

Улучшение качества жизни пациентов с головокружениями: роль медикаментозной терапии

Головокружение – иллюзия движения тела или окружающей среды – является распространенной жалобой у пациентов с нарушениями центральной или периферической нервной системы. Помимо ухудшения физической устойчивости и ограничения работоспособности, головокружение ассоциируется с увеличением риска падений и психических нарушений, таких как панические и когнитивные расстройства. Таким образом, головокружение значительно ухудшает качество жизни пациентов и требует лечения вне зависимости от терапии основного заболевания.

Наиболее распространенными (93% случаев) видами данного нарушения являются пароксизмальное позиционное головокружение (внезапные короткие эпизоды сильного головокружения, ассоциирующиеся с изменением позиции головы), острый вестибулярный неврит (выраженное головокружение с внезапным началом, сопровождающееся тошнотой и/или рвотой и продолжающееся несколько дней с последующим периодом прогрессирующего улучшения) и болезнь Меньера (внезапные приступы головокружения продолжительностью от нескольких минут до часов, сопровождающиеся шумом в ушах и потерей слуха).

Невозможность удерживать равновесие, отсутствие четкого зрения при движениях головы и неправильная ориентация в пространстве как следствие вестибулярных нарушений влекут за собой значительное снижение качества жизни пациента, нарушение социального взаимодействия, а также ассоциируются с повышенной тревожностью, депрессией, ухудшением когнитивной функции и риском падений, особенно у лиц пожилого возраста. Так, в исследовании V.B. Pothula и соавт. (2004) показано, что у 80% из 546 пациентов, поступивших в приемное отделение клиники в связи с падениями, имело место вестибулярное расстройство, 40% госпитализированных жаловались на головокружение перед падением. В исследовании S.J. Herdman и соавт. (2000) показано, что риск падений в связи с головокружением увеличивается с возрастом. Результаты наблюдения L. Yardley и соавт. (1998-2001) подтвердили, что у 50% больных, страдающих головокружениями, отмечаются также различные психические нарушения: страх, приступы паники, агорафобия, тревожное расстройство.

В ретроспективном анализе Magliulo и соавт. (2005) отмечен высокий уровень тревожности и депрессии среди лиц с позиционным головокружением, при этом пациенты считали себя неспособными к самостоятельному передвижению в доме и на улице, отмечали наличие трудностей в работе и повседневной жизни. Указанные психоэмоциональные нарушения сопровождаются значительным ограничением трудоспособности пациента, могут ухудшать течение приступов и провоцировать прогрессирование заболевания. В работах, опубликованных M. Gufoni (2005) и S.F. Smith (2005), продемонстрирована корреляция между наличием вестибулярных нарушений и когнитивным дефицитом независимо от анамнеза падений.

Таким образом, основными задачами лечения вестибулярных расстройств и связанных с ними головокружений являются устранение (или облегчение) симптомов,

уменьшение уровня функциональной дезадаптации и улучшение качества жизни пациентов. У пациентов с хроническими или рецидивирующими головокружениями хорошо себя зарекомендовала **вестибулярная реабилитация** – программа, включающая тренировку вестибулярного аппарата с целью повышения порога головокружения и улучшения постуральной стабильности. В качестве медикаментозной терапии у пациентов с головокружениями применяются несколько классов препаратов, в частности антигистаминные, антихолинэргические препараты, диуретики, стероиды, бензодиазепины, блокаторы кальциевых каналов и антагонисты дофаминовых рецепторов.

Одним из наиболее эффективных и хорошо изученных препаратов, используемых в лечении головокружений, является бетагистин – структурный аналог гистамина, обладающий частичными свойствами агониста H₁-рецепторов и выраженными свойствами антагониста H₂-рецепторов, который способствует потенцированию и компенсации функций вестибулярного аппарата. Одним из препаратов бетагистина, представленных на украинском фармацевтическом рынке, является **Бетагистин-ратиофарм («Тева»)**. Терапия с использованием данного лекарственного средства позволяет восстановить гармонию равновесия пациентам с болезнью Меньера, вестибулярными нарушениями, головокружением, сопровождающимся тошнотой и рвотой, шумом в ушах, понижением слуха.

