

В.Ю. Приходько, д.м.н., профессор, кафедра терапии и гериатрии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

Симптоматическая ноотропная терапия в комплексном лечении больных с артериальной гипертензией

Согласно официальной статистике, в Украине насчитывается около 12,2 млн человек с артериальной гипертензией (АГ), что составляет 32,2% взрослого населения страны. Широкая распространенность этого заболевания ассоциируется с большим количеством случаев инсульта (120 тыс. в год) и инфаркта (50 тыс. в год), огромным вкладом сердечно-сосудистой патологии в общую смертность населения Украины (>60%).

Проблемы с контролем артериального давления (АД) у пациентов испытывает каждый врач, занимающийся лечением АГ. И это при огромном выборе антигипертензивных средств, их высокой эффективности (до 50% в виде монотерапии и до 80% при комбинированном лечении). Не всегда снижение АД сопровождается улучшением качества жизни больного, иногда может наблюдаться усиление явлений астении, головокружения и головной боли. В некоторых случаях при снижении АД активируются контррегуляторные механизмы, направленные на его повышение (в первую очередь симпатoadренальная система). При этом у больных могут возникать возбуждение, тревога, учащенное сердцебиение, чувство страха. Врач может быть удивлен заявлением пациента, что антигипертензивный препарат с доказанной эффективностью «повышает давление». В этом случае речь идет, скорее всего, о контррегуляторной симпатoadренальной активации. Такие явления наблюдаются у пациентов с исходно повышенным уровнем тревожности. Из этого следует, что в лечении больных с АГ необходимо уделять внимание и симптоматической терапии, которая позволяет уменьшить явления вегетативной дисфункции, астении, тревоги, подавленности и улучшить когнитивные функции. Следует подчеркнуть, что перечисленные нарушения тесно связаны с самой АГ.

Важное место в клинической картине дисциркуляторной гипертензивной энцефалопатии занимает астения. Астенические расстройства отмечаются почти у 50% больных, которые обращаются за медицинской помощью к специалистам по внутренней патологии и наиболее часто наблюдаются в пожилой популяции.

Астения — это состояние организма, характеризующееся общей слабостью, повышенной утомляемостью, головной болью, головокружением, снижением работоспособности, частой сменой настроения, вегетативными нарушениями, расстройствами сна, мышечной болью. Астению следует отличать от утомления — естественного физиологического состояния, вызванного избыточной физической нагрузкой.

Астеническое состояние может иметь функциональную или органическую природу; чаще всего определенный вклад в ухудшение состояния больного вносят и органические, и сопутствующие им функциональные расстройства. Функциональная астения составляет почти 55% случаев диагностированных нарушений. Она связана с психическими расстройствами (неврозом, депрессией, ипохондрией, психосоматическими нарушениями). При функциональной астении больной жалуется на слабость в руках, томление в ногах, чувство разбитости, «полное истощение нервной системы» и вялое недомогание как после перенесенной вирусной инфекции, равнодушие к окружающему миру, умственную лень. Эти ощущения очень инертны, больные не отмечают прилива энергии после отдыха и сна. У лиц старшего возраста наряду с функциональным компонентом астении также могут регистрироваться различные органические расстройства, которые вызывают и усугубляют функциональные. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра представлена рубрика F06.6. **Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство**, для которого характерны церебрастенический синдром в виде физической и психической слабости; выраженная и постоянная эмоциональная несдержанность или лабильность, утомляемость, истощаемость; чрезмерная, болезненная чувствительность к внешним раздражителям, непереносимость шума, яркого света и вегетативные нарушения.

Именно вегетативные расстройства ярко и болезненно окрашивают клинику АГ. Наиболее часто отмечается кардиалгический синдром без четкой иррадиации, возникающий чаще в покое, длящийся в течение нескольких суток, не усиливающийся

при физической нагрузке и не купирующийся при приеме кардиотропных препаратов. Пациенты остро реагируют на боль, стонут, вскрикивают, вздыхают. Характер боли определить трудно: она давит, пульсирует, часто усиливается в предассветные часы. Кардиалгии могут сопровождаться учащенным сердцебиением (до 120 уд./мин) в покое и повышением АД. В последнем случае гипотензивные средства неэффективны, однако результативно применение транквилизаторов и антидепрессантов. У некоторых больных отмечается синдром «возбужденного сердца» (синдром Да Коста), включающий учащенное сердцебиение, одышку, усталость и боль за грудиной в покое после эмоциональных нагрузок. Часто больных беспокоит ощущение кома в горле, который является эквивалентом боли и не поддается коррекции лекарственными средствами. Вегетативная дисфункция дыхательной системы проявляется ощущением неполноты вдоха, учащенным поверхностным дыханием, частыми дополнительными вздохами, одышкой на фоне стрессовой ситуации, исчезающей при физической нагрузке или во время сна.

