гипертензии и особенности ведения больных с артериальной гипертензией и различным риском сердечно-сосудистых осложнений (по данным исследования Меридиан-РО). Медицинский совет. 2013;(9):65-9. [Filippov EV, Yakushin SS. The prevalence of arterial hypertension and features of patients with arterial hypertension and different risk of cardiovascular complications (according to a study by Meridian-RO). *Meditsinskii sovet*. 2013;(9):65-9. (In Russ.)].
2. Морозова ТЕ, Рыкова СМ. Сердечно-сосудистые заболевания и когнитивные нарушения. *Consilium medicum*. 2010;12(9):85-9. [Morozova TE, Rykova SM. Cardiovascular disease and cognitive impairment. *Consilium medicum*. 2010;12(9):85-9. (In Russ.)].
3. Стуров НВ, Манякин ИС, Басова ЕА. Сосудистая энцефалопатия при артериальной гипертензии как сочетание когнитивных нарушений и органического поражения головного мозга. Трудный пациент. 2011;9(1):26-9. [Sturov NV, Manyakin IS, Basova EA. Vascular encephalopathy at arterial hypertension as a combination of cognitive impairment and organic brain damage. *Trudnyi patient*. 2011;9(1):26-9. (In Russ.)].
4. Дамулин ИВ, Парфенов ВА, Скоромец АА, Яхно НН. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге. В кн.: Яхно НН, Штульман ДР, редакторы. Болезни нервной системы. Руководство для врачей. Москва; 2003. 275 с. [Damulin IV, Parfenov VA, Skoromets AA, Yakhno NN. Circulatory disorders in the brain and spinal cord. In: Yakhno NN, Shtul'man DR, editors. *Bolezni nervnoi sistemy. Rukovodstvo dlya vrachei* [Diseases of the nervous system. A guide for physicians]. Moscow; 2003. 275 p.]
5. World Health Organization. International statistical classification of disease and relation health problems. 10<sup>th</sup> ed. Geneva: Switz: World Health Organization; 1992.
6. Bowler JV, Hachinski V. The concept of vascular cognitive impairment. In: Erkinjuntti T, Gauthier S, editors. *Vascular cognitive impairment*. Martin Dunitz; 2002. P. 9–26.
7. Парфенов ВА. Дифференциальный диагноз и лечение дисциркуляторной энцефалопатии. *Consilium Medicum*. 2013;(9):28-32. [Parfenov VA. Differential diagnosis and treatment of dyscirculatory encephalopathy. *Consilium Medicum*. 2013;(9):28-32. (In Russ.)].
8. Захаров ВВ. Клиника, диагностика и лечение дисциркуляторной энцефалопатии. *Русский медицинский журнал*. 2009;(2):140-5. [Zakharov VV. The clinic, diagnosis and treatment of dyscirculatory encephalopathy. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2009;(2):140-5. (In Russ.)].
9. Захаров ВВ, Вахнина НВ. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях. Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. 2014;(1):14-22. [Zakharov VV, Vakhnina NV. Cognitive impairment in cerebrovascular diseases. *Effektivnaya farmakoterapiya. Nevrologiya i psikhatriya*. 2014;(1):14-22.]
10. Kanner AM. Depression in neurological disorders. *Lundbeck Inst*; 2005. 161 p.
11. Табеева ГР. Головная боль. Руководство для врачей. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2014. 188 с. [Tabeeva GR. *Golovnaya bol'*. *Rukovodstvo dlya vrachei* [Headache. A guide for physicians]. Moscow: GEOTAR-Media; 2014. 188 p.]
12. Головачева ВА, Парфенов ВА. Хроническая ежедневная головная боль под маской дисциркуляторной энцефалопатии. *Меди-*

- цинский совет. 2015;(2):72-7. [Golovacheva VA, Parfenov VA. Chronic daily headache under the guise of dyscirculatory encephalopathy. *Meditsinskii sovet*. 2015;(2):72-7. (In Russ.)].
13. Замерград МВ. Головокружение у пациентов с диагнозом дисциркуляторная энцефалопатия. Медицинский совет. 2014;(5):22-6. [Zamergrad MV. Dizziness in patients diagnosed with dyscirculatory encephalopathy. *Meditsinskii sovet*. 2014;(5):22-6. (In Russ.)].
14. Hall CD, Heusel-Gillig L, Tusa RJ, Herdman SJ. Efficacy of gaze stability exercises in older adults with dizziness. *J Neurol Phys Ther*. 2010 Jun;34(2):64-9. doi: 10.1097/NPT.0b013e3181dde6d8.
15. Толмачева ВА, Парфенов ВА. Причины головокружения у пациентов с артериальной гипертензией и его лечение. Врач. 2007;(4):49-53. [Tolmacheva VA, Parfenov VA. The causes of dizziness in patients with arterial hypertension and its treatment. *Vrach*. 2007;(4):49-53. (In Russ.)].
16. Парфенов ВА, Старчина ЮА. Когнитивные нарушения у пациентов с артериальной гипертензией – начальные проявления сосудистой патологии головного мозга. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2011;3(1):27-33. [Parfenov VA, Starchina YuA. Cognitive disorders in patients with essential hypertension and their treatment. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2011;3(1):27-33. (In Russ.)]. DOI: 10.14412/2074-2711-2011-132
17. Живолупов СА, Самарцев ИН, Яковлев ЕВ и др. Оценка эффективности винпоцетина (Кавинтона Комфорте) в лечении головокружения у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией по уровню нейротрофического фактора мозга (BDNF) в плазме крови. Клиническая фармакология и терапия. 2016;(1):2-7. [Zhivolupov SA, Samartsev IN, Yakovlev EV, et al. Evaluation of the effectiveness of Vinpocetine (Cavinton Comfort) in the treatment of vertigo in patients with dyscirculatory encephalopathy on the level of neurotrophic factor brain (BDNF) in blood plasma. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya*. 2016;(1):2-7. (In Russ.)].
18. Чуканова ЕИ. Современные аспекты эпидемиологии и лечения хронической ишемии мозга на фоне артериальной гипертензии (результаты программы КАЛИПСО). Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2011;3(1):38-42. [Chukanova EI. Current aspects of the epidemiology and treatment of chronic brain ischemia in the presence of essential hypertension (results of the CALIPSO program). *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2011;3(1):38-42. (In Russ.)]. DOI: 10.14412/2074-2711-2011-132
19. Путилина МВ, Баранова ОА. Результаты многоцентровой клинико-эпидемиологической наблюдательной программы «ГЛОБУС» (определение распространенности головокружения и оценка схем терапии на амбулаторном уровне). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2014;(5):33-8. [Putilina MV, Baranova OA. Results of a multicenter clinical epidemiological observational program «GLOBUS» (the definition of the prevalence of vertigo and the evaluation of therapy regimens on an outpatient basis). *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2014;(5):33-8. (In Russ.)].
20. Табеева ГР, Азимова ЮЭ. Мультимодальная стратегия нейропротекции при инсульте: результаты российской многоцентровой клинико-эпидемиологической программы СОКОЛ (Сравнительная Оценка эффективности Кавинтона и Общепринятых схем Лечения пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012;(12):20-30. [Tabeeva GR, Azimova YuE. A multimodal strategy of neuroprotection in stroke: results of the Russian multicenter clinical-epidemiological program of SOKOL (Assessment of Comparative effectiveness Cavinton and Conventional schemes of treatment of patients with acute violation of cerebral circulation). *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2012;(12):20-30. (In Russ.)].

Поступила 10.10.2016

#### Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

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