

Ю.Я. Варакин, д.м.н., профессор Г.В. Горностаева, к.м.н., М.Е. Прокопович, к.м.н., П.А. Федин, к.м.н., Л.С. Манвелов, к.м.н., Научный центр неврологии РАМН, г. Москва

Головокружение при начальных проявлениях цереброваскулярной патологии

По данным немногочисленных эпидемиологических исследований начальных проявлений цереброваскулярной патологии (ЦВП), жалобы на головокружение предъявляют до 30% обследованных, в то время как среди госпитализированных больных с ЦВП их доля снижается до 18%, а обращаемость по поводу головокружения в лечебно-профилактические учреждения составляет лишь 2,4% [6, 9-11, 13].

Головокружение чаще выявляется у женщин, чем у мужчин, в основном у больных старшего возраста и, как правило, сопровождается такими разнообразными симптомами, как нарушение равновесия, тошнота, рвота, головная боль, снижение слуха, шум в ушах и др. [2, 3, 6]. У пациентов с дисфункцией вегетативной нервной системы головокружение встречается в 58-71% случаев [7]. У больных с головокружением нередко отмечаются заболевания ушей, патология шейного отдела позвоночника (более чем в 70% случаев) и поражение позвоночных артерий (в половине случаев) [1, 2, 5, 12, 13]. Головокружению посвящено много основанных на клинических данных работ, в которых большое внимание уделяется его тяжелым проявлениям. Эпидемиологии синдрома уделено существенно меньше внимания, возможно, из-за отсутствия единых общепризнанных критериев его диагностики и определения степени выраженности, многообразия причин появления и др. [5, 9].

Несмотря на то что многим пациентам, страдающим головокружением, можно оказать эффективную помощь, лечение нередко оказывается неадекватным. Кроме того, существенная часть больных с головокружением по разным причинам не обращаются за медицинской помощью, поэтому показатели обращаемости в лечебные учреждения, особенно среди пациентов с легкими формами головокружения, не соответствуют реальным масштабам проблемы и информацию позволяют получить эпидемиологические популяционные исследования.

Материал и методы исследования

Выявление больных с головокружением осуществлялось в рамках скрининга, проводимого совместно с Государственным научно-исследовательским центром профилактической медицины. На основании списков ОМС по таблице случайных чисел была сформирована 0,2% выборка из неорганизованного населения трудоспособного возраста (35-60 лет), проживающего в ЮЗАО (бывшем Октябрьском районе) г. Москвы, насчитывающая 1035 человек. Численность обследованных составила 726 человек (383 мужчины и 343 женщины), средний возраст которых был 49,5±9,3 года. Отклик пациентов превышал 70%, как принято в эпидемиологических исследованиях [8]. В работе использовался разработанный нами вопросник, позволивший определить распространенность цереброваскулярной патологии и число пациентов с различными «церебральными жалобами», в том числе и на головокружение, причем уточнялись дополнительные сведения о его особенностях (частота, давность выявления, степень тяжести и т. д.), которые редко анализируются в таких исследованиях. При изучении состояния вегетативной нервной системы использовался модифицированный нами вопросник Центра вегетативной патологии и

головной боли клиники нервных болезней 1-го МГМУ им И.М. Сеченова, который позволяет не только выявить синдром вегетативной дистонии (СВД), но и по сумме баллов оценить его выраженность. При этом учитывались различные проявления СВД. Вопросник прошел апробацию как в популяционных, так и в клинических исследованиях. Полученные с его помощью результаты отличаются высокой воспроизводимостью [4, 9]. Ряду больных проводилось отоневрологическое обследование и исследование акустических стволовых вызванных потенциалов (АСВП), а также дуплексное сканирование магистральных артерий головы (МАГ).

Для анализа полученных данных был использован пакет программ Statistica 6.0 с определением средних квадратических отклонений (s). Для оценки распространенности рассчитывались 95% доверительные интервалы, которые далее представлялись в квадратных скобках. При сопоставлении полученных данных применялся критерий χ^2 с поправкой Йетса.

