

Запаморочення: дві сторони одного симптому

Запаморочення, що є однією з частих скарг у практиці лікаря-невролога, може бути симптомом близько 80 захворювань. Тому необхідно диференціювати тип запаморочення і першочергово визначити, чи є воно системним (вестибулярним), чи несистемним. У межах науково-практичної фахової школи-семінару «Клініко-практичні аспекти в сучасній неврології», що відбулася 12 травня 2020 р. у режимі онлайн, завідувачка кафедри неврології № 2 Харківського національного медичного університету, д. мед. н., професорка Олена Леонідівна Товажнянська розповіла про загальні підходи до діагностики вестибулярного запаморочення та можливі варіанти фармакотерапії. Представляємо до вашої уваги огляд цієї доповіді.

Доповідачка нагадала, що запаморочення – суб'єктивна скарга, при описі якої пацієнти мають на увазі дуже різноманітні стани. Це можуть бути відчуття обертання та перевертотів усередині голови, нестійкості, кидання в боки аж до падіння, качання, «плавання» голови, порушення координації рухів, хисткості, «падіння в безодню», «грунту, що тікає з-під ніг», слабкості в ногах тощо. Клінічне значення має розділення запаморочення на системне (істинне, або вестибулярне), яке є симптомом патології вестибулярної системи, та несистемне (невестибулярне).

При несистемному запамороченні змінюється сприйняття простору, руху та часу, що супроводжується нестійкістю в ногах, порушенням рівноваги, відчуттям близької втрати свідомості, потемнінням в очах. Причиною несистемного запаморочення можуть бути захворювання або травми ЦНС, депресія, стрес, перевтома.

При системному запамороченні (або вертиго) хворого непокоїть ілюзія руху, якого не існує. Він скаржиться на відчуття обертання навколишніх предметів або власного тіла в тій чи іншій площині. Причиною системного запаморочення є ушкодження структур вестибулярної системи. Залежно від рівня ураження виділяють периферичні та центральні вестибулярні синдроми. В основі перших може лежати патологія структур внутрішнього вуха, вестибулярного ганглію, вестибулярної порції VIII нерва. На центральному рівні уражаються: вестибулярні ядра та центральні вестибулярні шляхи, спинний, довгастий і середній мозок, підкірково-дienceфальні відділи та міст мозку. Також можливе поєднання центральних і периферичних уражень.

Для визначення того, центральні або периферичні пошкодження є причиною вестибулярного запаморочення, може бути застосований простий окуломоторний тест HINTS. Перша частина HINTS – поштовховий тест голови. Його результат вважають позитивним і таким, що свідчить про периферичне запаморочення, якщо має місце значна затримка із корегувальними саккадами при швидкій ротації голови у бік ураження. Негативний результат – відсутність корегувальних саккад – може вказувати на центральне запаморочення. Друга частина HINTS – оцінка ністагму. Односпрямований горизонтальний ністагм, який завжди має швидку фазу в одному й тому ж напрямку та підсилюється, якщо пацієнт дивиться у бік швидкої фази, свідчить про периферичне

запаморочення, тоді як двоспрямований (швидкий компонент вправо при погляді вправо та вліво при погляді вліво), вертикальний або торсійний – про центральне. Третя частина HINTS – оцінка відхилення одного очного яблука під час прикривання іншого ока долонею з наступною корекцією після відкриття ока. Наявність такого відхилення свідчить про церебральні ураження, а відсутність – про периферичні причини запаморочення.

Якщо окуломоторний тест HINTS виявляє у пацієнта негативний результат поштовхового тесту голови, горизонтальний ністагм із напрямком швидкого компонента, що змінюється, а також відхилення положення очних яблук, є підстави запідозрити інсульт у вертебробазиллярному басейні навіть за початкових негативних даних магнітно-резонансної томографії (МРТ). За результатами дослідження J.C. Kattah et al. (2009), у перші 24 год після інсульту тест HINTS є чутливішим, ніж МРТ, при цьому чутливість HINTS становить 96-100%, а специфічність – 96-98%.

