Т.А. Хомазюк, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой пропедевтики внутренней медицины, **К.Ю. Егоров**, Днепропетровская медицинская академия

Общая врачебная практика: головокружение у женщин с артериальной гипертензией

Один из самых частых симптомов в практике врача – головокружение. Головокружение – это ощущение нарушения положения тела в пространстве.
Распространенность головокружения в различных популяциях составляет от 17 до 39% и зависит от возраста. Артериальная гипертензия (АГ) в общей врачебной практике стоит на первом месте среди причин головокружения ввиду ведущей позиции по распространенности и специфики клиники заболевания. В 2009 г. были опубликованы результаты исследования распространенности коморбидных состояний при головокружении, проведенного в Германии. Выявлено, что у самой большей части пациентов (29%) с головокружением имеет место АГ, а у пациентов с болезнью Меньера АГ обнаружена в 61% случаев. В работах российских исследователей проблема головокружения встречается в более чем 40% случаев у пациентов с АГ 1 ст. и у 68% – с АГ 2 ст.

У больных с АГ возникают жалобы на головокружение, головную боль, тяжесть и ощущение распирания в голове, нарушение концентрации внимания и памяти, расстройства сна, раздражительность, нарушение равновесия (неустойчивость, шаткость при ходьбе), шум в ушах и мелькание «мушек» перед глазами. Головокружение при АГ чаще реализуется при дестабилизации артериального давления (АД) под влиянием эмоций, метеофакторов. Определенную роль в возникновении головокружения могут иметь также позиционные проблемы, например у рабочего стола, в неудобной постели. Эти известные симптомы, ставшие классическими, часто встречаются в повседневной практике кардиолога, терапевта, семейного врача.

Основной причиной возникновения головокружения при АГ является вовлечение в патологический процесс сосудов, питающих головной мозг и внутреннее ухо, приводящее к хронической ишемии, что обусловливает высокую частоту вестибулярных нарушений при данной патологии. Популярной является точка зрения, согласно которой головокружение у лиц с АГ возникает вследствие недостаточного притока крови к головному мозгу по вертебробазилярной артериальной системе (так называемая вертебробазилярная недостаточность, вызванная атеросклерозом церебральных артерий, шейным остеохондрозом или другими причинами).

Головокружение на фоне АГ является одним из симптомов дисциркуляторной энцефалопатии и наряду с шумом в голове, расстройством сна, эмоциональной лабильностью является признаком начальных проявлений недостаточности кровообращения головного мозга. Безусловно, при впервые возникшем выраженном головокружении в диагностическом и лечебном процессе требуется участие врача-невропатолога с применением современных методов исследования для выявления органических заболеваний головного мозга. При дальнейшем ведении пациента, когда на первый план выходят коррекция АД и профилактика сердечно-сосудистых осложнений, роль врача-интерниста становится ведущей, и на начальных стадиях гипертензивной энцефалопатии в арсенале врача требуется эффективное и безопасное средство для лечения вестибулярных расстройств.

Врачам общей практики важно понимание различия между вестибулярным и невестибулярным головокружением. Вестибулярное головокружение очень разнообразно, однако чаще всего характеризуется приступом ощущения системного вращения предметов или самого пациента, стремительного падения, проваливания, вращения внутри головы, качания по волнам. После приступа больные длительное время отмечают нарушение равновесия, неустойчивость. Приступ может продолжаться от нескольких минут до нескольких часов, дней, часто сопровождается вегетативными и слуховыми нарушениями. Вестибулярное головокружение может возникать при поражении периферического (полукружные каналы, вестибулярный нерв) или центрального (ствол мозга, мозжечок) отделов вестибулярного анализатора. В одном из последних эпидемиологических исследований вестибулярное головокружение отмечено у 5% взрослого населения.

