

В.В. Яворський

ВИЗНАЧЕННЯ ВПЛИВУ ЗАПАМОРОЧЕННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ НА ГІПЕРТЕНЗИВНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ

Київська міська клінічна лікарня №8

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, гіпертензивна енцефалопатія, запаморочення, бетагістину дигідрохлорид

Key words: hypertension, hypertensive encephalopathy, vertigo, betagistina dihydrochloride

Резюме. Комбинированная терапия улучшила показатели шкал, характеризующих головокружение и сопровождающие его симптомы. Результаты этого действия сопоставимы в группах лечения. Основной причиной головокружения является нарушение венозного оттока из полости черепа из-за повышения артериального давления, поэтому в комплексном лечении применяли бетагистина дигидрохлорид.

Summary. Combination therapy improved the indices of scales which characterize vertigo and its accompanying symptoms. The results of this action are comparable in the treatment groups. Basic course of vertigo is disturbance of venous outflow from the cranial cavity due to the increase of arterial pressure, so in the combined treatment betagistina dihydrochloride was used.

З урахуванням сучасних тенденцій у медицині, економічного й демографічного положення, найбільш перспективним напрямком у поліпшенні стану хворих із хронічною ішемією мозку є боротьба з артеріальною гіпертензією (АГ), як найбільш вагомим фактором ризику смерті від цереброваскулярних захворювань [2]. Дані більшості проспективних досліджень, проведених на популяціях з різними географічними, культурними й соціально-економічними характеристиками, показали прямий зв'язок артеріального тиску (АТ) з віком обстежених. Тривале підвищення АТ призводить до ураження органів-мішеней і розвитку ускладнень: інсульту, гіпертензивної енцефалопатії, гіпертрофії лівого шлуночка, серцевої, ниркової недостатності. АГ впливає на стан здоров'я, якість і тривалість життя літніх пацієнтів [4, 6].

Актуальність проблеми розвитку й прогресування гіпертензивної енцефалопатії у хворих похилого віку полягає в тому, що основою розвитку є дисфункція систем, які регулюють мозковий кровоток, у тому числі - система ауторегуляції, яка в значній мірі впливає на кровопостачання головного мозку [3]. Це пояснює той факт, що у хворих із хронічною ішемією мозку стан мозкової гемодинаміки значною мірою залежить від стану й стабільності механізмів регуляції системної й церебральної гемодинаміки, зокрема, рівня системного АТ, регіонарного мозкового кровонаповнення [6], нормалізація яких на початкових етапах розвитку порушень запобігає розвитку важких ускладнень.

В останні роки для підвищення прихильності хворих на АГ до лікування при призначенні антигіпертензивних препаратів необхідно керу-

ватися не тільки їх ефективністю, але і впливом на якість життя (ЯЖ) - ступінь задоволення людини своїм психічним, фізичним і соціальним станами [3,6]. Нерідко хворі на АГ мають супутні захворювання і симптоми, що свідчать про ураження органів-мішеней. До числа широко розповсюджених симптомів, що супроводжують АГ, належить запаморочення, яке зустрічається більш ніж у половини хворих на АГ [5]. Цим хворим нерідко крім антигіпертензивних препаратів необхідно приймати препарати, які зменшують вираженість запаморочення, наприклад, бетагістину дигідрохлорид.

Мета дослідження – з'ясувати вплив запаморочення на якість життя хворих похилого віку на гіпертензивну енцефалопатію.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

З метою вивчення впливу запаморочення на якість життя хворих похилого віку на гіпертензивну енцефалопатію обстежено 25 пацієнтів (16 чоловіків і 9 жінок) у віці від 61 до 70 років. Середній вік у групі склав 65,4±3,9 року, тривалість АГ - 22,1±7,5 року. Усім проводилося клініко-неврологічне та інструментальне обстеження (ЕКГ, аналіз хронобіологічної структури АТ за даними добового моніторингу АТ; ультразвукове дуплексне сканування судин головного мозку). Для вивчення ЯЖ хворих використовувалась російська версія опитувальника Марбурзького університету «General Well-Being Questionnaire» (GWBQ) [7,8]. Опитувальник містить у собі 8 клінічних шкал: оцінка пацієнтами свого фізичного самопочуття (I), працездатності (II), позитивного (III) чи негативного (IV) психологічного самопочуття, психологічних здіб-

