

Головокружение в практике врача-терапевта. Возможности препарата бетагистина дигидрохлорида

О.Д. Остроумова

Московский государственный медико-стоматологический университет. Москва, Россия

Vertigo in therapeutic practice. Betahistine dihydrochloride potential

O.D. Ostroumova

Moscow State Medico-Stomatological University. Moscow, Russia

Головокружение является одной из самых частых причин обращений к врачу — до 5%. Особенно часто этот симптом присутствует у лиц пожилого и старческого возраста, примерно у каждого третьего.

Наиболее известная классификация причин головокружения была предложена Holt GR и Thomas JR 1980. Согласно этой классификации, к основным этиологическим факторам относят: заболевания среднего и внутреннего уха воспалительного и невоспалительного характера; болезни центральной нервной системы; поражение органов шеи, в т.ч. дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника; метаболические и гематологические причины; нарушения, вызванные лекарственными веществами; инфекционные поражения; кардиогенные расстройства; прочие причины. Нередко встречается сочетание нескольких причин.

Клиницисты различают несколько типов головокружения. Во-первых, системное или вестибулярное головокружение: ощущение вращения, падения, наклона или раскачивания собственного тела или окружающих предметов. Оно нередко сопровождается тошнотой, рвотой, нарушением слуха и равновесия и некоторыми другими симптомами. Системное головокружение характерно для поражения вестибулярного аппарата как периферического, так и центрального ее отделов.

Во-вторых, это предобморочное состояние: чувство дурноты, надвигающейся потери сознания. Обычно это сопровождается бледностью кожных покровов, сердцебиением, чувством страха, потемнением в глазах. Наиболее частыми причинами служат болезни сердца и ортостатическая гипотензия.

При психогенном головокружении, наблюдающемся, в частности, при тревожных расстройствах или депрессии, гипервентиляционном синдроме,

пациенты жалуются на «туман», «тяжесть» в голове, чувство опьянения, дурноту. Однако необходимо помнить, что при головокружении органической природы возможно развитие ограничительного поведения, в частности вторичных фобий или реактивной депрессии.

Диагностическое значение имеет характер течения головокружения, наличие провоцирующих факторов и сопутствующих симптомов. Однократный эпизод системного головокружения чаще всего обусловлен стволовым или мозжечковым инсультом. Спонтанные приступы головокружения, не спровоцированные резкими движениями головой, как правило, служат проявлением аритмий, транзиторных ишемических атак в вертебрально-базилярном бассейне, болезни Меньера или эпилептических припадков. Рецидивирующие атаки головокружения, при которых выявляется участие провоцирующих факторов: перемена положения тела, повороты головы, могут быть следствием ортостатической гипотонии.

Сочетание системного головокружения с очаговой неврологической симптоматикой характерно для нарушения кровообращения в вертебрально-базилярной системе, а также опухолей мостомозжечкового угла и задней черепной ямки. При вертебрально-базилярной недостаточности головокружение, как правило, развивается внезапно и сохраняется в течение нескольких минут, нередко сопровождается тошнотой и рвотой; оно сочетается с другими симптомами ишемии в вертебрально-базилярном бассейне.

Остеохондроз шейного отдела позвоночника и вертебробазиллярная дисциркуляция являются одними из самых распространенных причин головокружений, в т.ч. у лиц трудоспособного возраста. По

данным А.В. Борисенко, у 94% пациентов с шейным остеохондрозом имеют место вестибулярные нарушения. Большинство пациентов, страдающих шейным остеохондрозом, еще до возникновения приступообразного головокружения жалуются на почти постоянную неустойчивость при ходьбе (шаткость походки без акцента стороны), ощущение зыбкости почвы под ногами, неясность контуров предметов, что может быть расценено как несистемное головокружение. Характерный признак вертеброгенного вестибулярного синдрома — нарушение равновесия, усиливающееся при поворотах головы. Предпосылками развития вертебробазилярной дисциркуляции могут стать деформации (патологическая извитость, перегибы) и аномалии (гипоплазия, аномалии отхождения, расположения и вхождения артерий и др.) позвоночных артерий.