Предполагается, что действие бетагистина основано на улучшении кровообращения во внутреннем ухе и высвобождении гистамина в головном мозге и периферических рецепторах лабиринта. Бетагистин действует за счет повышения синтеза гистамина в туберомамиллярных ядрах заднего гипоталамуса и высвобождению гистамина в вестибулярных ядрах благодаря антагонизму с H₂-рецепторами (E. Mira, 2001, 2003; M. Lacombe, 2001).

Бетагистин назначают при болезни Меньера и других периферических вестибулярных расстройствах. Бетагистин является хорошо изученным препаратом: за последние 40 лет его эффективность в уменьшении выраженности симптоматики и частоты приступов была доказана во многих контролируемых клинических исследованиях (J.C. Elia, 1966; R.A. Bertrand, 1982; W.J. Oosterveld, 1984; V. Frayse, 1991). У пациентов с тяжелым течением болезни Меньера назначение бетагистина способствовало отдалению необходимости в вестибулярной нейроэктомии и улучшению послеоперационной вестибулярной компенсации (V. Colletti, 2000). Elbaz и соавт. (1988) в двойном слепом сравнительном клиническом исследовании показали преимущество бетагистина 48 мг/сут перед флунаризином 10 мг/сут в лечении 52 пациентов с вестибулярным головокружением и болезнью Меньера. Средние показатели по шкале DHI (Dizziness Handicap Inventory) и отдельным подшкалам (физических, функциональных и эмоциональных показателей) на 4-й и 8-й неделе лечения значительно улучшились в обеих группах по сравнению с исходными значениями, однако улучшения по шкале DHI были более значимыми в группе бетагистина (рис. 1).

Эффективность бетагистина в улучшении качества жизни пациентов с головокружениями, связанными с периферическими вестибулярными расстройствами, подтверждена в двойном слепом плацебо контролируемом клиническом исследовании с параллельными группами, проведенном Mira и соавт. (2003). В исследовании приняли участие 144 пациента (81 – с болезнью Меньера, 63 – с рецидивирующим пароксизмальным позиционным головокружением), которых рандомизировали в группы приема бетагистина по 16 мг 2 р/сут в течение 3 мес (n=75) и плацебо (n=69). Бетагистин не только способствовал значительному уменьшению частоты приступов головокружения, снижению их интенсивности и продолжительности, но и достоверно улучшал качество жизни пациентов. Через 3 мес приема препарата количество приступов уменьшилось в среднем с 7 до 2 в мес по сравнению с соответствующим показателем на фоне терапии плацебо. Интенсивность приступов значительно снижалась в среднем через 15 дней от начала лечения бетагистином (p<0,02), а продолжительность – на 2-м месяце лечения (p<0,02). Авторы сделали вывод о том, что бетагистин показал достоверное преимущество в улучшении симптомов по сравнению с плацебо

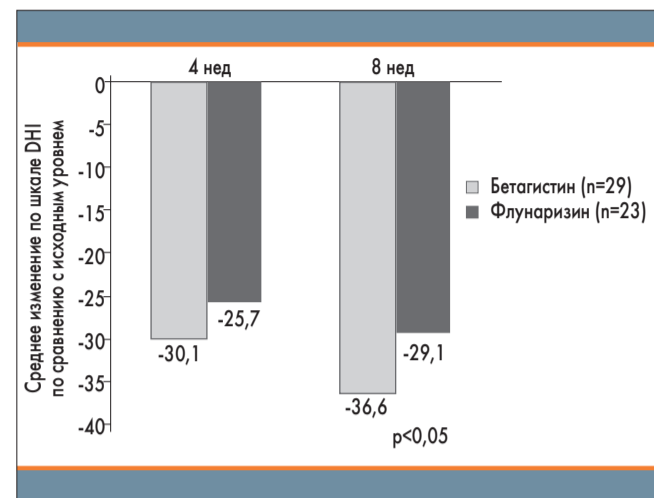


Рис. 1. Бетагистин показал достоверное преимущество перед флунаризином в лечении пациентов с рецидивирующим головокружением