Синдром вегетативной дисфункции может проявляться вегетативными кризами. Кризы имеют соматические симптомы, часто напоминают сердечно-сосудистые, неврологические или легочные заболевания. Но при этом важной их характеристикой являются сопутствующее чувство беспричинной тревоги, внутреннего напряжения, ощущение «натянутого нерва» внутри. Чаше агрессия и раздражительность наблюдаются при симпатoadренальных кризах (возбуждение, озноб, тремор, ощущение внутренней дрожи, тахикардия, прилив крови к голове, лицу, полиурия и поллакиурия), тогда как вагоинсулярные кризы (слабость, головокружение, тошнота, чувство нехватки воздуха) проявляются слабостью, подавленностью и плаксивостью. Также характерны смешанные вегетативные кризы со всеми перечисленными симптомами разной степени выраженности.

Учитывая сопутствующие АГ когнитивные, астенические и вегетативные расстройства, большое клиническое значение имеет правильно подобранная симптоматическая ноотропная и анксиолитическая терапия. Лечение АГ, особенно у больных старших возрастных групп, должно быть комплексным с предпочтительным назначением препаратов, улучшающих мозговое кровообращение, содействующих лучшей переносимости гипоксии и оказывающих стимулирующее влияние на метаболизм мозга. Одним из таких препаратов является фенибут (Бифрен, «Фарма Старт»). Бифрен является производным гамма-аминомасляной кислоты и фенилэтиламина. Фенибут широко используется в космонавтике (эффективно снижает уровень стресса у космонавтов, оказывает расслабляющее действие при

высокой тревожностью, не вызывая седации). Также препарат широко применяется в педиатрии. Показаниями к назначению Бифрена (фенибута) являются астенические и тревожно-невротические состояния, беспокойство, страх, бессонница, а также тревожность и напряжение перед хирургическим вмешательством и сложными диагностическими процедурами. Бифрен обладает ноотропным, транквилизирующим и противоастеническим эффектами.

Собственные данные

В клинике ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины» мы наблюдали 46 пациентов с АГ в возрасте 44-73 года (средний возраст — 64,3 года). Все пациенты получали антигипертензивную терапию (преимущественно комбинированную) и находились под наблюдением врачей в течение 6-12 мес до включения в исследование. Поэтому полученные результаты нельзя объяснить исключительно действием антигипертензивных препаратов, снижением АД или более тщательным медицинским наблюдением больных. Во время очередного визита для оценки эффективности антигипертензивного лечения всем пациентам были проведены нейропсихологическое тестирование и оценка выраженности вегетативной дисфункции с использованием специализированных шкал и опросников.

После проведения тестирования всем обследованным к ранее назначенной антигипертензивной терапии добавили фенибут (Бифрен) в дозе 500 мг/сут (250 мг 2 р/сут). Курс лечения составил 30 дней.

Несмотря на эффективную антигипертензивную терапию (уровень АД на фоне приема антигипертензивных препаратов по группе в среднем составил 148,5±6,1/88,2±3,4 мм рт. ст.), пациенты отмечали неудовлетворенность состоянием здоровья: снижение работоспособности, утомляемость, частые головные боли по типу головной боли напряжения, головокружение, повышенная возбудимость, метеочувствительность и др. (табл.). У 7 пациентов 1-2 раза в месяц без видимой причины (физическая или психологическая нагрузка) внезапно повышалось АД с появлением преимущественно церебральной симптоматики (головное головокружение, головная боль, тошнота, шум в голове, пульсирующий в такт сердцебиению, возбуждение, ощущение нехватки воздуха).