Болезнь Меньера проявляется повторными эпизодами выраженного системного головокружения, сопровождающегося снижением слуха, ощущением распирания и шумом в ушах, тошнотой и рвотой. За несколько минут головокружение достигает максимума и постепенно в течение нескольких часов проходит. Нарушение слуха на ранних стадиях заболевания регрессирует полностью, а затем становится необратимым. В течение нескольких дней после атаки болезни Меньера наблюдаются нарушения равновесия. Первые приступы заболевания могут проявляться изолированным системным головокружением.

Следует помнить о том, что головокружение может служить побочным эффектом ряда лекарственных препаратов: антигипертензивных, противоревматических, противосудорожных и др. Это лишь некоторые из причин головокружений. Поэтому наличие данного симптома диктует необходимость дифференциальной диагностики и часто требует консультаций врачей разных специальностей: неврологов, кардиологов, отоларингологов, психиатров и др.

По данным анализа обращений к врачу общей практики, при обследовании пациентов, предъявляющих жалобы на сильное головокружение, основными причинами являлись транзиторные ишемические атаки в бассейне вертебробазилярных артерий, болезнь Меньера, гипертонический криз, инсульт, дисциркуляторная энцефалопатия. Наиболее частой причиной вестибулярных расстройств, по мнению практикующих врачей-терапевтов, является дисциркуляторная энцефалопатия, обусловленная гипертонической болезнью и атеросклерозом. Вторая по частоте причина вестибулярных расстройств — недостаточность мозгового кровообращения в бассейне вертебробазилярных артерий, возникающая вследствие остеохондроза шейного отдела позвоночника. Наиболее вероятной причиной таких головокружений служит не резкое снижение мозгового кровотока, вызванное экстравазаль-

ной компрессией позвоночных артерий, а дисбаланс поступления информации от шейных проприорецепторов.

Лечение головокружений

Не вызывает сомнения, что лечение головокружения в первую очередь должно быть направлено на устранение основной его причины. Однако часто причины головокружения не всегда понятны и легко устранимы. Следовательно, основное значение в терапии больных с головокружением приобретает патогенетическое и симптоматическое лечение. Накопленный клинический опыт убедительно доказывает, что предлагаемые в настоящее время лекарственные препараты для лечения больных с головокружением относятся к различным фармакологическим группам и имеют различную эффективность и переносимость. До сих пор нет четкой картины в понимании механизмов вертиголитического действия основных широко назначаемых препаратов.

Наибольшей эффективностью для лечения головокружения обладают средства, действующие на уровне вестибулярных рецепторов или центральных вестибулярных структур. Передача импульса в центральном отделе вестибулярного анализатора обеспечивается преимущественно гистаминергическими нейронами. В последние годы для купирования головокружения, а также в целях профилактики приступов, успешно используется бетастина дигидрохлорид (Бетасерк®, СОЛВЕЙ ФАРМА, Германия). Бетасерк®, имея структурное сходство с гистамином, стимулирует H_1 -рецепторы и блокирует H_3 -рецепторы, что приводит к нормализации передачи нервного импульса в центральном отделе вестибулярного анализатора. Воздействие Бетасерка® на H_1 -рецепторы приводит к местной вазодилатации и увеличению проницаемости сосудов. В последние годы значительное внимание было уделено взаимодействию бетастина с H_3 -рецепторами в головном мозге. H_3 -рецепторы регулируют высвобождение гистамина и некоторых других нейромедиаторов, таких как серотонин, который снижает активность вестибулярных ядер.

Препарат рекомендуется в дозе 48 мг/сут., однако дозу и продолжительность лечения Бетасерком® устанавливают индивидуально в соответствии с реакцией на лечение. Стабильный терапевтический эффект достигается обычно в течение 2 недель приема.

Бетасерк® оказывает положительное действие на кохлеарный кровоток, периферический и центральный отделы вестибулярного анализатора. По данным многочисленных российских и зарубежных исследований Бетасерк® зарекомендовал себя как препарат, уменьшающий интенсивность и продолжительность головокружений, улучшающий координацию движений и равновесие, способствующий

уменьшению шума в ушах и улучшению слуха. К его преимуществам относят: высокую эффективность и хорошую переносимость при длительной монотерапии; отсутствие лекарственного взаимодействия с другими медикаментами, что особенно важно для пациентов пожилого и старческого возраста. Препарат не влияет на уровень артериального давления и не обладает седативным эффектом. В отличие от других вестибулолитических средств, он не замедляет психомоторные реакции и может назначаться пациентам, деятельность которых связана с повышенным вниманием, в частности с управлением транспортными средствами.