Очень часто под головокружением больные подразумевают самые разнообразные ощущения, не относящиеся к поражению вестибулярного аппарата (невестибулярное головокружение): дурноту, предобморочное состояние, чувство легкого опьянения, нарушения четкости зрения и другие, которые могут быть связаны с заболеваниями системы кровообращения (артериальной гипотензией, пароксизмальными нарушениями ритма сердца, внутричерепной гипертензией и др.). Головокружение также может быть проявлением конституционально-обусловленных вестибулопатий и невротических расстройств. **Поэтому для лечения больных с АГ, сопровождающейся головокружением, обосновано применение комбинированной антигипертензивной терапии в сочетании с препаратами, направленными на устранение вестибулярных нарушений.**

Для лечения головокружения применяют 4 класса лекарственных препаратов. Это препараты, нормализующие кровоснабжение и энергетические процессы вестибулярных нейронов; препараты, устраняющие вестибуловегетативную симптоматику; препараты, модулирующие гистаминергическую передачу (антигистаминные препараты и производные гистамина.
Для врача-интерниста важно, чтобы препарат наравне с выраженным основным действием не обладал негативным влиянием на сердечно-сосудистую систему в виде непосредственного воздействия на миокард, повышения или снижения АД, изменения ритма сердца и ухудшения коронарного кровотока. Таким требованиям отвечает, в частности, бетагистин (Вестинорм®).

Поэтому было решено в качестве базового средства лечения синдрома головокружения использовать бетагистина дигидрохлорид – препарат Вестинорм® (Фармак®, Украина), который путем прямого агонистического воздействия на H_1-рецепторы сосудов внутреннего уха, а также антагонистического – на H_3-рецепторы улучшает микроциркуляцию и проницаемость капилляров, нормализует давление эндолимфы в лабиринте и улитке, увеличивает кровоток в базилярной артерии.

! Препарат Вестинорм® эффективен при любых поражениях вестибулярного аппарата вне зависимости от того, какой характер они имеют: ирритативный или деструктивный, центральный или периферический.

Благодаря этим эффектам Вестинорм®:
- **уменьшает симптомы головокружения;**
- **снижает частоту, длительность и интенсивность эпизодов головокружения;**
- **повышает комплайенс пациентов с АГ.**

Цель исследования – оценить эффективность и безопасность лечения вестибулярных нарушений у больных АГ при помощи бетагистина дигидрохлорида на фоне комбинированной антигипертензивной терапии.

При проведении скрининга 73 женщин с АГ жалобы на головокружение предъявляли 34 из них. Однако после детального осмотра и изучения анамнеза 5 человек исключили из исследования ввиду наличия ЛОР-заболеваний и невестибулярных головокружений. Таким образом, в исследование вошли 29 женщин с АГ I стадии 1-2 степени (в соответствии с рекомендациями Украинской ассоциации кардиологов по профилактике и лечению АГ), у которых жалобы включали головокружение (основная группа). Средний возраст пациенток составил 58,6±7,8 года. Все женщины находились в постменопаузальном периоде (у 24 женщин – естественная менопауза и у 5 – хирургическая). Стаж АГ у обследованных пациенток варьировал от года до 15 лет.

Для лечения вестибулярных нарушений пациентки основной группы получали Вестинорм® в дозе 8 мг в 3 приема. При выраженных симптомах и недостаточном эффекте доза препарата составляла 24 мг 2 раза в день (48 мг/сут).

В группу сравнения вошли 26 женщин с АГ 1-2 ст., не предъявляющих жалобы на головокружение. Средний возраст этой группы составил 52,7±9,3 года. Стаж АГ у этих больных был в пределах от нескольких месяцев до 10 лет.

В исследование не включали больных с вторичными АГ, сопутствующим сахарным диабетом, сердечной недостаточностью III-IV функционального класса по классификации NYHA и нарушениями ритма сердца, которые могли сопровождаться головокружением.

У 63% вошедших в исследование женщин выявили отягощенную наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям. Избыточная масса тела была у 82,7%, в том числе у 68,4% – абдоминальное ожирение. По результатам клинического обследования, включавшего проведение ЭКГ и лабораторные исследования, у 87% женщин выявлена гипертрофия левого желудочка, у 34% – дислипидемия. Согласно стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений все пациентки относились к категории высокого риска. Поэтому женщинам была назначена комбинированная антигипертензивная терапия с использованием ингибитора АПФ, блокатора кальциевых каналов и диуретика гидрохлортиазида в дозе 12,5 мг/сут. С целью исключения влияния на сердечный ритм и возможной провокации головокружения больным не назначали β-блокаторы и блокаторы кальциевых каналов из группы верапамила.

Продолжение на стр. 26.

Таблица. Показатели СМАД у обследованных больных

Показатель	Основная группа		Контрольная группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
САД, сут	142,60±2,34	128,5 2,68*	139,75±1,69	127,46±1,77*
САД, день	148,31±2,25	134,84 2,96*	145,88±1,75	133,18±1,69*
САД, ночь	131,28±3,01	113,68 2,72*	126,49±2,18	112,70±1,28*
ДАД сут	84,55±2,01	77,41 2,31*	83,03±2,11	78,25±2,07*
ДАД, день	89,23±2,16	82,58 2,55*	88,98±2,14	83,44±2,25*
ДАД, ночь	75,19±2,14	65,31 2,32*	74,24±2,28	64,28±2,33*
ПАД, сут	58,54±2,18	50,28±2,03	57,48±2,25	50,93±2,84
ПАД, день	59,87±2,29	51,44±2,65	58,72±2,49	51,17±2,57
ПАД, ночь	56,91±2,08	48,39±2,89	53,19±2,55	49,35±2,63
ИВ САД, сут	67,99±2,58	30,55 2,06*	62,44±2,04	28,75±2,29*
ИВ ДАД, сут	40,87±3,54	21,99 2,74*	37,40±3,61	20,15±2,16*
ИП САД, сут	290,82±25,25	127,59±15,11*	235,03±11,97	111,67±12,82*
ИП ДАД, сут	95,57±12,52	44,23±3,68*	87,76±10,74	42,11±5,07
СНС САД	11,46±1,16	13,63±1,24	13,29±0,88	14,45±1,15
СНС ДАД	15,53±1,16	17,64±1,45	17,84±1,15	16,79±1,39
Вариабельность САД, день	15,30±1,64	14,28±0,59**	13,42±1,39	12,79±0,47
Вариабельность САД, ночь	12,92±1,55	10,84±0,43*	11,89±1,52	10,78±0,64
Вариабельность ДАД, день	10,48±1,35	10,11±0,75	10,21±1,36	10,47±0,38
Вариабельность ДАД, ночь	9,84±1,54	8,52±0,67	9,45±1,44	9,01±0,59

* Достоверность различий данных в группах до начала лечения и в конце лечения (p<0,05); ** достоверность различий данных между группами (p<0,05).

Т.А. Хомазюк, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой пропедевтики внутренней медицины, **К.Ю. Егоров**, Днепропетровская медицинская академия

Общая врачебная практика: головокружение у женщин с артериальной гипертензией

Продолжение. Начало на стр. 25.

Материал и методы

При суточном мониторинге АД (СМАД) анализировали средние значения систолического и диастолического АД (САД и ДАД), индексы времени (ИВ) и площади (ИП) гипертензии, вариабельность САД и ДАД, пульсовое АД (ПАД), циркадный ритм. Кроме того, пациенткам проводили пробу Ромберга, оценивали наличие нистагма, анализировали шкалу равновесия Берга. Эта шкала является надежным инструментом в решении ряда задач в клинической практике и проведении научных исследований.

Протокол исследования предусматривал мониторинг функционального состояния больных через 3 и 6 нед после начала лечения с проведением СМАД в начале и в конце исследования. Больные основной группы принимали препарат Вестинорм® на протяжении всего срока исследования. Ни один из пациентов не выбыл из исследования, что свидетельствует о хорошей переносимости препарата **Вестинорм®**. Девяти пациенткам (31%) после 3-недельного контроля состояния доза препарата была увеличена до 48 мг/сут в связи с сохраняющимся головокружением. Для достижения целевых цифр АД при контроле офисного АД 6 женщинам (20,7%) из основной группы и 5 (19,2%) из группы сравнения в антигипертензивную терапию был включен гидрохлортиазид в дозе 12,5 мг/сут.