У участников исследования изучали уровень тревожности, депрессивности и состояние когнитивных функций. У 74% пациентов с АГ отмечалась повышенная тревожность, у 78,3% — субклиническая депрессия, у 72% — повышенная личностная тревожность. Высокая реактивная тревожность наблюдалась более часто — у 82% больных (32 пациента имели умеренно повышенную тревожность, 6 — выраженную). Таким



В.Ю. Приходько

образом, среди больных с АГ чрезвычайно распространенными состояниями являются повышенная тревожность, депрессивность, вегетативная дисфункция.

При анализе корреляционных зависимостей было выявлено, что существует четкая связь психоэмоционального статуса и когнитивных функций. Это подтверждает связь когнитивных расстройств с тревожно-депрессивными изменениями и указывает на необходимость проведения своевременной коррекции психоэмоциональных расстройств. Также это свидетельствует о наличии сложных патогенетических связей психоэмоционального состояния больных, вегетативной регуляции функций организма и когнитивного статуса при АГ.

Всем пациентам после обследования к основной терапии АГ был добавлен фенибут (Бифрен) в дозе 250 мг 2 р/сут. После 1-месячной терапии больным провели нейропсихологическое тестирование. Большинство пациентов (n=39) отметили субъективное улучшение самочувствия: увеличение работоспособности, нормализацию сна, ощущение отдыха после ночного сна, уменьшение раздражительности, напряженности, метеочувствительности. Уменьшились выраженность и частота соматических симптомов (учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, чувство нехватки воздуха, лабильность АД). Пять из 7 больных с частыми церебральными гипертензивными кризами отметили, что за 1 мес лечения Бифреном кризов в привычном понимании у них не было. Повышение АД не вызвало бурной тревожной и вегетативной реакции и не сопровождалось выраженной церебральной симптоматикой. Эпизод не воспринимался пациентами как трагический, угрожающий жизни.

Таким образом, можно отметить, что симптоматическое лечение больных с АГ Бифреном в дозе 500 мг/сут оказывает выраженное вегетокорректирующее и анксиолитическое действие, уменьшая симптомы тревоги, сердечно-сосудистые проявления, улучшая качество жизни пациентов (увеличение активности, работоспособности, уменьшение симптомов утомляемости, нормализация сна). Препарат хорошо переносится больными. В течение 1 мес приема фенибута не было зафиксировано каких-либо клинически значимых побочных эффектов. Всем обследованным пациентам было рекомендовано продолжить его применение в дозе 500 мг/сут (по 250 мг 2 раза) еще в течение 2 мес.

Выводы

1. У больных с АГ чаще, чем у здоровых лиц аналогичного возраста, отмечаются тревожно-депрессивные и умеренные когнитивные расстройства.

2. Явления вегетативной дисфункции у больных с АГ связаны с тревожным типом личности, прямо коррелируют с уровнем реактивной тревожности, которая, в свою очередь, отражается на ухудшении когнитивных функций. Это подтверждается наличием корреляционных зависимостей показателей шкал для оценки тревоги (Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS) и когнитивных функций (MMSE).

3. Курсовое лечение Бифреном (фенибутом) пациентов с АГ, получающих стандартную антигипертензивную терапию, способствует уменьшению явлений вегетативной дисфункции, лабильности АД (гипертензивные кризы с церебральной симптоматикой), тревожных проявлений. При выраженном анксиолитическом и вегетотропном действии в меньшей степени препарат влияет на депрессивную симптоматику у больных с АГ.

Таким образом, можно сделать следующий вывод: пациент с АГ, принимающий Бифрен, чувствует себя практически здоровым, а больно́й, не получающий такое лечение, — находится в замкнутом круге психосоматической патологии.



Жалобы	До лечения фенибутом, п	Через 1 мес после начала лечения, п
Лабильность АД	12	7
Учащенное сердцебиение	34	11
Ощущения перебоев в работе сердца, чувство замирания сердца	29	19
Ощущение кома в горле	9	4
Приступообразная одышка в покое	13	8
Неприятные ощущения, тяжесть за грудиной, не зависящая от физической нагрузки	27	21
Сухость во рту	18	12
Периодическая потливость	10	5
Повышенная утомляемость	43	31
Сниженная работоспособность	46	34
Сонливость днем	21	16
Отсутствие ощущения полноценного отдыха утром после сна	34	15
Головная боль (головная боль напряжения)	46	32
Головокружение	22	14
Нарушение концентрации внимания	31	17