Бетасерк® имеет 30-летний опыт клинического использования и зарегистрирован в более чем 80 странах мира как средство лечения головокружения различной этиологии.

Представляют интерес результаты изучения эффективности Бетасерка® в лечении вертеброгенных головокружений, проведенного в отделе клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата Института геронтологии АМН Украины. Целью исследования было изучение влияния Бетасерка® в дозе 48 мг/сут. на динамику головной боли, головокружений, психологического состояния, тонуса и реактивности сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем, показатели церебральной гемодинамики у пациентов старших возрастных групп с остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

Обследованы 15 женщин в возрасте 46-74 лет (средний возраст — $60,7 \pm 2,1$). Все пациентки жаловались на головокружение. 3 больных головокружение беспокоило на протяжении > 20 лет, 2 — на протяжении 10 лет, у 5 обследованных эпизоды головокружения имели место в течение 3-5 лет, у 5 длительность жалоб на головокружение составила < 1 года. При поступлении больные жаловались также на боль в шейном, грудном, поясничном отделах позвоночника, головную боль, «хруст» при поворотах головы, шум, звон в ушах, боль в сердце, боль в коленных, плечевых суставах, боль в мелких суставах кистей. Одну из больных беспокоило онемение рук по ночам, отечность кистей в утренние часы.

Клиническое исследование включало помимо нейро-ортопедического обследования рентгенографию шейного отдела позвоночника в двух проекциях, анкетирование с использованием анкеты самооценки пациентом своего состояния. Ежедневно утром пациентки оценивали свое общее состояние по 5-балльной системе: 5 баллов — состояние отличное, 2 балла — состояние неудовлетворительное, а вечером — выраженность головокружения по 5-балльной системе: 0 баллов — отсутствие головокружения в течение суток, 4 балла — головокружение более 3 раз в сутки. Для оценки степени выраженности головной боли использовали Мак-Гилловский опросник боли. Психологическое состояние обследуемых

изучали с помощью анкеты Спилберга в модификации Ханина. Одновременно измеряли линейную скорость кровотока методом ультразвуковой доплерографии общей сонной, наружной сонной, внутренней сонной и позвоночной артерий.

Все больные получали базисную терапию с использованием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), витаминов. Бетасерк® назначали в дозе 48 мг/сут. на протяжении 30 дней. Состояние пациентов оценивали до и после курса лечения.

Анализ показателей опросника боли свидетельствовал о положительном влиянии назначенного лечебного комплекса на структуру и выраженность головной боли: отмечено достоверное снижение интенсивности головной боли и частоты головокружений. Это способствовало улучшению эмоционального состояния пациентов, о чем свидетельствовало содержание анкеты Спилберга в модификации Ханина — выявлено достоверное снижение уровня индивидуальной и реактивной тревожности. По данным ультразвуковой доплерографии отмечалось увеличение линейной скорости кровотока в бассейне внутренней сонной и позвоночной артерий.

Известно, что при шейном остеохондрозе в связи с ишемией сосудодвигательного центра нередко наблюдается неустойчивость артериального давления при проведении различных нагрузочных проб, в т.ч. ортостатической.

Выполнение активной ортостатической пробы у обследованных обнаружило нарушение ее гемодинамического обеспечения у 9 обследованных. У них регистрировался гипосимпатикотонический тип реакции на ортостаз. После лечения структура гемодинамического обеспечения ортостатической пробы претерпела некоторые изменения: у 7 пациенток с исходным гипосимпатикотоническим типом реакции был выявлен нормотонический тип.

К завершению курса лечения отмечены следующие результаты: у 9 больных головокружения исчезли полностью, у 5 — снизилась частота и интенсивность приступов головокружения, у одной пациентки эффект от лечения отсутствовал. Анализ анкет самочувствия пациентов иллюстрирует улучшение самочувствия на фоне снижения частоты приступов головокружения.

