

Гинкго билоба при шуме в ушах и головокружении

Шум в ушах, головокружение и нарушения равновесия являются частыми неспецифическими симптомами заболеваний уха и центральной нервной системы. Пациенты могут предъявлять подобные жалобы как семейному врачу или терапевту, так и узким специалистам. Однако к специалистам в области вестибулярных расстройств и нарушений слуха пациенты, как правило, попадают в последнюю очередь, поэтому основная нагрузка по первичной дифференциальной диагностике ложится на плечи неврологов. В связи с этим в неврологической практике востребованы простые и доступные методы обследования вестибулярной и слуховой функции, а также средства терапии, которые можно безопасно применять *ex juvantibus* в амбулаторных условиях, если специфическую причину симптомов установить не удастся.

Для обозначения шума в ушах применяется специфический термин «тиннитус» — восприятие звука при отсутствии внешнего источника звуковых колебаний. Тиннитус может быть одно- или двусторонним, ощущаться внутри головы или как внешний звук. Слышимые звуки пациенты описывают как звон, жужжание, гудение, комариный писк, потрескивание, шелканье, пульсирующий шум и т.п. Хронический шум в ушах может существенно нарушать трудоспособность и мешать отдыху.

Диагностический поиск

Первичный тиннитус обычно связан с сенсоневральной тугоухостью и является сферой компетенции специалистов по нарушениям слуха. Тиннитус может возникать как первичное профессиональное заболевание вследствие длительного воздействия внешнего шума на производстве. Вторичный тиннитус встречается чаще и обычно является неспецифическим симптомом заболеваний среднего уха, слухового нерва, а также цереброваскулярных заболеваний и аномалий строения сосудов головы и шеи.

Несмотря на высокую распространенность тиннитуса, данная проблема долго оставалась в тени. Первые доказательно обоснованные рекомендации по ведению пациентов с тиннитусом были выпущены в 2015 г. Американской академией отоларингологии и хирургии головы и шеи (AAO-HNS). Американские эксперты оценивают распространенность тиннитуса в 10–15% взрослой популяции США (H.J. Hoffman, 2004; J.A. Henry, 2005). Его влияние на качество жизни индивидуально, но в среднем каждый пятый случай требует медицинского вмешательства (J.A. Henry, 2008).

Главная роль в первичной диагностике отводится физикальному и неврологическому обследованию, а на специализированном этапе — аудиометрии. При сборе анамнеза следует выяснять обстоятельства появления тиннитуса, его длительность, влияние на качество жизни, детализировать характеристики (одно- или двусторонний, пульсирующий или постоянный), исключить галлюцинации, уточнить возможную связь с нарушениями слуха, равновесия, неврологическим дефицитом, приемом ототоксичных медикаментов, а также травмами и перенесенными операциями. Тиннитус могут вызывать нестероидные противовоспалительные препараты, в том числе ацетилсалициловая кислота, а также аминогликозидные антибиотики, петлевые диуретики, некоторые препараты для химиотерапии рака.

При одностороннем тиннитусе следует думать о поражении соответствующего органа слуха или других односторонних внутричерепных причинах, в том числе неопластических. Сочетание тиннитуса со снижением слуха, особенно у пациентов пожилого возраста, служит поводом для направления к отоневрологу. При наличии данных о головокружении и нарушениях равновесия следует заподозрить кохлеарные, ретрокохлеарные расстройства (болезнь Меньера, синдром открытого переднего полукружного канала, вестибулярная шваннома) или заболевания центральной нервной системы с вовлечением соответствующих анализаторов.

При пульсирующем тиннитусе следует искать сосудистые причины. Ими могут быть внутричерепная гипертензия (двусторонний тиннитус), артериовенозные мальформации и сосудистые опухоли (как правило, односторонняя локализация), а также более доброкачественные аномалии развития или анатомические особенности сосудов головы и шеи. Тиннитус часто возникает при проведении в улитку внутреннего уха сердечных шумов или шума турбулентности крови от стенозирующей атеросклеротической бляшки в сонной артерии (A.H. Lockwood, 2004).

Эксперты AAO-HNS не рекомендуют компьютерную (КТ), магнитно-резонансную (МР) томографию головы и шеи, а также КТ или МР-ангиографию для поиска причины шума в ушах при отсутствии анамнестических данных и симптомов, которые указывают на серьезную патологию органа слуха, черепных нервов или головного мозга. Поводом для выполнения визуализирующих исследований может быть односторонний, пульсирующий тиннитус, асимметричное снижение слуха или фокальный неврологический дефицит.

Медикаментозная терапия тиннитуса

AAO-HNS не рекомендует назначать антидепрессанты, антиконвульсанты, анксиолитики или интратимпанические инъекции (кортикостероидов, лидокаина) с целью уменьшения тиннитуса.

