

Одиничними спостереженнями характеризувалася група ускладнень, пов'язаних із скипаючою системою крові: синдром дисемінованого внутрішньосудинного скипання та інфаркт міокарда спостерігалися по одному випадку, відповідно ($0,1 \pm 0,1\%$), тромбоемболія легеневої артерії виявлена у 6 ($0,5 \pm 0,2\%$) спостереженнях, післяопераційна кровотеча спостерігалася в 4 ($0,4 \pm 0,2\%$) хворих.

ПІДСУМОК

Доведено найбільшу ефективність внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії при катетери-

зації внутрішньої грудної артерії через верхню епігастральну, при якій спостерігалася найменша кількість ускладнень (7,1%); у той час як при катетеризації перфорируючих гілок внутрішньої грудної артерії ускладнення виявлені в 14,9% випадків; при катетеризації підключичної артерії через гілки плечової артерії ускладнення спостерігалися в 27% пацієнток; при катетеризації торакоакроміальної артерії – у 23% спостережень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бондарь Г.В., Седаков И.Е. Вариантная анатомия внутренней грудной артерии // Травма. – 2004. – Т.5, №2. – С.180-188.
2. Седаков И.Е. Місцево-поширений, первинно-неоперабельний рак молочної залози: патоморфологічна оцінка ефективності комбінованого лікування // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2003. – Т.8, №4. – С.55-61.
3. Семикоз Н.Г., Седаков И.Е., Трухин Д.В. Тактика лечения больных с местно-распространенным раком молочной железы // Запорожский медицинский журнал. – 2004. – №3. – С.115-117.
4. Эволюция методов лечения рака молочной железы / Бондарь Г.В., Седаков И.Е., Смирнов В.Н. и др. // Международный медицинский журнал. – 2003. – Т. 9, №4. – С.94-98.
5. A novel arterial infusion chemotherapy for the treatment of patients with advanced pancreatic carcinoma after vascular supply distribution via superselective embolization / Homma H., Doi T., Mezawa S. // Cancer. – 2000. – Vol. 89, N2. – P. 303-13.
6. Intraarterial infusion chemotherapy and radiotherapy with or without surgery for patients with locally advanced or recurrent breast cancer / Murakami M., Kuroda Y., Nishimura S. et al. // Am. J. Clin. Oncol. – 2001. – Vol. 24, N 2. – P. 185-91.
7. Intra-arterial mitoxantrone and paclitaxel in a patient with Stewart-Treves syndrome: selection of chemotherapy by an ex vivo ATP-based chemosensitivity assay / Breidenbach M., Rein D., Schmidt T. et al. // Anticancer Drugs. – 2000. – Vol. 11, N 4. – P. 269-273.
8. Percutaneous implantation of a catheter with subcutaneous reservoir for intraarterial regional chemotherapy: technique and preliminary results / Grosso M., Zanon C., Mancini A. et al. // Cardiovasc Intervent Radiol. – 2000. – Vol. 23, N3. – P. 202-210.



УДК 616.12-008.331.1:616.831:330.59-053.9

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, бетажістину 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 бетажистину 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 керуватися 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 гіпертен-

зивну енцефалопатію обстежено 25 пацієнтів (16 чоловіків і 9 жінок) у віці від 61 до 70 років. Середній вік у групі складав $65,4 \pm 3,9$ року, тривалість АГ - $22,1 \pm 7,5$ року. Усім проводилося клініко-неврологічне та інструментальне обстеження (ЕКГ, аналіз хронобіологічної структури АТ за даними добового моніторування 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 здібностей (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 моніторування 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 антигіпертензивну 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 підвищенні 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. Афанасьєва С.А., Горбачева Ф.Е., Натяжкина Г.М. Изолированное системное головокружение: пато-

генез 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. // Кар-

диоваскулярная 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., Douda 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.



УДК 616.12-008.331.1:616.831-073:57.089.2

**Н.К. Мурашко^{*},
Самаалі Хішем^{**}**

СТАН ПЕРФУЗІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика^{}
кафедра неврології та рефлексотерапії*

(зав. — д. мед. н., проф. Є.Л. Мачерет)

*Запорізька медична академія післядипломної освіти^{**}*

кафедра терапії, клінічної фармакології та ендокринології

(зав. — д. мед. н., проф. І.М. Фуштей)

Ключові слова: однофотонна
емісійна комп'ютерна
томографія, перфузія головного
мозку, артеріальна гіпертензія

Key words: uniphoton emission
computed tomography, brain
perfusion, arterial hypertension

Резюме. В статті проаналізовані аспекти особливості радіонуклідних методів дослідження у больових с артеріальною гіпертензією і проведено аналіз отриманих результатів. У 70,37% больових артеріальною гіпертензією виявлені чіткі візуальні ознаки зниження перфузії, виявлена чітка асиметрія перфузії в басейнах внутрішніх сонних артерій. Полушарна асиметрія кровоснабження, очагове зниження перфузії білого речовини мозку і наявність кросцеребеллярного діасхиза були однотипними у всіх пацієнтів і відрізнялися тільки по ступеню вираженості. Проведені нейровізуалізаційні дослідження свідчать про високу інформативність емісійної комп'ютерної томографії з перфузійними радіоіндикаторами в діагностиці порушень кровоснабження головного мозку у больових артеріальною гіпертензією, оскільки така діагностика базується на результатах не тільки візуального, але і кількісного аналізу.

Summary. In the article aspects of radionuclide methods of investigation of patients with arterial hypertension (AH) and treatment results are analysed. In 70,37% of AH patients, clear visual signs of perfusion decrease, clear asymmetry of perfusion in the inner carotid arteries were revealed. Interhemispheric asymmetry of blood supply, focal decrease of perfusion of white cerebral substance and presence of crosscerebellar diaschisis were of the same type in all patients and differed only by expressiveness degree. Performed neurovisual investigations testify to a high informativity of emission computed tomography with perfusion radioindicators in the diagnostics of the cerebral blood supply in patients with AH, because this diagnostics is based on the results not only of visual analysis but on quantitative analysis too.