

Клиническая характеристика нарушений вегетативной нервной системы у больных менингоэнцефалитом

Н.В. РАЛЕЦ, В.И. МАТЯШ,
С.П. БОРЦОВ, В.И. ТРИХЛЕБ

Резюме. В работе определены клинические признаки нарушений вегетативной нервной системы у больных менингоэнцефалитом наиболее доступными для практического здравоохранения клиническими методами. Установлено, что вегетативные нарушения имеются практически у всех больных менингоэнцефалитом на высоте патологического процесса преимущественно на симпатическом и дистоническом уровнях; поражение вегетативной нервной системы при средне-тяжелом и тяжелом течении заболевания является объективным критерием выраженности патологического процесса и компенсаторных механизмов гомеостаза.

Ключевые слова: менингоэнцефалит, вегетативная нервная система

Clinical characteristics of autonomic nervous system disorders in patients with meningoencephalitis

N.V. RALETSC, V.I. MATYASH,
S.P. BORSCHOV, V.I. TRYKHLIB

Summary. In our research we determined clinical signs of autonomic nervous system disorders in patients with meningoencephalitis by clinical methods, the majority of which are available for practical health care. It was found that almost all patients had the autonomic nervous system disorders at the peak of the meningoencephalitis disease process predominantly at the sympathetic and dystonic levels. Autonomic nervous system disorder at moderate and severe meningoencephalitis is an objective criterion of the pathological process and the compensatory mechanisms of homeostasis.

Keywords: meningoencephalitis, the autonomic nervous system.

УДК 616.12-008.331.1:616.8-053.9

Інсомнічні розлади у пацієнтів літнього віку з артеріальною гіпертензією

А.Р. САПОЖНИКОВ, Т.В. БАКУН

Резюме. У статті висвітлено особливості впливу інсомнічних розладів у людей літнього віку на перебіг артеріальної гіпертензії, механізми розвитку у них інсомнії, особливості її корекції. Проведено 3-тижневе спостереження 2 груп пацієнтів, у якому 1-а група отримувала комбіновану терапію антигіпертензив-

ними препаратами та адаптогенами, 2-а група – антигіпертензивну терапію. Включення до терапії адаптогенів сприяло відновленню циркадних біоритмів, що підвищило ефективність антигіпертензивної терапії.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, інсомнічні розлади, антигіпертензивні препарати, антагоністи рецепторів ангіотензину II, епросартан, адаптогени.

Порушення сну (інсомнія) є одним із найчастіших патологічних розладів, що розвиваються в організмі людини. Більше 20% населення планети висловлюють скарги на утруднене засипання та підтримання сну у вечірній і нічний час, а 46% відмічають денну сонливість. В європейських країнах порушення сну фіксують у 10% пацієнтів, що звертаються за медичною допомогою у віці 25 років, у 35–50% пацієнтів зрілого віку, у 70% – похилого та старечого.

Важливість своєчасного виявлення та терапії інсомнії обумовлена не тільки високою частотою патології сну, але й негативним впливом цих порушень на перебіг соматичних захворювань та супутніх психічних розладів, а також на якість життя хворих. Порушення сну призводить до підвищення середньодобового артеріального тиску (АТ) внаслідок підвищення нічного тиску, подовження періоду неспанья з більш високими цифрами АТ та його підвищення на наступний день, зменшення ступеня нічного зниження АТ. Указані процеси можуть призводити до появи патологічного типу добової кривої АТ (non dipper), характерного для картини пошкодження органів-мішеней та високого ризику серцево-судинних ускладнень.

На сьогодні отримано певні докази впливу мелатоніну на розвиток інсомнічних порушень у людей похилого та старечого віку. Так, у низці досліджень було встановлено, що у хворих на інсомнію прийом мелатоніна в дозі 3–4,5 мг однократно на ніч покращує нічний сон: прискорює засинання, зменшує кількість нічних пробуджень, покращує самопочуття після ранкового пробудження.

Проведено порівняно небагато клінічних досліджень із вивчення впливу конкретних антигіпертензивних препаратів у поєднанні з мелатоніном на структуру сну в осіб похилого віку.

Приводимо власне дослідження, присвячене ефективності комплексного лікування мелатоніном (група адаптогенів) і епросартаном (антагоніст рецепторів ангіотензину II) у працюючих пацієнтів з АГ старших вікових груп. Серед різних клінічних проявів розладів психо-емоційної сфери у них виявлено блок порушень, пов'язаний з проблемою сну.