Професорка О.Л. Товажнянська зазначила, що з ураженням периферичного відділу вестибулярного аналізатора пов'язані такі патології, як хвороба Мен'єра, доброякісне пароксизмальне позиційне запаморочення (ДППЗ), вестибулярний нейроніт, гострий лабіринтит, гостре порушення кровообігу у внутрішній слуховій артерії, невринома VIII черепного нерва. Лекторка детальніше зупинилася на найпоширенішій із зазначених патологій – ДППЗ. Його причина – подразнення рецептора вестибулярного апарату камінчиками, або отолітами, які містяться у півколових каналах внутрішнього вуха чи купулі (каналолітіаз, купулолітіаз). Основні ознаки ДППЗ – пароксизмальність та позиційність. Для нього характерні:

- виникнення сильного запаморочення та ністагму протягом <1 хв при зміні положення голови (перевертання в ліжку, нахилі або повороті голови вбік чи закиданні голови);
- запаморочення найбільш виражене при положенні ураження вухом донизу;
- напад запаморочення триває 20-30 с, може супроводжуватися сильною нудотою або блюванням, слабкістю; слух не страждає; між нападами симптоматика не виражена;
- напади запаморочення інколи виникають серіями, а потім на деякий час зникають.

Для діагностики ДППЗ проводять позиційні тести, зокрема пробу Дікса – Холлпайка.

Пацієнта саджають на кушетку і повертають голову на 45° у досліджуваній бік. Потім його укладають на спину, зберігаючи поворот голови, і закидають голову назад, щоб вона трохі звисала над краєм кушетки. Тест вважається позитивним, якщо в положенні лежачи після латентного періоду (1-15 с) з'являються запаморочення і вертикальний ністагм вгору з ротаторним компонентом у напрямку того вуха, що нижче. Процедура повторюється із поворотом голови в інший бік.

Лекторка привернула увагу слухачів ще до одного захворювання, ядром симптоматики якого є гостре вестибулярне запаморочення – вестибулярного нейроніту. За цієї патології запаморочення може супроводжуватися нудотою, блюванням та ністагмом, який має особливі характеристики. Ністагм переважно горизонтальний, а його швидкий компонент завжди спрямований у бік ураження; він не змінює напрямку залежно від напрямку руху очних яблук. Причини розвитку вестибулярного нейроніту не завжди легко визначити, часто підозрюють вірусну інфекцію.

У випадках центральних уражень, що характеризуються запамороченням, останнє є не єдиним проявом. Так, інсульт, транзиторні ішемічні атаки, розсіяний склероз, пухлина мосто-мозочкового кута, окрім запаморочення, супроводжуються іншими неврологічними симптоми, наявність яких допомагає встановити первинне захворювання.

О.Л. Товажнянська зазначила, що гостра та хронічна цереброваскулярна патологія є найпоширенішою причиною запаморочення – як системного, так і несистемного. Системне запаморочення виникає при ішемії вестибулярних ядер, розташованих у стовбурі мозку, тоді як периферичне може бути пов'язане із недостатністю кровопостачання у дрібних артеріях, що живлять лабіринт та VIII нерв.

Діагностика запаморочення включає отоневрологічне та традиційне неврологічне обстеження, МРТ головного мозку й шийного відділу; за підозри на цереброваскулярну недостатність – дослідження церебральної гемодинаміки (доплерографія, ангиографія), а також застосування низки методів нейровізуалізації (комп'ютерна томографія, МРТ, зокрема з імпульсними послідовностями FIESTA). Згідно з рекомендаціями Американської колегії радіологів (ACR, 2018), усі варіанти системного запаморочення потребують верифікації з використанням МРТ. Для верифікації периферичного вертиго потрібні дані комп'ютерної томографії скроневої кістки.

Лекторка зазначила, що для фармакотерапії системного запаморочення сьогодні використовують декілька груп ліків, зокрема вестибулярні супресанти, препарати, що стимулюють центральну вестибулярну компенсацію, противіротні засоби (для полегшення супутньої симптоматики). Також є можливість скористатися перевагами комбінованих препаратів: вони поліпшують комплаєнс та, завдяки синергійній дії компонентів, дозволяють знизити дозування при збереженні терапевтичної ефективності. Доповідачка нагадала про комбінований лікарський засіб для терапії запаморочення, ефективність та безпека якого були доведені в численних рандомізованих клінічних дослідженнях, – Арлеверт. Діючими складовими препарату в формі таблеток є цинаризин та дименгідрилат (по 20 і 40 мг відповідно) – компоненти, які впливають на різні аспекти запаморочення, щодо яких накопичено значний досвід застосування у лікуванні цієї патології. Так, цинаризин блокує вхід кальцію у вестибулярні сенсорні клітини та вивільнення глутамату в синапсі, гальмуючи передачу нервового імпульсу від Perezбуджених сенсорних клітин до вестибулярних ядер. Таким чином, цинаризин впливає переважно на периферичну вестибулярну систему. Дименгідрилат діє як антигістамінний засіб з антихолінергічною (М-холіноблокувальною)