Результаты

Из представленных данных показателей суточного мониторинга АД (табл.) видно, что обе группы существенно не различались ни по уровню АД, ни по показателям нагрузки АД, ни по его вариабельности и суточному профилю. В то же время в группе контроля отмечали тенденцию к более низкому уровню дневной вариабельности САД. Частота сердечных сокращений (ЧСС) в обеих группах находилась в пределах нормальных значений и составляла 75,11±2,45 уд/мин в основной группе и 77,54±1,87 уд/мин в группе сравнения. После проведенного лечения в обеих группах больных наблюдали достоверное снижение САД и ДАД во все временные промежутки в течение суток. Однако следует отметить, что в группе больных, которым наряду с комбинированной терапией АГ назначался препарат Вестинорм®, происходило более выраженное снижение АД. Достоверная динамика характеристик АД выявлена при анализе ИВ и ИП.

При анализе изменений циркадного ритма было установлено, что на фоне комбинированной антигипертензивной терапии с включением препарата Вестинорм® у пациентов основной группы наблюдалась тенденция к увеличению степени ночного снижения (СНС) САД и ДАД в среднем на 2% в пределах нормальных значений изменений циркадного ритма. У пациентов контрольной группы отмечалось недостоверное увеличение СНС САД и снижение СНС ДАД.

В обеих группах происходило снижение вариабельности САД и ДАД. Однако у пациенток, принимавших препарат Вестинорм®, наибольшая степень снижения вариабельности САД была в ночной период. ЧСС у пациенток обеих групп на фоне лечения существенно не изменилась.

В зависимости от суточной дозы препарата Вестинорм® пациенток основной группы разделили на две подгруппы. В первую вошли больные, которые принимали 24 мг/сут, а во вторую – принимавшие 48 мг/сут.

При анализе данных суточного мониторинга АД среди подгрупп больных, получавших разные дозы препарата Вестинорм®, достоверные различия в уровне АД и ЧСС во все временные интервалы суток не выявлены (рис. 1).

Циркадный ритм по степени ночного снижения АД достоверно не менялся в зависимости от дозы препарата Вестинорм®, хотя выявлена тенденция к снижению ДАД ночью. Вариабельность АД также достоверно не отличалась в подгруппах больных, принимавших разные дозы препарата Вестинорм®. Однако в подгруппе пациенток, которые получали 48 мг/сут препарата Вестинорм®, выявили тенденцию к увеличению уровня вариабельности САД и снижению вариабельности ДАД днем и ночью (рис. 2).

Все женщины основной группы отмечали улучшение самочувствия, которое проявлялось в уменьшении степени головокружения или его полном прекращении, а также в улучшении общей работоспособности. К концу 3-й недели 8 (27,6%) больных отмечали исчезновение головокружения, а 11 (37,9%) – уменьшение его интенсивности. К концу исследования (через 6 нед терапии) только у 3 пациенток (10,3%) отмечалось эпизодическое головокружение.

Пять человек из основной группы (17,2%) были неустойчивы при проведении пробы Ромберга до начала лечения. После лечения с включением препарата Вестинорм® у 4 женщин отмечалась отрицательная проба Ромберга.

Нистагм определяли у 9 женщин основной группы, что составляло 31%. После проведения лечения препаратом Вестинорм® нистагм полностью исчез у 5 пациенток, а у оставшихся 4 пациенток потребовалась коррекция дозы препарата Вестинорм®. При оценке шкалы равновесия Берга до начала лечения в основной группе сумма баллов в среднем составила 46,5±2,8. Несмотря на то что все обследованные больные относились к категории пациентов, не требующих постороннего ухода, у большинства из них наблюдались затруднения при повороте туловища, поднятии предметов, способности стоять на одной ноге. После проведения комбинированной антигипертензивной терапии в сочетании с препаратом Вестинорм® сумма баллов по шкале Берга увеличилась до 53,7±2,2, причем такая динамика оценки равновесия была достоверной ($p<0,05$).

