

# Современная терапия вестибулярных расстройств: гайджест зарубежных публикаций

## Диагностика и лечение головокружения в повседневной практике по данным регистра REVERT

Головокружение определяется как субъективное ощущение движения собственного тела в пространстве или окружающих предметов вокруг тела при фактическом отсутствии такого движения. Это состояние в англоязычной литературе обозначается термином «vertigo» и обусловлено патологией периферических или центральных отделов вестибулярного анализатора. Общепринятых стандартов ведения пациентов с головокружением не разработано, подходы к диагностике и лечению могут существенно различаться в разных странах.

Международное наблюдательное исследование (регистр) REVERT (The Registry to Evaluate the burden of disease in VERTigo) было спланировано и проведено в 13 странах, включая Украину, с целью сбора и анализа информации о демографических, клинических характеристиках головокружения и методах лечения, принятых в разных регионах. Данные собирались путем анкетирования лечащих врачей с апреля 2007 по август 2009 года. В исследовании участвовали отоларингологи, неврологи, врачи общей практики и неотложных состояний. Предусматривалось два визита пациентов – первичный и повторный с интервалом в 6 мес.

За 28 мес была получена информация о 4294 пациентах с головокружением. Большинство из них были женщины (65,3%). Средний возраст на момент диагностики составил 56,1 года. Наиболее частой формулировкой диагноза по МКБ было «другое головокружение периферического вестибулярного происхождения» (37,2%), на втором месте – «доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение» (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 сопутствующее сердечно-сосудистое заболевание.

До включения в регистр 26,6% пациентов уже получали терапию бетагистином, 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 препараты и гомеопатию.

Предписание или изменение терапии на момент включения данных в регистр оставалось на усмотрение лечащего врача. Чаще всего назначали бетагистин: 66,6% пациентов на первом визите и 21,5% – на втором. Пирацетам использовали менее чем в 15% случаев. Анализ назначений по диагнозам показал, что применение бетагистина было самым частым во всех группах, но больше всего рецептов на этот препарат получили пациенты с диагнозами болезни Меньера и ДППГ.

У 43,3% пациентов на первом визите нарушение состояния здоровья, связанное с головокружением, врачи оценили по 7-балльной шкале общего клинического впечатления (CGI-S) как «умеренное», у 22,2% – как «легкое», 20% – как «достаточно тяжелое». Через 6 мес оценки сместились в сторону улучшения состояния: у 75% больных классифицировали нарушения как «умеренные», у 21% как «пограничные», а 26% пациентов сочли здоровыми.

Согласно оценкам изменений, произошедших в состоянии больных за 6 мес, по шкале CGI-S улучшение достигнуто у 91,0% участников регистра. Наиболее значимое улучшение наблюдалось у пациентов, которые исходно оценивались как «тяжело больные», а также у больных с диагнозами ДППГ и «другое головокружение периферического происхождения».

Хотя в исследовании не предусматривался статистический анализ влияния назначенного лечения на клинические исходы, авторы пришли к заключению, что существенная редукция симптомов головокружения, по крайней мере, частично обусловлена фармакотерапией.

S. Agus, H. Benecke, C. Thum, M. Strupp. *Frontiers in Neurology* 2013 May 10; 4: 48.

## Бетагистин для купирования тошноты и головокружения после операций на среднем ухе

От 60 до 80% пациентов, которые переносят хирургические вмешательства на среднем ухе, испытывают в послеоперационном периоде тошноту, рвоту и приступы вестибулярного головокружения, несмотря на профилактику ондансетроном или другими антагонистами 5HT<sub>3</sub> рецепторов.

В проспективном рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании изучалась эффективность

бетагистина в дополнение к ондансетрому для контроля этих симптомов. В исследование включили 100 пациентов, у которых планировались операции тимпанопластики или мастоидектомии под местной анестезией. Исключались другие причины головокружения. 50 участников основной группы получали бетагистин в дозе 16 мг и ондансетрон в дозе 8 мг перорально за 3 ч до начала операции. В контрольной группе, которую также составили 50 пациентов, назначали ондансетрон и плацебо. Премедикация также включала назначение ранитидина и лоразепама за 4-5 ч до операции. Для местной анестезии и профилактики кровотопотери использовали 0,25% раствор бупивакаина и 0,1% раствор лигнокаина с адреналином. Непосредственно перед вмешательством для седации всем пациентам вводили внутривенно 2 мг мидазолама. Послеоперационную боль купировали внутримышечными инъекциями диклофенака.