Вместе с тем результаты ряда экспериментальных и клинических исследований указывают на возможность эффективного купирования первичного и вторичного тиннитуса с помощью

препаратов, содержащих экстракт гинкго билоба. Это популярный растительный нейропротектор с многовекторными положительными влияниями на мозговой кровоток, адаптационные резервы нервной ткани и когнитивные функции. Мультиомодальность механизмов действия обусловлена разнообразием биологически активных компонентов экстракта — гинкголидов и билобалидов.

В неврологии широко известно свойство экстракта гинкго улучшать микроциркуляцию и кровоснабжение головного мозга за счет оптимизации реологических свойств крови и регуляции сосудистого тонуса (P. Koltringer, W. Langsteiger, O. Eber, 1995; D.S. Erdinciler et al., 1996). На моделях заболеваний внутреннего уха у кошек экстракт гинкго усиливал кровоток в улитке (B. Maass, J. Silberzahn, R. Simon, 1987). Кроме того, универсальным свойством гинкго является защита митохондрий от окислительного стресса и поддержание процессов энергетического обмена, что имеет важное значение при кохлеарных расстройствах, ассоциированных со старением, церебральной гипоперфузией и ишемией (J. Sastre et al., 1998; A. Eckert et al., 2005).

Один из последних систематических обзоров на тему применения препаратов гинкго для лечения шума в ушах опубликован A. von Boetticher в 2011 г. Эффективность стандартизованного экстракта гинкго в дозах 120–160 мг/сут показана в трех рандомизированных клинических исследованиях (РКИ) у пациентов с первичными жалобами на шум в ушах и в пяти РКИ у пациентов с возраст-зависимыми сосудистыми когнитивными нарушениями и вторичным тиннитусом. Во всех восьми исследованиях получены достоверные различия между группами гинкго и плацебо по ряду параметров, характеризующих интенсивность тиннитуса, остроту слуха и влияние этих симптомов на качество жизни. Обращает на себя внимание длительный «стаж» тиннитуса у участников исследований, включенных в обзор. Так, Morgenstern и Biermann наблюдали пациентов, которые испытывали дезадаптирующий шум в ушах в среднем 4,5 года. В результате 12-недельного курса лечения экстрактом гинкго в дозе 160 мг/сут наблюдалось достоверное снижение интенсивности тиннитуса по данным аудиометрии. До начала лечения 59% пациентов основной группы охарактеризовали свое состояние как «беспокоящее» или «очень беспокоящее», а после курса лечения этот процент уменьшился до 37,9. В группе плацебо положительной динамики не отмечалось: 43,4 и 47,8% соответственно.

Ihl и соавт. наблюдали положительный эффект экстракта гинкго в РКИ у 202 пациентов среднего возраста 65 лет с когнитивными нарушениями (сосудистыми, нейродегенеративными и смешанными), у которых шум в ушах был вторичным симптомом. В результате 6-месячного курса терапии (240 мг экстракта гинкго) получено достоверное улучшение по 10-балльной шкале интенсивности тиннитуса по сравнению с группой плацебо ($p < 0,001$) (R. Ihl et al., 2010).

Schneider и соавт. в популяции больных установили дозозависимый эффект гинкго. В РКИ длительностью 26 нед у пациентов, которые принимали экстракт гинкго по 240 мг/сут, улучшение по 10-балльной шкале тиннитуса составило $-2,1 \pm 2,1$ балла ($p = 0,003$ по сравнению с группой плацебо), а в дозе 120 мг/сут — $-1,1 \pm 2,1$ балла ($p = 0,09$ по сравнению с группой плацебо) (L.S. Schneider, S.T. DeKosky, M.R. Farlow et al., неопубликованные данные из обзора A. von Boetticher). Таким образом, эффективная доза гинкго при шуме в ушах согласно данным РКИ составляет 240 мг/сут.

Гинкго при головокружении

Головокружение также является частой жалобой в неврологической практике. Иллюзия вращения обусловлена патологией периферических или центральных отделов вестибулярного анализатора. Данные о распространенности тех или иных типов головокружения неоднородны. В связи с пандемической распространенностью цереброваскулярных заболеваний есть основание полагать, что наиболее частой причиной головокружения является нарушение кровоснабжения вестибулярного органа и соответствующих центров головного мозга в рамках синдрома комплекса дисциркуляторной энцефалопатии или вертебробазилярной недостаточности. Нарушения кровотока в вертебробазилярном бассейне могут проявляться изолированным симптомом головокружения у 24% пациентов (K. Hanley, T. O'Dowd, N. Considine, 2001). По наблюдениям S. Okroglic и соавт. (2013), 17% пациентов с церебральной микроангиопатией жалуются на головокружение.

Второй по частоте причиной головокружения, по-видимому, являются заболевания внутреннего уха (болезнь Меньера, вестибулярный неврит), а также доброкачественное

пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), имеющее отдельный шифр в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). При заболеваниях периферического отдела вестибулярного анализатора (внутреннего уха) ощущение головокружения обычно сопровождается нарушением слуха и тиннитусом.