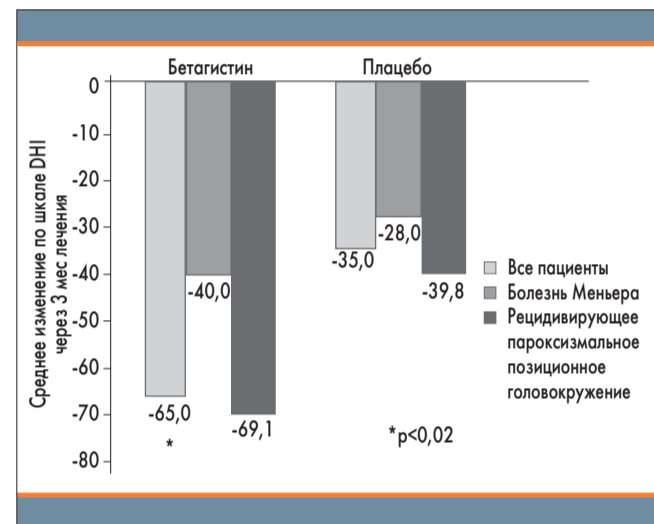


Рис. 2. Бетагистин значительно улучшал симптоматику по шкале DHI у пациентов с болезнью Меньера и рецидивирующим пароксизмальными позиционным головокружением по сравнению с таковой на фоне плацебо

(-65 против -35% соответственно; p<0,02) (рис. 2), при этом частота побочных эффектов была сопоставимой в обеих группах. Эффективность лечения была оценена лечащими врачами и пациентами как хорошая или очень хорошая в 73,5 и 72,1% случаев соответственно в группе приема бетагистина против 27,6 и 30,8% соответственно в группе плацебо (p<0,00001). Интересно, что пациенты с болезнью Меньера продолжили принимать бетагистин и после окончания исследования; ни у одного из них не отмечалось ухудшения симптомов после проведения хирургического вмешательства или лечения гентамицином в течение последующих 12 мес.

Головокружение является одним из наиболее частых проявлений вестибулярных расстройств и причиной значительного физического и психологического дискомфорта. Соответствующая фармакотерапия может эффективно использоваться для улучшения симптоматики, работоспособности и качества жизни пациентов с головокружениями. Бетагистин показал хорошую эффективность в достижении основных целей лечения – улучшения физического, функционального и эмоционального статуса – у пациентов с периферическими вестибулярными головокружениями. При прогрессировании заболевания и недостаточном ответе на фармакотерапию целесообразно дополнительное использование реабилитационных программ, а в тяжелых случаях – проведение хирургического вмешательства.

Не секрет, что качество жизни пациента во многом зависит от качества препаратов, используемых в схемах терапии, а эффективность лечения предопределяется как фармакологическими эффектами лекарственных средств, так и их стоимостью – достижение успеха представляется весьма сомнительным в случае применения препаратов ненадлежащего качества и несоблюдения режима приема в силу финансовых трудностей.

Бетагистин-ратиофарм производится в соответствии со стандартами GMP. Его **биоэквивалентность** оригинальному бетагистину подтверждена в ряде клинических исследований. Препарат оптимально сочетает высокую эффективность, хорошую переносимость, немецкое качество. Кроме того, **Бетагистин-ратиофарм** выгодно отличается среди аналогов доступной стоимостью.

Подготовила **Татьяна Спринсян**



Бетагистин-ратиофарм
 Таблетки 16 мг и 24 мг

Препарат для лечения вестибулярных нарушений

- головокружение
- шум в ушах
- снижение слуха

Р.г. МЗ Украины: МНД/7806/01/02, МНД/7806/01/03 от 07.03.2008.

ООО «ТЕВА УКРАИНА»
 ул. Фабричана, 30-а, офис 604, 03680, г. Киев,
 Тел.: +38 044 594 70 00, факс: +38 044 594 70 81.