Вестибулярные симптомы оценивали во время операции (что является преимуществом местной анестезии) и в первые сутки послеоперационного периода. При выраженной тошноте или рвоте в качестве быстродействующих средств использовали внутривенные инъекции ондансетрона и внутримышечные инъекции прохлорперазина.

Рвота во время операции и в послеоперационном периоде возникла соответственно у 4 и 8% пациентов группы комбинированной профилактики ондансетроном и бетагистином, у 18 и 26% представителей группы плацебо. На ощущение головокружения жаловались 10% участников группы бетагистина и 32% пациентов группы плацебо. В группе бетагистина потребовалось меньше препаратов для купирования тошноты и рвоты в послеоперационном периоде. Все зарегистрированные случаи выраженной тошноты (с оценкой по визуальной аналоговой шкале >50 мм) четко ассоциировались с вестибулярным головокружением.

Исследователи пришли к выводу, что премедикация бетагистином в комбинации с ондансетроном достоверно эффективнее предотвращает вестибулярные расстройства у пациентов, перенесших операции на среднем ухе.

S. Mukhopadhyay, M. Niyogi, R. Ray, B.S. Mukhopadhyay, M. Dutta, M. Mukherjee. *J. Anaesthesiol. Clin. Pharmacol.* 2013 Apr-Jun; 29 (2): 205-210.

## Долгосрочная эффективность комбинации нимодипина и бетагистина для терапии болезни Меньера

Купирование острых приступов болезни Меньера антиэметиками и транквилизаторами не представляет трудности, в то время как долгосрочное лечение, направленное на профилактику атак головокружения, до сих пор остается предметом дискуссий. Группа авторов из специализированных клиник Италии опубликовала результаты ретроспективного исследования двух режимов терапии болезни Меньера у 113 пациентов за период с 1999 по 2009 год. В 53 случаях назначали 6-месячный курс монотерапии бетагистином в дозе 32 мг/сут, у 60 пациентов применяли экспериментальную комбинацию бетагистина в дозе 32 мг/сут и дигидропиридинового блокатора потенциалзависимых кальциевых каналов – нимодипина в дозе 40 мг/сут.

Оба режима терапии достоверно уменьшали влияние головокружения на качество жизни, но более выраженное улучшение за период наблюдения отмечалось на фоне комбинированного лечения (с 44,8 до 17,5 балла по Dizziness handicap inventory,  $p < 0,005$ ) по сравнению с терапией бетагистином (с 46,4 до 13,7 балла,  $p < 0,05$ ). И в том, и в другом случае достоверно улучшались результаты стабилметрических проб, но комбинированная терапия бетагистином и нимодипином обеспечивала лучший контроль положения тела в пространстве. Монотерапия бетагистином не обеспечивала клинически значимого влияния на тиннитус (шум в ушах) и нарушения слуха по данным аудиометрии ( $p > 0,05$ ), в то время как комбинированное лечение ассоциировалось с достоверной редукцией тиннитуса и повышением остроты слуха на частотах от 0,5 до 3 кГц ( $p < 0,005$ ).

Авторы исследования заключили, что нимодипин не только является ценным дополнением к терапии бетагистином, но и оказывает специфические эффекты на функции среднего уха у пациентов с болезнью Меньера.