О.Л. Товажнянська

активністю, якому притаманна парасимпатолітична та пригнічувальна дія на ЦНС. Впливаючи на хеморецепторну тригерну зону в ділянці четвертого шлуночка, він інгібує запаморочення, нудоту, позиви до блювання. Отже, дименгідрилат діє переважно на центральну вестибулярну систему.

Цікавий феномен описали D. Shremmer et al. (1999): застосування комбінації низьких доз цинаризину та дименгідрилату (20/40 мг двічі на день) дозволяє підвищити ефективність лікування запаморочення в 1,8 раза порівняно із застосуванням монопрепаратів у стандартних дозах (50 мг цинаризину двічі на день, 100 мг дименгідрилату двічі на день) (рисунок). Очевидно, що зниження ефективної дози лікарських засобів сприяє підвищенню безпеки лікування.

У дослідженні V. Otto et al. (2008) лікування впродовж чотирьох тижнів комбінацією цинаризину та дименгідрилату (20/40 мг тричі на день) виявилось у 3,5 рази ефективнішим за терапію бетагістином у дозі 12 мг тричі на день (порівнювали бали за шкалою оцінки симптомів запаморочення).

A.W. Scholtz et al. (2016) провели дослідження ефективності комбінації цинаризину (20 мг) і дименгідрилату (40 мг) в умовах реальної клінічної практики при залученні 1275 пацієнтів із 433 медичних практик Німеччини. Близько третини учасників раніше приймали інші препарати для лікування запаморочення (гомеопатичні засоби, бетагістин, гінкго білоба тощо), але вони були скасовані через неефективність. Комбінацію цинаризину й дименгідрилату 90% учасників отримували тричі на день, 9% – двічі на день; медіанний період спостереження становив шість тижнів. Ефективність лікування фіксували за зміною оцінки згідно з валідованою шкалою симптомів запаморочення.

На момент заключного візиту загальна ефективність терапії була оцінена як дуже висока у 40% пацієнтів (практично повне купірування симптомів) та висока – у 45% (значне зменшення симптомів); поліпшення відсутнє або ж було незначущим у 2 і 13% хворих відповідно. Погіршення симптомів не спостерігалося у жодному випадку. За результатами клінічних досліджень та даних реальної клінічної практики, комбінація цинаризину (20 мг) і дименгідрилату (40 мг) забезпечує швидке полегшення симптомів та може розглядатися як засіб першої лінії у лікуванні запаморочення, зокрема на етапі до встановлення повного діагнозу (Scholtz et al., 2016).

На завершення лекторка приділила увагу реабілітаційним заходам у пацієнтів із запамороченням. Так, якомога раніше (одразу після купірування епізоду гострого запаморочення, бажано не пізніше першого тижня захворювання) рекомендовано починати вестибулярну гімнастику, що стимулює вестибулярну компенсацію та прискорює відновлення. Гімнастика при вестибулярних розладах має включати чотири групи вправ: для стабілізації погляду, тренування постуральної стійкості та ходи, стимуляції сенсорного заміння та досягнення габітуації (стійкого зменшення реакції на повторюваний стимул).

