

Сосудистое головокружение. Как помочь пациенту?

Диагностика и лечение головокружения – проблема мультидисциплинарная. Известно не менее 80 заболеваний, которые сопровождаются этим симптомом (например, заболевания нервной, сердечно-сосудистой системы, разного рода психические расстройства, болезни уха и органов зрения), поэтому его дифференциальная диагностика всегда сопряжена с определенными трудностями. Больной, страдающий головокружениями, всегда и везде чувствует себя дискомфортно, а в особо тяжелых случаях головокружение может стать причиной не только зависимости пациента от посторонней помощи, но и инвалидности (Морозова С.В., 2009).

По данным Н.С. Алексеевой и соавт. (2007), снижение работоспособности в связи с головокружением отмечают 87% больных, а трудности в быту – все пациенты. Временно нетрудоспособными из-за головокружения становились 37% больных, причем нередко – повторно. Практически все больные с данным симптомом жалуются на снижение качества жизни. В абсолютном большинстве случаев (97,5%) приступы головокружения были связаны с переменой положения головы или туловища и сопровождались неустойчивостью при ходьбе (80%), головной болью (90%), шумом в ушах (50%), рассеянностью и забывчивостью (90%), быстрой утомляемостью (95%).

Вестибулярное головокружение (истинное, системное, вертиго) создает у больных иллюзию того, что либо окружающие его люди и предметы движутся вокруг него, либо он сам вращается вокруг людей и/или предметов. Все прочие ощущения, описываемые больным как головокружение, в большинстве случаев не связаны с поражением вестибулярной системы и обусловлены другими патологическими состояниями: нарушениями сердечного ритма, ортостатической гипотензией, гипогликемией, поражением периферической нервной системы, психическими расстройствами. Головокружение в этом случае называют невестибулярным.

Вестибулярное головокружение (ВГ) может возникать при поражении вестибулярной системы на любом уровне: внутреннее ухо (лабиринт), вестибулярный нерв в пирамидке височной кости, вестибулярный нерв в области мостомозжечкового угла, ядра вестибулярного нерва в стволе головного мозга, вестибулярные пути в области подкорковых структур, височные доли коры больших полушарий. Поэтому в зависимости от уровня поражения различают центральное (локализация поражения – от ядер вестибулярного нерва в стволе головного мозга до височных долей коры больших полушарий) и периферическое ВГ (локализация поражения – внутреннее ухо, вестибулярный нерв, мостомозжечковый угол и до ядер вестибулярного нерва в стволе головного мозга).

При впервые возникшем приступе ВГ отличить периферическую вестибулопатию от инсульта достаточно сложно. Особенно важно провести обследование пациента с факторами риска инсульта (пожилой или старческий возраст, перенесенные ранее транзиторные ишемические атаки или инсульт, стойкая и выраженная артериальная гипертензия (АГ), мерцание предсердий и др.), у которого острое ВГ возникло впервые. В таких случаях проведение магнитно-резонансной томографии головы позволяет установить или исключить диагноз инсульта. Рецидивирующее в течение >3 нед изолированное ВГ исключает диагноз инсульта.

Врачам первичного звена в своей практике приходится сталкиваться преимущественно с головокружением невестибулярного характера, которое обусловлено АГ и атеросклерозом сосудов головного мозга.

Головокружение у пожилых больных, страдающих АГ и атеросклерозом, в большинстве случаев представляет собой неустойчивость, обусловленную, например, множественной сенсорной недостаточностью или болезнью Паркинсона. Также

частой причиной головокружения у таких больных выступает слишком быстрое снижение артериального давления (АД), нежелательный побочный эффект некоторых лекарственных средств, а также недиагностированные ранее «немые» инфаркты мозга. Действительно, большинство пациентов с хроническими сосудистыми заболеваниями головного мозга в анамнезе имеют инсульты, часто неоднократные. У пациентов с длительным неконтролируемым течением АГ или выраженным атеросклерозом церебральных сосудов формируется дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ).

Сегодня ДЭ рассматривают как синдром хронического прогрессирующего поражения головного мозга, в основе которого лежат повторные инсульты и/или хроническая недостаточность кровоснабжения головного мозга (Яхно Н.Н., Дамулин И.В., 2001). В патогенезе ДЭ хронической ишемии отводится ключевая роль. Липогиалиноз сосудов небольшого калибра, пенетрирующий вещество головного мозга, способствует развитию хронической ишемии глубинных отделов белого вещества. Это приводит к формированию участков лейкоареоза в белом веществе мозга, которые выявляются при магнитно-резонансной томографии в виде отдельных очагов или диффузного поражения. Патогенез лейкоареоза продолжает изучаться. Предполагают, что в его развитии играют роль не только хроническая ишемия головного мозга, но также эндотелиальная дисфункция и нарушение гематоэнцефалического барьера (Захаров В.В., 2004).

Клиническая картина ДЭ вариабельна, однако в подавляющем большинстве случаев пациенты с ДЭ жалуются на головную боль, шум в ушах, головокружение. У больных с АГ жалоба на головокружение является одной из самых частых (примерно в 50% случаев). Нужно помнить, что нередко пациенты, говоря о головокружении, могут описывать совершенно разные ощущения: чувство «опьянения», шаткость и неустойчивость походки, ощущение дурноты, слабости, «проваливания», падения или приближающейся потери сознания. Важно внимательно расспросить больного о его субъективных ощущениях, ведь характер головокружения указывает на локализацию патологического процесса.