Результаты

Среди 726 обследованных было выделено 203 больных (28,0%) с начальными проявлениями ЦВП, включающими клинический синдром начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга и I стадию дисциркуляторной энцефалопатии. Из этих пациентов была сформирована группа, насчитывающая 106 (14,6% [12,2, 17,3%]) больных, предъявлявших жалобы на частые (не реже 1 раза в неделю) приступы головокружения, появившиеся не менее чем за 3 мес до обследования. Их возраст не отличался от возраста обследованной популяции и составил 52,8±8,9 года. Мужчин было отобрано 31 из 383 (8,1% [5,8, 11,2%]), значимо меньше ($p<0,001$), чем женщин – 75 из 343 (21,9% [17,8, 26,5%]).

После телефонного опроса часть из 106 больных выбыли из дальнейшего исследования по разным причинам (прекращение или малая частота приступов головокружения, занятость, обострение хронических заболеваний, появление новой патологии и т. д.), а 40 больных были приглашены на обследование в НЦН РАМН. При этом уточнялись анамнестические сведения и клиническое состояние больных. Особое внимание было уделено артериальной гипертензии и гипертоническим кризам. Уточнялась эффективность принимаемых ранее препаратов.

У всех 40 больных были диагностированы начальные проявления ЦВП с частыми приступами головокружения, появившимися не менее чем за 3 мес до обследования. При этом учитывались не только его особенности, но и влияние на работоспособность и качество жизни больных. Всем 40 больным было проведено отоневрологическое обследование и исследование АСВП, а также дуплексное сканирование МАГ.

По анамнестическим данным, у половины больных родители страдали

сосудистой патологией (артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульт), а в 5 случаях (12,5%) – синдромом Меньера. Легкую травму головы перенесли 14 обследованных (35,0%), вестибулопатией страдали 26 (65,0%), заболеванием ушей – 11 (27,5%), снижением слуха – 17 (42,5%), шумом в ушах – 23 (57,5%). Боли в области шеи наблюдались у 36 больных (90,0%).

Артериальная гипертензия наблюдалась у 27 из 40 больных (67,5%), в том числе у 14 с гипертоническими кризами (35,0%), которые в 10 случаях (25%) сопровождалась головокружением. При неврологическом обследовании у 5 из 40 пациентов (12,5%) был выявлен горизонтальный нистагм, у 34 (85,0%) – болезненность при пальпации шейных паравerteбральных точек или остистых отростков, а у 32 больных (80,0%) отмечалась неустойчивость при ходьбе.

При исследовании особенностей головокружения выявлено, что у 21 пациента (52,5%) приступы носили только несистемный характер, а у остальных чередовались с системными. У 28 пациентов (70,0%) частота

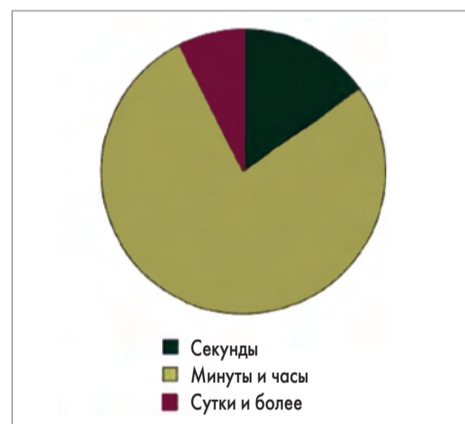


Рис. 1. Длительность приступов головокружения в обследуемой группе

повторения приступов нарастала постепенно, а у остальных они сразу стали частыми (не реже 1 раза в неделю). У 31 пациента (77,5%) длительность приступов обычно составляла от нескольких минут до нескольких часов, у 6 (15,0%) – секунды, а у 3 (7,5%) головокружение могло продолжаться сутками (рис. 1). У 39 больных (97,5%) головокружение было связано с переменной положением головы или туловища. У 21 больного (52,5%) давность появления головокружения составила не более 5 лет, у 13 (32,5%) – от 6 до 10 лет, а у 15 пациентов – более 10 лет.