Підготувала Тетяна Ткаченко

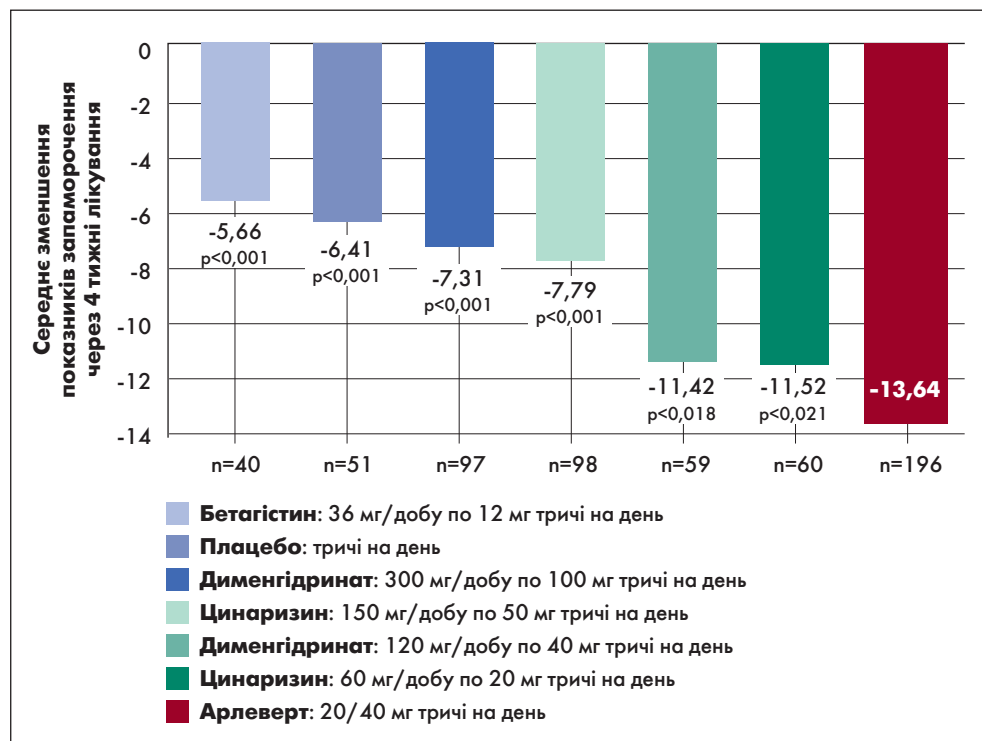


Рисунок. Ефективність моно- і комбінованих препаратів у лікуванні центрального, периферичного та змішаного запаморочення

Примітка: Адаптовано за D. Shremmer et al., 1999.



Арлеверт®

Подвійна дія проти запаморочення¹

Дименгідринат + цинаризин



ПЕРША ЛІНІЯ лікування запаморочення⁴

 Швидка дія^{4,5,*}

 №1 у Німеччині²

 Ефективніший
за бетагістин та
інші препарати⁴

 Добре
переноситься^{3,4}



По

1 таб.
3 рази на день¹



* Вже протягом першого тижня.

1. За повною інформацією звертайтеся до інструкції з медичного застосування препарату Арлеверт® №707 від 25.03.2020. Р.П. UA/14331/01/01.

2. Препарат №1 від запаморочення за рівнем продажу в Євро у Німеччині. IMS data MAT/06/2017

3. Shremmer D. Clin Drug Invest. 1999. Nov; 18 (5): 355-368.

4. Trinius K. F. Ukraine Health. Special Issue "Neurology, Psychiatry, Psychology". 2015. Dec: 4 (35): 3,6-8.

5. Scholtz et al., Clin Drug Investiq, 2012; 32(6): 387-399

АРЛЕВЕРТ®. 1 таблетка містить цинаризину 20 мг та дименгідринату 40 мг;

Лікарська форма. Таблетки. **Фармакотерапевтична група.** Комбінований препарат цинаризину. Код АТС N07CA52. **Показання.** Симптоматичне лікування запаморочення різного генезу.

Протипоказання. Алергічні реакції або гіперчутливість на будь-який із компонентів препарату. Тяжкі порушення функції нирок та печінки. Закритокутова глаукома. Судоми. Підозри на підвищений внутрішньочерепний тиск. Алкоголізм. Затримка сечі. **Спосіб застосування та дози.** По 1 таблетці 3 рази на добу. Тривалість застосування препарату 4 тижні. Рішення про більш тривале лікування повинен приймати лікар. **Побічні реакції.** Можливі сонливість, головний біль, сухість у роті, біль в животі, парестезія, та інші.

Категорія відпуску. За рецептом. **Виробник** .Хенніг Арцнайміттель ГмбХ & Ко КГ. Лібігштрассе 1-2, 65439 Фльорсхайм-на-Майні, Німеччина.

За повною інформацією звертайтеся до інструкції з медичного застосування препарату Арлеверт® №707 від 25.03.2020. Р.П. UA/14331/01/01.

Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ»

Адреса: Київ, вул. Березняківська, 29. Тел.: (044) 494 33 88.

Інформація про рецептурний лікарський засіб для спеціалістів охорони здоров'я.

UA_Arl-01-2020_V1_Poster. Затверджено 03.04.2020.



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**