Метою дослідження є оцінка впливу комбінованої терапії на циркадну хроноструктуру АТ та частоту серцевих скорочень (ЧСС) у пацієнтів з АГ.

Матеріали і методи

Проведено 3-тижневе дослідження. Спостерігали 69 чоловіків у віці від 60 до 72 років. Клінічне опитування дозволило виявити, що 43 (62,3%) з них сплять менше 8 год на добу, 17 (24,6%) – менше 6 год; 41 (59,4%) після ранкового пробудження відчуває себе таким, що відпочив, 39 (56,5%) вважають, що проблеми, пов'язані зі сном, заважають трудовій діяльності, 24 (37,4%) користувалися ліками для покращення сну, а 32 (46,3%) систематично вживали перед роботою напої, що містять кофеїн, для підтримання бадьорості.

Пацієнтів було розділено на дві групи. З них 35 осіб (основна група) отримували епросартан 600 мг однократно зранку в поєднанні з мелатоніном в дозі 3 мг о 22-й годині. Курс лікування тривав 3 тижні. До контрольної групи увійшли 34 пацієнти, які отримували тільки епросартан в дозі 600 мг на добу. До та після 3-тижневого курсу лікування досліджено індивідуальні особисті характеристики пацієнтів, добовий профіль АТ, циркадний профіль ритму серця, параметри центральної гемодинаміки.

Результати та їх обговорення

Клінічні спостереження підтвердили, що терапія з мелатоніном покращує нічний сон, прискорює час засинання, знижує кількість нічних пробуджень, покращує самопочуття.

Суб'єктивна оцінка вираженості порушень сну, проведена до та після лікування на підставі анкети з 5-бальною шкалою оцінки, підтвердила покращення якості сну по всіх її параметрах в основній групі, тоді як у контрольній достовірних змін не виявлено (табл. 1).

Таблиця 1

Динаміка фізіологічних характеристик сну (бали, $M \pm m$) у хворих з артеріальною гіпертензією на фоні лікування мелатоніном

Показник (бали)	Група хворих			
	основна (n=35)		контрольна (n=34)	
	до лікування	3 тижні лікування	до лікування	3 тижні лікування
Час засинання	3,4±0,08	4,2±0,07	3,5±0,05	3,4±0,03
Тривалість сну	3,5±0,03	3,9±0,08	3,2±0,06	3,3±0,07
Кількість пробуджень	2,8±0,01	4,2±0,09	3,0±0,04	2,9±0,03
Якість сну	3,2±0,2	4,5±0,1	3,2±0,06	3,1±0,04
Наявність сновидінь	3,1±0,08	4,1±0,06	3,2±0,1	3,2±0,08
Якість ранкового пробудження	2,3±0,05	4,3±0,1	2,4±0,07	2,9±0,1

Підтвердженням цього факту стала динаміка показників тесту Люшенна, яка свідчила про зниження емоційної лабільності та тривожності, підвищення соціальної активності та контактності (табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка показників тесту Люшенна ($M \pm m$) у хворих з артеріальною гіпертензією на фоні лікування мелатоніном

Показник	Група хворих			
	основна (n=35)		контрольна (n=34)	
	до лікування	3 тижні лікування	до лікування	3 тижні лікування
Стрес, %	32,7±2,1	24,1±1,7	31,8±1,8	28,3±1,6
Працездатність, %	59,7±2,4	78,3±2,7	60,3±3,0	68,4±2,7
Активність, %	48,4±1,9	64,3±2,3	50,3±1,7	56,2±1,9
Вегетативний тонус, бал	1,7±0,3	0,9±0,4	1,6±0,2	1,4±0,1
Самопочуття, бал	4,6±0,1	5,8±0,4	4,7±0,3	5,2±0,4
Настрій, бал	4,4±0,6	5,7±0,5	4,5±0,3	4,8±0,2

Примітка. Різниця між внутрішньогруповими показниками до та після лікування – $p < 0,05$.

Установлено, що в основній групі рівень стресу знизився на 35,7% (у контрольній групі – на 12,3%), працездатність підвищилась на 31,2% (у контрольній групі – на 11,9%), активність на 32,8% (у контрольній групі – на 11,2%), самопочуття покращилося на 26,0% (у контрольній групі – на 8,5%), настрої – на 29,5% (у контрольній групі – на 6,7%). В основній групі достовірно зменшився показник вегетативного тону, що підтверджує ефект зменшення напруження регуляторних систем організму.