ностей (V), міжособистісних відношень (VI) і соціальних здібностей (VII шкала) та два питання про настрій і самопочуття при опитуванні. Запаморочення оцінювали за опитувальником «Оцінка запаморочення та супровідних симптомів» [5]. Опитувальник складається з 4 частин: паспортна частина; характеристика запаморочень; оцінка симптомів, які супроводжують запаморочення; визначення провокуючих факторів. При проведенні добового моніторингу АТ аналізували середній систолічний (САТ) та діастолічний АТ (ДАТ), пульсовий АТ (ПАТ), ступінь нічного зниження АТ, індекс часу й площі, швидкість ранкового підйому АТ. Добовий моніторинг АТ проводили на апараті типу АВРМ-04 (фірма «Meditech», Угорщина). Статистичне опрацювання матеріалу проводилося методом варіаційної статистики з використанням пакету програм Statistica 6.1.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз анамнестичних даних та результатів клініко-неврологічного та інструментального обстеження дозволив діагностувати у хворих похилого віку гіпертензивну енцефалопатію (згідно з класифікацією судинних порушень головного й спинного мозку, що відповідає рубриці МКБ X - гіпертензивна енцефалопатія (I 67.4)). Верифікацію діагнозу, визначення ступеня АГ проведено згідно з критеріями, рекомендованими Європейським товариством гіпертензії/Європейським товариством кардіологів (ESH/ESC, 2007) та Українським товариством кардіологів (2004), що також було підтверджено кардіологічними дослідженнями. Клінічне обстеження проводилося за двоетапною методикою, що передбачає встановлення або виключення симптоматичної АГ (згідно з рекомендаціями Української асоціації кардіологів (2004) й Європейського товариства кардіологів (2007)). До дослідження не включали пацієнтів із вторинною артеріальною гіпертензією, цукровим діабетом, порушеннями серцевого ритму та провідності, які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу та інфаркт міокарда. Обстежені хворі перебували на стаціонарному лікуванні в неврологічному відділенні Київської міської клінічної лікарні №8.

Хворі були поділені на дві групи, порівнянні за віком, статтю, рівнем АТ, прийомом антигіпертензивної терапії, вихідними показниками ЯЖ і ступенем вираженості запаморочень (наявність нападів запаморочення середнього та більшого ступенів вираженості з частотою 3-4 рази на місяць; відсутність в анамнезі хвороби Мен'єра і захворювань середнього та внутрішнього вуха). Перша група отримувала тільки ан-

тигіпертензивну терапію, друга - додатково отримувала бетагістину дигідрохлорид у дозі 48 мг/добу. Тривалість лікування - 8 тижнів.

Динаміка показників АТ показала, що в першій групі хворих протягом всього курсу лікування достовірно ($p < 0,01$) знизилися добові значення середнього САТ ($162,5 \pm 2,4$ мм рт.ст. та $140,1 \pm 4,7$ мм рт.ст. відповідно), середнього ДАТ ($90,1 \pm 3,7$ мм рт.ст. та $84,1 \pm 1,1$ мм рт.ст. відповідно), середнього ПАТ ($61,7 \pm 3,4$ мм рт.ст. та $56,1 \pm 2,1$ мм рт.ст. відповідно), причому результуючі показники в групі комбінованого лікування достовірно не відрізнялися. Комбінація антигіпертензивної терапії та бетагістину дигідрохлориду в дозі 48 мг/добу не впливала на ступінь зміни показників добового моніторингу АТ: достовірно ($p < 0,01$) знизилися добові значення середнього САТ ($160,5 \pm 3,1$ мм рт.ст. та $141,2 \pm 4,3$ мм рт.ст. відповідно), середнього ДАТ ($88,7 \pm 4,1$ мм рт.ст. та $83,1 \pm 2,1$ мм рт.ст. відповідно), середнього ПАТ ($59,5 \pm 3,7$ мм рт.ст. та $54,1 \pm 1,9$ мм рт.ст. відповідно) Тривала терапія достовірно ($p < 0,001$) покращувала показники всіх шкал ЯЖ в обох групах, але достовірні зміни до та після лікування відзначалися лише по деяких шкалах: у першій групі зафіксовано поліпшення кількості балів за I шкалою ($13,4 \pm 1,1$ та $11,2 \pm 0,4$ відповідно), II шкалою ($14,7 \pm 0,9$ та $16,7 \pm 1,4$ відповідно), III шкалою ($6,7 \pm 1,2$ та $9,9 \pm 0,9$ відповідно), а в комбінації з бетагістіном дигідрохлоридом поліпшення кількості балів за I шкалою ($12,7 \pm 1,5$ та $10,1 \pm 0,1$ відповідно), II шкалою ($13,1 \pm 1,2$ та $17,9 \pm 0,4$ відповідно), III шкалою ($7,9 \pm 0,5$ та $9,8 \pm 1,2$ відповідно), IV шкалою ($12,7 \pm 0,8$ та $9,1 \pm 0,6$ відповідно), VII шкалою ($12,9 \pm 0,6$ та $14,7 \pm 0,7$ відповідно). Таким чином, додавання до антигіпертензивної терапії бетагістину дигідрохлориду значно поліпшувало такі показники ЯЖ, як фізичне самопочуття, працездатність, позитивне і негативне психологічне самопочуття, здатність до соціальних контактів. При монотерапії антигіпертензивними препаратами поліпшення наставало за шкалами, які характеризують тільки фізичне самопочуття, позитивне психологічне самопочуття.