На протяжении всего периода исследования пациентки отмечали хорошую переносимость препарата Вестинорм®. **Все больные завершили исследование в соответствии с протоколом; нежелательные побочные эффекты не зарегистрированы.**

Обсуждение

Актуальность рассматриваемой проблемы не вызывает сомнений. В настоящее время едва ли не каждый третий взрослый житель Украины страдает АГ. Основными задачами лечения являются:

- снижение у этого контингента больных риска сердечно-сосудистых осложнений;
- улучшение качества их жизни.

Головокружение, основной причиной которого является вертебробазилярная недостаточность, является ведущим проявлением гипертензивной энцефалопатии и, по данным некоторых исследований, встречается почти у половины больных кардиологического профиля. Поэтому наряду с лечением АГ и предупреждением сердечно-сосудистых осложнений важным является вопрос лечения вестибулярных расстройств, сопровождающих АГ.

Учитывая особенности течения заболевания, важно, чтобы лекарственные препараты, направленные на лечение головокружения, не оказывали неблагоприятное влияние на сердечно-сосудистую систему. С этой точки зрения препарат бетагистина гидрохлорид является предпочтительным.

Выбор комбинированной антигипертензивной терапии обусловлен тем, что больные, принимавшие участие в исследовании, относились к категории высокого сердечно-сосудистого риска. Согласно рекомендациям Украинской ассоциации кардиологов и пересмотренных рекомендаций Европейского кардиологического общества по ведению больных с АГ от 2009 г. ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II и антагонисты кальция являются препаратами выбора у данной категории больных.

В результате проведенного 6-недельного лечения с включением препарата Вестинорм®, по данным СМАД, наблюдали снижение САД, ДАД, ПАД и нагрузочных индексов сопоставимо с группой больных, не получавших бетагистин. Кроме того, на фоне лечения препаратом Вестинорм® уменьшилась вариабельность АД (в меньшей степени, чем в группе сравнения). Такая динамика АД у больных АГ на фоне комбинированной антигипертензивной терапии и бетагистином отмечена в работах других авторов. Среди кардиологов бытует мнение, что назначение бетагистина в дозе, рекомендуемой невропатологами (48 мг/сут), может вызывать побочные явления со стороны сердечно-сосудистой системы, поэтому мы провели сравнительный анализ показателей СМАД у больных, получавших Вестинорм® в дозе 24 и 48 мг/сут. Согласно полученным данным Вестинорм® не оказывал отрицательного влияния на показатели СМАД. Клиническую эффективность препарата Вестинорм®, анализируемую по наличию нистагма, устойчивости в позе Ромберга и выраженности головокружения по шкале Берга, как и его переносимость, по результатам проведенного исследования можно оценить как «хорошая».

Выводы

1. Комплексная программа лечения больных АГ с головокружением антигипертензивными препаратами и препаратом Вестинорм® (Фармак®, Украина) благоприятно воздействовала на клиническую симптоматику головокружения. Отмечено:
   - снижение интенсивности, длительности и частоты возникновения симптомов головокружения в пределах 3 нед у 65% больных;
   - уменьшение количества пациенток, неустойчивых в позе Ромберга, с 17% до 3%;
   - улучшение показателей шкалы оценки равновесия Берга с 46,5 до 53,7 балла.
2. Использование в комплексной антигипертензивной терапии у женщин с АГ и головокружением препарата Вестинорм® не влияло на действие гипотензивных препаратов и циркадный ритм АД.
3. Увеличение дозы препарата Вестинорм® с 24 до 48 мг/сут не приводило к увеличению частоты побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы и хорошо переносилось больными.

Список литературы находится в редакции.

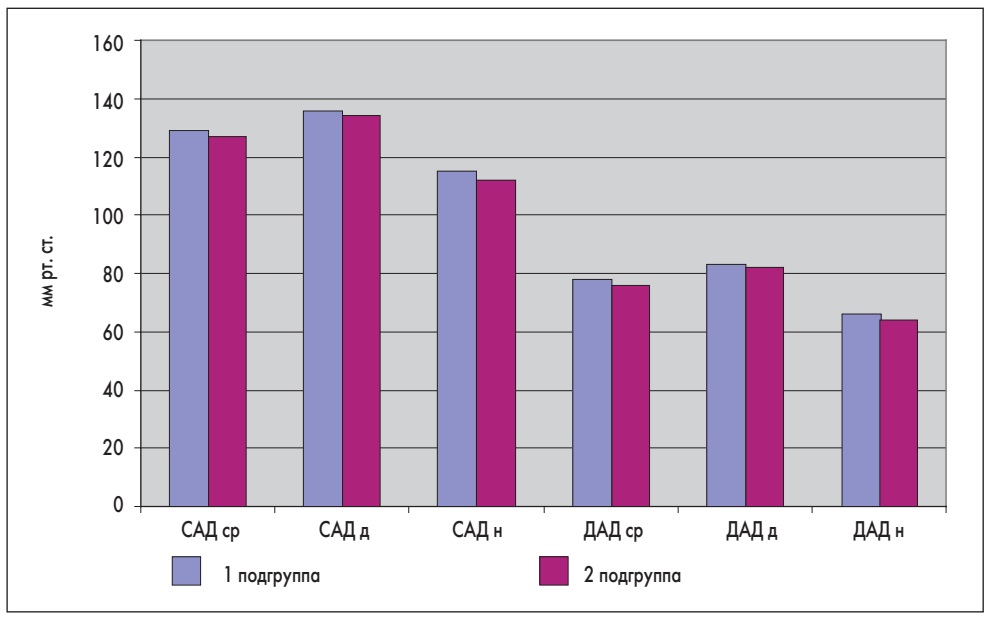

Рис. 1. Показатели САД и ДАД после лечения разными дозами препарата Вестинорм®

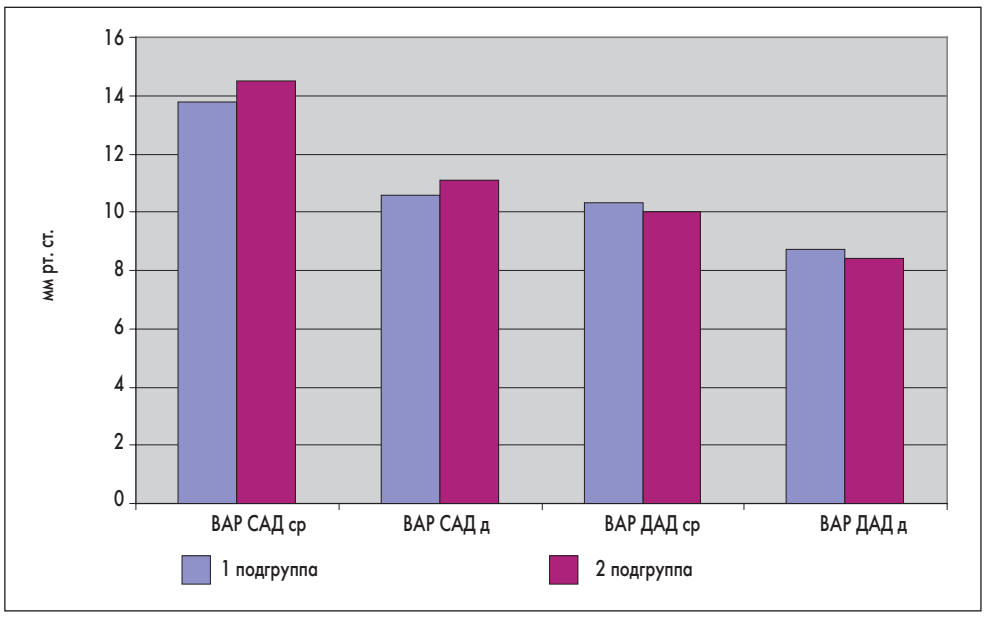

Рис. 2. Изменения вариабельности АД после лечения разными дозами препарата Вестинорм®