С апреля 2007 по август 2009 г. в 13 европейских странах, включая Украину, проводилось исследование REVERT, целью которого были сбор и анализ информации о демографических, клинических характеристиках головокружения и методах лечения, применявшихся в рутинной практике. За 28 мес была получена информация о 4294 пациентах среднего возраста 56,1 года. Наиболее частой формулировкой диагноза по МКБ было «другое головокружение периферического вестибулярного происхождения» (37,2%), на втором месте — ДППГ (26,9%). Каждый пятый пациент получал диагноз «периферическое вестибулярное головокружение неуточненное» (20,5%), у 15,4% больных была диагностирована болезнь Меньера. Почти половина пациентов имели сопутствующие сердечно-сосудистые и цереброваскулярные заболевания (S. Agus, H. Benecke et al., 2013).

Учитывая признанную роль нарушений кровоснабжения вестибулярного анализатора, патогенетически обоснованной фармакотерапией головокружения являются вазоактивные препараты. Согласно данным регистра REVERT 26,6% пациентов получали терапию бетастигином, на втором месте по частоте назначений был пирацетам (11,5%). Также для лечения головокружения применяли препараты гинкго билоба (5,7%), диуретики (5,3%), значительно реже — бензодиазепины, антагонисты кальция, нейролептики, антигистаминные и гомеопатические препараты.

Доказательства эффективности гинкго, полученные в многочисленных экспериментальных и клинических исследованиях, впервые были систематизированы в обзоре K.F. Hamann и соавт. (2007). В классических экспериментах на животных экстракт гинкго ускорял реабилитацию после односторонней травмы вестибулярного аппарата, что авторы связывали с влиянием на процессы нейропластичности (M. Lacombe et al., 1991). В рамках плацебо-контролируемого исследования, проведенного в Германии, продемонстрированы положительные эффекты фитотерапии у пациентов с центральным головокружением и нистагмом ишемической этиологии (W. Heide et al., 1998). Польские авторы успешно применяли экстракт гинкго как фармакологическую основу при физической вестибулярной реабилитации у пациентов с заболеваниями внутреннего уха (K. Orendorz-Fraczkowska et al., 2002).

В многоцентровом РКИ экстракт гинкго в дозе 240 мг/сут продемонстрировал статистически сопоставимую с бетастигином (32 мг/сут) эффективность купирования неспецифического головокружения (преимущественно у неврологических пациентов) на протяжении 12 нед (Л. Соколова, Р. Ноерт, Т. Мищенко, 2014). По шкале общего клинического впечатления результаты лечения охарактеризовали как «очень значительное улучшение» или «значительное улучшение» 79 и 70% пациентов соответственно. При этом препарат гинкго лучше переносился: 27 побочных эффектов у 19 пациентов против 39 у 31 пациента в группе бетастигина.

По результатам систематического обзора Natural Standard Research Collaboration в сотрудничестве с клиникой Мейо (США), экстракту гинкго присвоен уровень В (качественные научные доказательства) в терапии хронической недостаточности мозгового кровообращения, которая проявляется дефицитом внимания, утомляемостью, головной болью и головокружением. Рекомендуемая доза — до 160 мг/сут в три приема, длительность терапии — до 12 нед.

Технология имеет значение

Авторы обзоров, посвященных терапевтическому использованию гинкго билоба, справедливо отмечают, что препараты из одного растительного сырья, произведенные по разным технологиям, не могут быть биоэквивалентными. Одним из главных требований, предъявляемых к фитопрепаратам, является достаточная биодоступность при пероральном приеме.

 Новаторским фитотерапевтическим продуктом является препарат Гилоба компании «Мега Лайфсайенсиз». Компоненты экстракта гинкго образуют стабильные сферические комплексы с фосфолипидами — фитосомы, облегчающие усвоение водорастворимых полифенолов при прохождении через липидные мембраны кишечного эпителия. Это обеспечивает биодоступность гинкголидов и билобалидов 80–90% и позволяет извлечь максимум пользы из каждой дозы препарата. Одна капсула содержит фитосомы, эквивалентные 40 мг экстракта гинкго билоба.

К зарегистрированным в Украине показаниям относятся: симптоматическое лечение когнитивных расстройств у пациентов пожилого возраста и сопутствующее лечение головокружения и звона в ушах.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**



Гілоба®

Фітосоми

еквівалентні гінкго білоба екстракту 40 мг



ОБЕРИ ПЕРЕВАГИ ФІТОСОМ!

Дана інформація призначена для працівників охорони здоров'я
Перед призначенням препарату обов'язково ознайомтеся з інструкцією

РП № UA/3693/01/01 від 21.09.2016 р.,
відпускається без рецепту

MEGA
We care