При моно- та комбінованій терапії достовірно покращився сумарний показник, що характеризує запаморочення, і показник, що оцінює симптоми, які супроводжують запаморочення. Сумарний показник для шкали провокуючих факторів змінився недостовірно ($p > 0,05$), хоча за окремими показниками, що викликають запаморочення (підвищення АТ, повороти голови), зазначалось їх достовірне ($p < 0,01$) поліпшення в

обох групах. Переважна більшість хворих скаржилися на запаморочення середнього ступеня вираженості, які тривали секунди-хвилини, виникали з частотою декілька разів на місяць чи на тиждень і характеризувалися відчуттям нестійкості більше ніж у 89,4% та 90,1% хворих першої та другої групи відповідно. Згідно з результатами дослідження, найбільш частою причиною розвитку запаморочення у хворих похилого віку на гіпертензивну енцефалопатію було підвищення АТ - головний провокуючий фактор, який призводить до порушення венозного відтоку з порожнини черепа з поперечним синусом і переповнення венозного русла лабіринту [1], що викликає запаморочення. Застосування бетагістину дигідрохлориду при підви-

щенні АТ виправдане, оскільки покращує венозний відтік з порожнини черепа [8].

ПІДСУМОК

Таким чином, при лікуванні запаморочення у хворих похилого віку на гіпертензивну енцефалопатію для досягнення оптимального ефекту до терапії антигіпертензивними препаратами необхідно додавати бетагістину дигідрохлорид для венозного відтоку з порожнини черепа через підвищення артеріального тиску. Комплексна терапія ефективно діяла на всі ланки патогенезу запаморочення і зменшувала його вираженість, викликаючи поліпшення всіх складових якості життя хворих.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Афанасьева С.А., Горбачева Ф.Е., Натяжкина Г.М. Изолированное системное головокружение: патогенез и эффективность бетагистина (бетасерка) // Неврологический журнал.- 2003.-№ 4.-С. 38-41.

2. Дамулин И.В., Брызжакина В.Г., Яхно Н.И. Нарушения ходьбы и равновесия при дисциркуляторной энцефалопатии. Клинико—нейропсихологическое и МРТ сопоставление // Неврологический журнал. 2004.-№ 4.- С. 13-18.

3. Леви Л., Андерсон А. Народонаселение, окружающая среда и качество жизни. – М.: Медицина, 1999. – 231с.

4. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине / Под ред. Ю.Л. Шевченко. — М.: Геотар-Мед, 2004. — С.12-13.

5. Распространенность и наиболее частые причины возникновения головокружения у больных со

стабильной артериальной гипертензией / Андреева Г.Ф., Горбунов В.М., Жигарева И.П. и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.- 2004.-№ 2.- С. 17-24.

6. Суслина З.А., Варакин Ю. Я. Артериальная гипертензия и профилактика цереброваскулярных заболеваний. Позиция невролога // Атмосфера. Нервные болезни.- 2007.- №4. – С.2-8.

7. Long-term monotherapy with antihypertensives and quality of life in patients with mild to moderate arterial hypertension: a multicentre study / Metelitsa V.I., Doua S.G., Ostrovskaya T.P. et al. // J.Clin. Pract .- 1999.- Vol. 8, N2. – P. 61-76.

8. Siegrist J., Junge A. Conceptual and methodological problems in research on the quality of life in clinical medicine// Soc. Sci Med.- 1999.-Vol. 23. – N 3. – P. 463-468.