Снижение трудоспособности из-за головокружения на работе отмечали 35 больных (87,5%), а ограничение возможности заниматься домашними делами – все пациенты. Снижение качества жизни отмечали 39 больных (97,5%), в том числе 4 (10%) – существенное. Обращались в лечебные учреждения по поводу приступа головокружения 29 пациентов (72,5%), из них 15 (37,5%) пользовались листом нетрудоспособности. Однако лечение (гипотензивные, вазоактивные, ноотропные препараты) чаще всего было нерегулярным, кратковременным, проводилось однократными курсами.

В результате у 11 из 29 больных (37,9%), получавших лечение, отмечалось небольшое снижение выраженности и частоты приступов, которое, однако, сохранялось в течение непродолжительного периода; 7 из 29 пациентов (24,1%) были вынуждены обращаться за помощью многократно.

Большинство больных наряду с головокружением предъявляли и другие «церебральные жалобы»: на приступы головной боли – 36 (90,0%), шума в голове – половина, на нарушение памяти – 36 (90,0%), на быструю утомляемость – 38 (95,0%). У всех обследованных был выявлен СВД. Сумма баллов по вопроснику составила в среднем 57,0±15,1. При этом СВД средней тяжести (30-59 баллов) диагностирован у 26 больных (65,0%), а у остальных степень нарушения была еще более выраженной.

При обследовании отоневролога у всех 40 больных выявлено поражение вестибулярного анализатора, а при исследовании АСВП нарушение его функции было обнаружено у 27 больных (67,5%). При дуплексном сканировании у 34 больных (85,0%) обнаружены отдельные гемодинамические незначимые изменения МАГ.

Поскольку известно, что в функционировании вестибулярных структур важную роль играет гистаминергическая система, для лечения синдрома головокружения нами был использован бетастерк гидрохлорид (Бетасерк), имеющий структурное сходство с гистамином. Проведенные ранее, в том числе двойные слепые, исследования свидетельствуют о его высокой эффективности при головокружении: препарат снижает частоту приступов и их выраженность. Бетасерк не вызывает привыкания и не обладает седативным эффектом. Лечение Бетасерком оказывает положительное влияние и на некоторые сопутствующие симптомы (головные боли, проявления вегетативной дисфункции, нарушение равновесия и др.), а также на показатели мозгового кровотока [3, 5].

После проведенного обследования 10 пациентов отказались от лечения по разным причинам, а остальным 30 больным с головокружением при начальных проявлениях ЦВП был назначен курс лечения Бетасерком (48 мг/сут) в течение 2 мес.

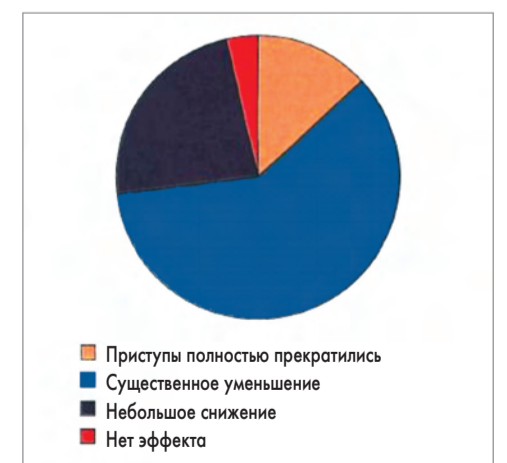


Рис. 2. Положительное влияние лечения препаратом Бетасерк на уменьшение приступов головокружения

Продолжение на стр. 6.

Т.Г. Височанська, Н.В. Карпенко, Т.В. Костенко, С.О. Бородій, Н.В. Коробчук, І.В. Капітанчук, інсультне відділення Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. О.І. Ющенка

Комплаєнс у лікуванні пацієнтів після перенесеного інсульту

Мета нашого дослідження – з'ясувати, якою є прихильність пацієнтів до виконання клінічних рекомендацій, отриманих під час виписки з інсультного відділення.

Методи

Ми провели телефонне опитування 100 пацієнтів через 9 міс після виписки зі стаціонару. Пацієнти перебували на лікуванні в інсультному відділенні з червня по листопад 2010 р. Під час надходження до відділення пацієнта оглядає черговий лікар-невролог й обстежує відповідно до сучасного алгоритму і протоколів МОЗ України. Усіх пацієнтів оглядають кардіолог, окуліст, ендокринолог. Пацієнтів з геморагічним інсультом і патологією прецеребральних судин консультує нейрохірург, після чого визначається оптимальна тактика подальшого ведення пацієнта – або продовження консервативного лікування, або проведення оперативного втручання. Щоденну допомогу пацієнтам відділення надає мультидисциплінарна бригада. Велика увага приділяється цілодобовому нагляду за пацієнтом. Усі дії чергового персоналу передбачені розробленими у відділенні «Кроками», які регламентують перелік й об'єм дій чергового лікаря і середнього персоналу в умовах інсультного відділення. Така організація роботи інсультного блоку дає змогу швидко реагувати на зміни стану пацієнта і вчасно надавати необхідну допомогу. Цілодобовий нагляд і рання активізація пацієнтів дає змогу запобігти ускладненням перебігу інсульту – тромбоемболії легеневої артерії, інфаркту міокарда, застійним явищам у легенях, а також зменшити ступінь неврологічного дефіциту. У режимі роботи відділення у післяобідній час відведена година для візиту родичів пацієнтів. Під час таких відвідувань чергова медична сестра, яка здійснює нагляд за пацієнтом, навчає родичів необхідних навичок догляду за хворим залежно від ступеня неврологічного дефіциту в нього. По суботах черговий лікар-невролог проводить бесіду з відвідувачами. Розповідь про фактори ризику інсульту, загальні принципи лікування цієї хвороби, необхідність поступової активізації пацієнта дає відповідь на запитання, які виникають у відвідувачів під час бесіди. Ключовим моментом бесіди є акцент на необхідності застосування вторинної профілактики інсульту, а саме: приймання антигіпертензивних препаратів, статинів й антиагрегантів в індивідуальному режимі. Також певна увага приділяється активній участі найближчого оточення пацієнта в реабілітаційних заходах, а саме фізичній і психологічній активізації пацієнта для покращення якості його життя.

Під час виписки з відділення пацієнт отримує:

- витяг з історії хвороби – вичерпну інформацію про стан здоров'я за період перебування в інсультному відділенні;
- результати обстежень і рекомендації щодо вторинної профілактики інсульту згідно із сучасними поглядами на проблему інсульту;
- інструкцію з догляду за пацієнтом із грубим неврологічним дефіцитом у домашніх умовах;
- рекомендації щодо контролю артеріального тиску і гіпохолестеринової дієти;
- листівку «Як запобігти інсульту»;
- перелік необхідних лікарських засобів для вторинної профілактики гострих порушень мозкового кровообігу з чіткою вказівкою дози і терміну їх застосування.

Під час виписки з відділення звертається увага кожного пацієнта/його родичів на необхідність подальшого спілкування з медичним працівником за місцем проживання, що поліпшить контроль за проведенням лікувальних і реабілітаційних заходів.

Отже, під час телефонного опитування з'ясувалися такі питання: місце проживання, доступність медичного працівника (лікар, фельдшер), частота спілкування з медичним працівником, відміна або заміна препаратів і прихильність до виконання наданих в інсультному відділенні медикаментозних рекомендацій.

Результати

Згідно з отриманими відповідями 30% пацієнтів – жителів районних центрів і сільської місцевості звертаються до районного лікаря одразу після виписки з інсультного відділення по дорозі додому, у подальшому вони спілкуються з медпрацівником значно рідше, навіть за наявності такої можливості.

17% пацієнтів звертаються за медичною допомогою до фельдшера за місцем проживання – це жителі сільської місцевості, 42% звертаються до лікарів районної лікарні. 37% пацієнтів незалежно від місця проживання звертаються до лікарів м. Вінниці.

4% не спілкуються з лікарями за власним рішенням, користуються рекомендаціями, отриманими під час виписки з інсультного відділення.

Протягом цього періоду повторне порушення мозкового кровообігу перенесли 5 пацієнтів (1 житель сільської місцевості, 1 – районного центру, 2 – м. Вінниці), згідно з результатами опитування усі хворі знаходилися під наглядом дільничних лікарів, один випадок (житель м. Вінниці) – летальний (повторний інсульт).

Серед решти пацієнтів 11% спілкуються з лікарями, але не прислуховуються до медичних порад.

2% опитаних пацієнтів не спілкуються з лікарями і не дотримуються рекомендацій щодо вторинної профілактики інсульту/судинних подій.

У 18% випадків відбулась адекватна корекція антигіпертензивного лікування, у 6% – призначення додаткових препаратів з інших причин.

Висновки

За період перебування у відділенні пацієнт і його родичі спілкуються з мультидисциплінарною командою й отримують вичерпну інформацію щодо факторів ризику інсульту, необхідності застосування певних препаратів вторинної профілактики інсульту і ступеня активізації пацієнтів, урахування індивідуального неврологічного дефіциту. Рекомендації надаються згідно із сучасними рекомендаціями і національними протоколами Української асоціації боротьби з інсультом. Майже всі пацієнти (за винятком 4%) дотримуються лікувальних рекомендацій, наданих лікарями інсультного відділення після закінчення терміну перебування у стаціонарі. Досягнутий комплаєнс дає змогу ефективно застосовувати вторинну профілактику в попередженні небажаних судинних подій.

Ю.Я. Варакин, д.м.н., профессор Г.В. Горностаева, к.м.н., М.Е. Прокопович, к.м.н., П.А. Федін, к.м.н., Л.С. Манвелов, к.м.н., Научный центр неврологии РАМН, г. Москва

Головокружение при начальных проявлениях цереброваскулярной патологии

Продолжение. Начало на стр. 5.

По окончании лечения у 4 пациентов (13,3%) приступы полностью прекратились, у 18 (60,0%) было отмечено существенное уменьшение количества, выраженности и частоты приступов головокружения, у 7 (23,3%) наблюдалось небольшое улучшение и лишь у 1 больной не было положительной динамики (рис. 2).

Улучшение состояния после курса лечения Бетасерком наблюдалось также у 11 из 15 больных (73,3%) со снижением слуха, у 21 из 23 (91,3%) – с шумом в ушах, в том числе у 2 пациентов шум прекратился полностью. Улучшение отметили 22 из 24 больных с неустойчивостью при ходьбе (91,7%), в том числе у 9 пациентов (37,5%) она полностью исчезла.

После курса лечения Бетасерком у 28 из 30 больных (93,3%) также отмечено значительное уменьшение тяжести СВД (в среднем на $24,5 \pm 13$ баллов), причем в основном это относилось к таким его проявлениям, как метеозависимость, приступы «дурноты», диссомния, парестезии кистей и стоп, гипергидроз. При этом у 25 из 30 больных (83,3%) улучшилась работоспособность, в том числе у 14 (46,7%), по их мнению, существенно. Легче стало заниматься домашними делами 28 из 30 пациентов (93,3%). В результате у 29 из 30 больных (96,7%) повысилась оценка качества жизни, в том числе у 19 (63,3%) – существенно.

При повторном отоневрологическом обследовании после лечения у 23 из 30 пациентов (76,7%) отмечено улучшение состояния вестибулярного анализатора. Повторное исследование АСВП было проведено 20 пациентам с изменениями показателей при первичном обследовании. Улучшение проведения акустического сигнала отмечено у 13 больных (65,0%), в том числе у 6 (30%) до нормального уровня. У 6 больных (30%) выявлены те же изменения, что и при первичном обследовании, а у 1 больной зафиксировано ухудшение показателей АСВП, причем у нее не наблюдалось улучшение ни при неврологическом, ни при отоневрологическом обследовании.

Через 6 мес после курса лечения было проведено повторное неврологическое обследование, позволившее определить, что у 23 из 29 больных (79,3%) с головокружением сохранился положительный эффект приема Бетасерка (прекращение или снижение количества, частоты и тяжести приступов), а у 2 пациентов (6,9%) произошло дальнейшее улучшение

состояния; у 4 больных (13,8%) положительный эффект хотя и снизился, но состояние было лучше, чем до лечения (рис. 3).