Під час дослідження встановлено, що у цієї категорії осіб наявні порушення добової ритмічності низки параметрів гемодинаміки. Звертає на себе увагу зсув середніх акрофаз систолічного, діастолічного та середнього АТ (САТ, ДАТ, АТср.) на нічні години, що вказує на порушення часової організації кровообігу з явищами внутрішнього та зовнішнього десинхронозу.

Терапія мелатоніном не тільки сприяла більш вираженому антигіпертензивному ефекту, але й достовірно зміщувала акрофази до нормальних біологічних ритмів (табл. 3).

Після лікування в основній групі середньодобовий рівень САТ знизився на 26,2 мм рт. ст. (у контрольній групі – на 21,9 мм рт. ст.), середньодобовий рівень ДАТ знизився на 16,1 мм рт. ст. (у контрольній групі – на 7,6 мм рт. ст.), показник АТср. зменшився на 14,4 мм рт. ст. (у контрольній

Динаміка показників добового профілю АТ та ЧСС ($M \pm m$) у хворих з артеріальною гіпертензією на фоні лікування мелатоніном

Показник	Група хворих			
	основна (n=35)		контрольна (n=34)	
	до лікування	3 тижні лікування	до лікування	3 тижні лікування
САТ, мм рт. ст.	160,4±3,8	134,2±4,1	161,7±4,1	139±4,5
ДАТ, мм рт. ст.	92,4±4,3	76,5±3,7	92,8±3,7	85,2±3,6
АТср., мм рт. ст.	108,6±3,7	94,4±3,6	106,3±4,1	98,2±3,5
ЧСС, в 1 хв	76,8±2,4	65,6±2,1	76,5±3,2	70,4±2,6
Циркадний індекс, бал	1,16±0,06	1,24±0,05	1,15±0,04	1,18±0,07

Примітка. Різниця між внутрішньогруповими показниками до та після лікування – $p < 0,05$.

групі – на 8,1 мм рт. ст.), показник ЧСС знизився на 11,2 в 1 хв (у контрольній групі – на 6,1 в 1 хв). Відбувся значний ефект зміщення акрофаз в основній групі, де акрофаза САТ змістилася з 0 год 25 хв до 21 год 10 хв, акрофаза ДАТ – з 7 год 12 хв до 9 год 20 хв, акрофаза ЧСС – з 18 год 50 хв до 14 год 23 хв, у той час як у контрольній зміщення акрофаз не спостерігали.

Таким чином, незважаючи на отриманий внаслідок лікування антигіпертензивний ефект в обох групах, чітке відновлення синхронізації циркадних ритмів і параметрів гемодинаміки спостерігали тільки у пацієнтів, що отримували лікування епросартаном у поєднанні з мелатоніном.

Підтвердженням покращення часової організації біологічних ритмів стала динаміка циркадного профілю ритму серця, що визначають на підставі розрахунку циркадного індексу (ЦІ) як відношення середньої ЧСС під час активного періоду (з 07 до 22 год.) до середньої ЧСС в період нічного сну (з 23 до 06 год.). Значення ЦІ до лікування в обох групах практично не відрізнялися (1,16±0,06 у.о. та 1,15±0,04 у.о.), що свідчить про високу чутливість серцевого ритму до симпатичної стимуляції. Після 3-тижневого лікування в основній групі відмічено тенденцію до стабілізації вегетативної регуляції ритму серця. Значення ЦІ наблизилося в основній групі до нормальних параметрів – 1,24±0,05 у. о., у контрольній групі – 1,18±0,07 у. о. (значення 1,24–1,44 у.о. є показниками стабільної вегетативної організації добового ритму серця).

Висновки

Таким чином, включення мелатоніну до схеми лікування хворих з артеріальною гіпертензією, що мають інсомнічні розлади, дозволяє не тільки

ки посилити ефективність антигіпертензивної терапії, а й нормалізувати порушену циркадну гемодинаміку. Ця терапія ефективно корегує порушення сну, які часто спостерігають у таких хворих.

Представлені результати показують, що лікування порушень сну у хворих з артеріальною гіпертензією є важливим заходом, що забезпечує підвищення якості адаптивних механізмів, які регулюють циркадні біоритми.