D. Monzani, M.R. Barillari, M.A. Ciuffelli, E.A. Cavazza, V. Neri, L. Presutti, E. Genovese. *Acta Otorhinolaryngologica Italica* 2012; 32: 393-403.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**



ФАРМАСТАРТ

НЕВРОЛОГІЯ • ПСИХІАТРІЯ

# БЕТАГИС

(бетагістин)



Р.П. МОЗ України № UA/5027/01/01

- ❶ **Висока ефективність** при захворюванні та синдромі Мен'єра<sup>1</sup>
- ❷ **Доведена ефективність** для симптоматичного лікування вестибулярного запаморочення різного походження<sup>2,3</sup>
- ❸ **Один з найбільш доступних** за ціною бетагістинів в Україні<sup>4</sup>

1. Fixed combination of cinnarizine and dimen-hydrinate versus betahistinedimesylate in the treatment of Meniere's disease: a randomized, double-blind, parallel group clinical study. Novotny M, Kosticak R. *Int Tinnitus J.* 2002;8:115-23.
2. Betahistinedihydrochloride in the treatment of peripheral vestibular vertigo. Mira E, Guidetti G, Ghilardi PL, Fattori B, Malainino N, Maiolino L, et al. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2003; 260:73-7.
3. Betahistine in the treatment of vertiginous syndromes: a meta-analysis. Della Pupa, G Guidetti, I and M Eandi. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* Aug 2006; 26(4): 208-215.
4. Шотижневик «Аптека», №13 (934) 31 березня 2014 р.

#### Фармакотерапевтична група:

Засоби для лікування вестибулярних порушень. Код АТС N07C A01.

#### Показання

Хвороба і синдром Мен'єра, які характеризуються трьома основними симптомами:

- запамороченням, що супроводжується іноді нудотою і блювотою;
- зниженням слуху (глухуватістю);
- шумом у вухах.

Симптоматичне лікування вестибулярного запаморочення різного походження.

#### Спосіб застосування та дози

Таблетки Бетагіс приймають внутрішньо під час або після їжі. Дозу препарату і тривалість курсу лікування визначають індивідуально для кожного пацієнта залежно від показань та ступеня тяжкості захворювання. При курсовому лікуванні дорослим зазвичай призначають від 24 мг до 48 мг бетагістину на добу (по ½-1 таблетці 3 рази на добу).

У більшості випадків поліпшення стану відзначається через 2-3 тижні. Кращі результати досягаються при курсі лікування Бетагіс протягом декількох місяців. Побічні реакції

З боку імунної системи: реакції гіперчутливості (в т.ч. анафілаксії).

З боку шлунково-кишкового тракту: нудота, диспепсія. У деяких випадках можливі скарги на незначні розлади шлунку (блювання, відчуття дискомфорту, болю в абдомінальній області внаслідок здуття і метеоризму), частіше – у пацієнтів з хронічними захворюваннями травного тракту. Ці побічні реакції зазвичай зникають при прийомі препарату з їжею або після зменшення дози.

З боку нервової системи: зрідка головний біль.

#### Фармакологічні властивості

Фармакодинаміка. Бетагістин – синтетичний аналог гістаміну. Препарат активізує органну мікроциркуляцію, зокрема збільшує кровотік у внутрішньому вусі і в базиллярних артеріях. При стабілізації лабиринтового кровотоку відбувається нормалізація ендолімфатичного тиску як у лабіринті, так і в завитковому апараті внутрішнього вуха, внаслідок чого зменшується суб'єктивне відчуття запаморочення. Препарат купірує гострі напади вестибулярного запаморочення різної етіології, усуває кохлеарні розлади, шум і дзвін у вухах, попереджує розвиток глухоти. Профілактична та лікувальна ефективність системного застосування бетагістину проявляється при хворобі Мен'єра, до основних клінічних симптомів якої відносяться напади запаморочення (вертиго), супроводжувані нудотою і блювотою; шум у вухах; прогресуюча тугоухість. Найкращі результати спостерігалися при призначенні в початкових стадіях хвороби Мен'єра. Бетагістин інгібує діамінооксидазу, блокуючи розпад ендогенного гістаміну, та стимулює Н1-рецептори внутрішнього вуха.

#### Категорія відпуску

За рецептом.

\* Повну інформацію дивіться, будь ласка, в інструкції для медичного застосування препарату

Ми робимо якісне лікування доступнішим!



ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124,  
м. Київ, бул. І. Лепсе, 8  
Тел.: (+38 044) 281-23-33  
www.phs.ua