Положительный эффект лечения через 6 мес сохранился также в большинстве случаев и при других симптомах, в том числе у 21 из 22 больных (95,5%) с нарушением равновесия, у 9 из 11 (81,8%) при снижении слуха, у 16 из 21 пациента (76,2%) с жалобами на шум в голове. Улучшение вегетативной регуляции после курса лечения сохранилось у 26 из 30 больных (86,7%), в том числе у 2 из них улучшение продолжалось. У 26 из 28 больных (92,9%) сохранилось улучшение работоспособности, в то время как состояние 2 пациентов (7,1%) вернулось к исходному уровню, отмеченному до лечения. В результате у 28 из 29 больных (96,6%) через 6 мес после лечения сохранилось улучшение качества жизни; у 4 пациентов (13,8%) эта оценка хотя и несколько снизилась, но все же не достигла минимального уровня, наблюдавшегося до лечения. Лишь 1 больная оценивала качество жизни на фоне терапии так же, как и до лечения.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование показало следующее.

1. Отмечается значительная распространенность головокружения в популяции трудоспособного возраста (14,6%) и у половины пациентов с начальными проявлениями ЦВП.

2. Нередко встречается сочетание приступов головокружения с жалобами на головную боль, шум в голове, неустойчивость при ходьбе, а также с существенным снижением работоспособности и качества жизни. При этом обращались за медицинской помощью только третья часть таких больных.

3. Проведение курса лечения бетастигином (Бетасерком) у большинства больных приводит к положительной динамике в отношении не только головокружения, но и ряда сопутствующих неврологических симптомов, что подтверждают данные инструментальных методов исследования.

4. Эффект курсового лечения бетастигином (Бетасерком) сохраняется по крайней мере на протяжении нескольких месяцев.

Литература

1. Алексеева Н.С. и др. // Журн. неврол. и психиатр. 2000. – Т. 100. – № 6. – С. 46.
2. Амелин А.В. и др. // Журн. неврол. и психиатр. 2003. – Т. 103. – № 5. – С. 43.
3. Афанасьева С.А. и др. // Неврол. журн. 2003. – Т. 8. – № 4. – С. 38.
4. Вейн А.М. и др. // Журн. неврол. и психиатр. 1991. – Т. 91. – № 11. – С. 26.
5. Горбачева Ф.Е. и др. // Рус. мед. журн. 2004. – Т. 12. – № 10. – С. 26.
6. Гусев Е.И. и др. // Журн. неврол. и психиатр. 1998. – Т. 98. – № 11. – С. 19.
7. Исмагилов М.Ф., Волков Ю.В. // Журн. неврол. и психиатр. 1996. – Т. 98. – № 10. – С. 4.
8. Роуз Дж. и др. Эпидемиологические методы изучения сердечно-сосудистых заболеваний. Женева, 1984.
9. Сулина З.А. и др. // Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Патогенетические механизмы. Профилактика. 2-е изд. М., 2009.
10. Drachman D.A. // JAMA. 1998. – V. 290. – № 24. – P. 2111.
11. Guilemany J.M. et al. // Acta Otolaryngol. 2004. – V. 124. – № 1. – P. 49.
12. Nwaorgu O.G. et al. // Neurol. Sci. 2004. – V. 25. – № 3. – Suppl. 1. – P. 24.
13. Zaleski P. et al. // Otolaryngol. Pol. 2004. – V. 58. – № 1. – P. 97.

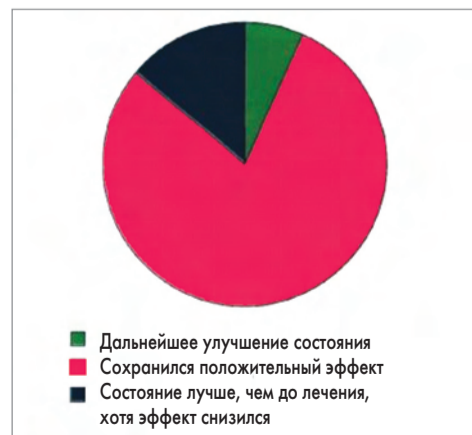


Рис. 3. Сохранение положительного эффекта через 6 мес после курса лечения препаратом Бетасерк