Література

1. Анісімов В.М. Мелатонін: роль в організмі, застосування в клініці / В.М. Анісімов. – СПб. : Видавництво «Система». – 2007. – С. 40–45.
2. Губачев Ю.М. Психогенні розлади кровообігу / Ю.М. Губачев, В.М. Дорничев, О.О. Ковальов. – СПб., 1993. – С. 120–123.
3. Інсомнія: сучасні діагностичні та лікувальні підходи / Я.І. Левін та ін. – М. : Медпрактика. – 2007. – С. 116–120.
4. Мелатонін та серцево-судинна система / Н.К. Малиновська та ін. // Мелатонін в нормі та патології. – М. : Медпрактика, 2004. – С. 85–101.
5. Новинський О.О. Артеріальна гіпертензія та порушення сну / О.О. Новинський, Л.І. Фролова, О.В. Гловіна // Cons. Med. – 2008. – № 12. – С. 22.
6. Соколова Л.П., Кислий М.Д. Порушення сну у літніх людей: особливості терапії / Л.П. Соколова, М.Д. Кислий // Cons. Med. – 2007. – № 2. – С. 133.
7. Тихонов П.П. Особливості регуляторних механізмів автономної нервової системи у хворих з артеріальною гіпертензією з порушеннями добового профілю артеріального тиску / П.П. Тихонов, Л.О. Соколова // Кардіологія. – 2007. – № 1. – С. 16–22.

Инсомнические расстройства у пожилых людей с артериальной гипертензией

А.Р. САПОЖНИКОВ, Т.В. БАКУН

Резюме. В статье освещены особенности влияния инсомнических расстройств у людей пожилого возраста на течение артериальной гипертензии, механизмы развития у них инсомнии, особенности ее коррекции. Проведено 3-недельное наблюдение 2 групп пациентов, в котором 1-я группа получала комбинированную терапию антигипертензивными препаратами и адаптогенами, 2-я группа – антигипертензивную терапию. Включение в терапию адаптогенов способствовало восстановлению циркадных биоритмов, повысило эффективность антигипертензивной терапии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, инсомнические расстройства, антигипертензивные препараты, антагонисты рецепторов ангиотензина II, эпросартан, адаптогены.

Insomnia disorders in the elderly with hypertension

A.R. SAPOZHNIKOV, T.V. BAKUN

Summary. *The article highlights the features of the influence insomnia disorders in the elderly on the course of hypertension, the mechanisms of insomnia in the elderly, especially their correction. We conducted 3-week observation in 2 groups of patients (among them patients from the 1st group received combination therapy with antihypertensive drugs and adaptogens, from the 2nd group – only antihypertensive therapy). Inclusion in the treatment of adaptogens helped restore circadian biorhythms, which increased the effectiveness of antihypertensive therapy.*

Keywords: *hypertension, insomnia disorders, antihypertensive drugs, angiotensin II receptor antagonists, eprosartan, adaptogens.*

УДК 616.33-002:355.11

Особливості перебігу та лікування гіпомоторної дискінезії жовчовивідних шляхів у військовослужбовців строкової служби

О.В. САПОЖНИКОВА

Резюме. *В ході дослідження вивчено клінічну ефективність препарату, що містить сухий водний екстракт з артишоку польового (листя) – *Synara scolymus*.*

Ключові слова: *дискінезія жовчо-вивідних шляхів, екстракт з артишоку польового.*

Дисфункція жовчного міхура – це порушення скорочувальної здатності цього полого органу, що супроводжується болем за типом жовчної кольки і часто асоціюється з порушенням спорожнення жовчного міхура

Функціональні захворювання жовчовивідних шляхів зустрічаються у 5% населення в індустріально розвинутих країнах. Частіше це захворювання виникає у , емоційно лабільних молодих людей астеничної будови тіла.

Дискінезія жовчного міхура проявляється комплексом клінічних симптомів, що виникають як наслідок моторно-тонічної дисфункції жовчного міхура, протоків та сфінктерів без ознак органічного ураження.

Відповідно до римських критеріїв III 2006 р. захворювання проявляється:

- епізодами болю, що локалізується в надчеревній ділянці чи/або в правому верхньому квадранті живота, тривалістю біля 30 хвилин;
- рецидивуючим перебігом симптомів через різні проміжки часу;