На основании полученных результатов авторы делают вывод о том, что Бетасерк® является эффективным средством для лечения вертеброгенных головокружений у пациентов старших возрастных групп. Прием этого препарата оказывает существенное влияние на показатели эмоционального состояния больных. Применение Бетасерка® в комплексном лечении вертеброгенных головокружений способствует улучшению мозгового кровообращения в бассейне внутренних сонных и позвоночных артерий.

Представляют интерес данные, полученные А.В. Амелиным с соавт. о сравнительной эффективности Бетасерка® и циннаризина в лечении больных мигренью, при которой головная боль и головокружение являются наиболее распространенными жалобами и часто возникают совместно. Из 140 обследованных больных мигренью жалобы на головокружение различного типа были у 40%. Чаше головокружение наблюдалось у пациентов, страдающих мигренью с аурой (57%), и возникало в фазу ауры и/или головной боли. Головокружение, ассоциированное с мигренью, диагностировано в 25% случаев. Методом случайной выборки пациенты были разделены на две группы: I (n=28) и II (n=28). На протяжении всего исследования пациенты I группы получали Бетасерк® 48 мг/сут. до еды, а пациенты II группы — циннаризин по 25 мг 3 раза в сутки. Продолжительность лечения составила 12 недель. Положительными результатами лечения считались клинические случаи с уменьшением частоты приступов головокружения и головной боли $\geq 50\%$ по сравнению с исходным периодом. Снижение риска развития отрицательных исходов терапии и количество положительных результатов лечения головокружения были достоверно большими у принимавших Бетасерк®. Уменьшение числа ежемесячных рецидивов головокружения $\geq 50\%$ по сравнению с исходным периодом наблюдалось у 79% больных из группы Бетасерка® и у 52% из группы циннаризина. Уменьшение частоты ежемесячных приступов мигрени $\geq 50\%$ по сравнению с исходным периодом наблюдалось у 64% больных, принимавших циннаризин, и у 43% лечившихся Бетасерком®; эти различия не были статистически достоверными ($p=0,170$). Таким образом, результаты данного пилотного исследования свидетельствуют о возможности использования Бетасерка® не только в

качестве вертиголитического средства, но и для профилактики приступов мигрени.

Не вызывает сомнений необходимость проведения дальнейших экспериментальных и клинических исследований, направленных на выяснение механизмов действия, эффективности и безопасности Бетасерка® при мигрени. Имеется достаточно большой опыт клинического применения препарата Бетасерк® для лечения головокружений у пациентов преимущественно пожилого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией на фоне гипертонической болезни. Более чем 200 пациентов лечились данным препаратом в течение 4-12 недель. Следует отметить тот факт, что существенное снижение степени выраженности головокружения пациенты отмечали достаточно рано — уже на 2-5 день лечения. Максимальный же эффект у подавляющего большинства больных был достигнут на 10-14 день терапии. Таким образом были подтверждены эффективность и безопасность Бетасерка® в лечении данной категории больных.

Имеется опыт применения Бетасерка® для лечения головокружений у пациентов с ортостатической гипотонией (n=26). Всем им Бетасерк® был назначен в дозе 48 мг/сут. У 24 из них зафиксировано полное исчезновение головокружений на фоне лечения Бетасерком®. Обращает на себя внимание то, что видимый клинический эффект у этих больных развивался позднее — к концу первой недели лечения, максимальный — через 2-3 недели. У 2 пациентов имело место уменьшение выраженности головокружения.

Таким образом, высокая эффективность и безопасность позволяют рекомендовать препарат Бетасерк® для лечения головокружений на фоне базисной терапии у широкого круга больных.

Литература

1. Вейс Г. Головокружение. Неврология. Под ред. М. Самуэльса. Москва «Практика» 1997; 94-120.
2. Лавров А. Ю., Штульман Д.Р., Яхно Н.Н. Головокружение у пожилых. Невролог ж 2000; 5(5): 39-47. 1. 3 Лавров А.Ю. Применение бетасерка в неврологической практике. Ibid 2001; 6(2): 35-8.
3. Верещагин Н.В. Недостаточность кровообращения в вертебрально-базилярной системе. Cons Med 2003; 5(2).
4. Головокружение: Пер. с англ. Под ред. М.Р.Дикса, Дж. Д. Худа. Москва «Медицина» 1989; 480 с.

Поступила 11/10-2007