Гипотензивная терапия является существенным фактором вторичной профилактики нарастающих неврологических расстройств при сосудистой мозговой недостаточности. Однако полная нормализация цифр АД у пожилых пациентов с длительным анамнезом гипертензии, уменьшая риск острых сосудистых эпизодов, может одновременно способствовать усугублению хронической ишемии мозга и, следовательно, усилению клинической симптоматики. Слишком быстрое снижение АД и ортостатическая гипотензия также могут быть причиной выраженного головокружения у пожилых пациентов. Поэтому измерение АД желателно проводить в положении лежа, а затем сразу после вставания и через 15 минут.

В большинстве случаев достижение целевых цифр АД устраняет головокружение. Если целевое АД было достигнуто, а выраженное головокружение по-прежнему беспокоит пациента, врачу следует думать о других вероятных причинах этого симптома и направить пациента на консультацию к ЛОР-врачу, невропатологу. У пациентов с длительным стажем гипертензии,

а также выраженным атеросклерозом церебральных сосудов даже адекватно подобранная гипотензивная терапия не всегда купирует головокружение. Это связано с необратимыми изменениями сосудистой стенки и белого мозгового вещества при ДЭ. В то же время улучшение самочувствия, исчезновение или ослабление головокружения способствуют лучшей приверженности больных терапии антигипертензивными средствами, поэтому симптоматическое лечение головокружения у пациентов с АГ имеет большое значение (Остроумова О.Д., 2012).

Клинический опыт показывает, что с этой задачей эффективно справляется прохлорперазин – производное фенотиазина, оказывающее ингибирующее действие на ЦНС. Реализует антагонистическое влияние на рецепторы дофамина и Н1-гистаминовые рецепторы. На украинском фармацевтическом рынке прохлорперазин представлен препаратом Вертинекс, который способен комплексно воздействовать на различные медиаторные системы. Широкий спектр активности Вертинекса обусловлен его тормозящим действием на ЦНС, блокированием β-адренорецепторов и слабым антимукаринным эффектом. Проникая через гематоэнцефалический барьер, Вертинекс стимулирует высвобождение пролактина и ускоряет метаболизм дофамина – этим

объясняют его эффект при психических состояниях. Прохлорперазин проявляет седативный, противорвотный, антигистаминный и ганглиоблокирующий эффекты, нейтрализует действие серотонина. Влияние прохлорперазина на вегетативную нервную систему приводит к вазодилатации, артериальной гипотензии, тахикардии, снижению секреции желудочного сока.

Вертинекс можно рекомендовать для симптоматического лечения головокружения, а также тошноты и рвоты любой этиологии. У пациентов с АГ Вертинекс не только эффективно купирует головокружение, но также устраняет сопутствующие вегетативные симптомы и оказывает мягкое седативное действие.

На практике врачу первичного звена чаще всего приходится сталкиваться с головокружением, которое обусловлено ДЭ на фоне АГ и/или церебрального атеросклероза. Гипотензивная терапия не всегда позволяет устранить головокружение, особенно у пациентов с длительно неконтролируемой гипертензией и выраженным атеросклерозом. Чрезмерное снижение АД у пожилых пациентов может усугубить мозговую ишемию и усилить головокружение. Симптоматическое лечение головокружения способствует не только улучшению комплайенса пациентов к антигипертензивной терапии, но и значительно улучшает их состояние. Вертинекс может быть рекомендован для устранения головокружения любой природы, особенно у пациентов с сопутствующей вегетативной симптоматикой (тошнотой, рвотой, головной болью).

Подготовила Мария Маковецкая

Вертинекс®

Прохлорперазину малеат



Зупини дзиґу!



ВЕРТИНЕКС® –
симптоматичне
лікування запаморочення

Виробник:
«Кусум Хелтхекер Пвт. Лтд»
тел.: 0(44) 495-82-88
www.kusumhealthcare.com

Офіційний дистриб'ютор:
ТОВ «Гледфарм ЛТД»
тел.: 0(44) 495-82-88
www.gladpharm.com

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників.
ВЕРТИНЕКС® РП, МОЗ України UA/13352/01/01 від 22.11.2013 р. **Склад.** 1 таблетка містить прохлорперазину малеату 5 мг. Допоміжні речовини: лактози моногідрат, целюлоза мікрокристалічна, крохмаль кукурудзяний, натрію кроскармелоза, натрію лаурилсульфат, магнію стеарат, кремнію діоксид колоїдний безводний. **Лікарська форма.** Таблетки. **Назва і місцезнаходження виробника.** КУСУМ ХЕЛТХЕКЕР ПВТ. ЛТД, СР-289 (А), РВКО Індустріал ареа, Чопанкі, Біхавді, Діст. Алар (Раджастан), Індія. **Фармакотерапевтична група.** Код АТС N05A B04. Фенотиазини з піперазиновою структурою. **Показання для застосування.** Запаморочення, що виникає через синдром Меньєра, запалення внутрішнього вуха. Нудота та блювання, що виникають з будь-якої причини, включаючи мігрень. **Протипоказання.** Відомо гіперчутливість до прохлорперазину або інших компонентів лікарського засобу. **Побічні ефекти.** З боку імунної системи: ангіоневротичний набряк, кров'янистка. З боку нервової системи: безсоння; тривожне збудження. З боку серця: зміни на ЕКГ (подовження інтервалу QT, депресія сегменту ST, зміни зубців U та/або T). З боку судин: гіпотензія. З боку травної системи: сухість у роті. З боку органів дихання: закладеність носу. З боку шкіри та підшкірної клітковини: шкірні висипи. **Фармакологічні властивості.** Прохлорперазин має широкий спектр активності завдяки його гальмівній дії на ЦНС, блокуванню альфа-адренорецепторів і слабкому антимукаринному ефекту. Прохлорперазин виявляє протигіпертензивний і протисверблячий ефекти та блокує дію серотоніну. Крім того, прохлорперазин має незначний антигістамінний вплив та слабкий блокуючий вплив на ганглії. **Категорія відпуску.** За рецептом. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування.