

# Особливості діагностики й лікування вертиго та запаморочення

У червні 2021 р. в Одесі пройшла науково-практична конференція «НЕПіКа: неврологія, ендокринологія, психіатрія і кардіологія», на якій обговорювалися теми ведення пацієнтів з інсультом, істерією та люмбоішіалгією, а також лікування артеріальної гіпертензії та цукрового діабету. У заході взяли участь неврологи, кардіологи, ендокринологи та лікарі загальної практики з усіх регіонів України. Велими актуальною була доповідь, присвячена особливостям діагностики й лікування вертиго та запаморочення, яку представила д. мед. н., професорка Марина Анатоліївна Тріщинська (Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ).



М.А. Тріщинська

На початку лекції спікерка нагадала слухачам визначення та основні відмінності між вертиго й запамороченням. Запаморочення (невестибулярне) – це порушення сприйняття руху, простору й часу. Вертиго (вестибулярне) – ілюзія уявного руху простору навколо себе, або себе у просторі.

У разі виявлення вертиго необхідно провести диференційну діагностику із запамороченням, яка полягає у визначенні наявності ротаторного компонента. Під час збору анамнезу слід запитати у пацієнта, в який бік у нього «обертаються» предмети (або ж сам хворий навколо них). При вертиго даний компонент буде наявний, а при запамороченні – відсутній.

## Запаморочення

### Етіологія

Запаморочення може виникати при багатьох патологіях: отовестибулярній (у 32,9% випадків), серцево-судинній (21,1%), респіраторній (11,5%), неврологічній (11,2%, зокрема в 4% – при цереброваскулярній), метаболічній (11%), психіатричній (7,2%); захворюваннях травної (7%) та сечостатевої (5,1%) систем; у разі інфекцій (2,9%), а також при травмах/отруєнні (10,6%) (Newman-Toker et al., 2008). До того ж низка захворювань нервової системи супроводжується запамороченням. До них належать травма голови, епілепсія, деменція, паркінсонізм, пухлини головного мозку. Патолофізіологічно це зумовлено порушенням зв'язків між вестибулярною системою та іншими структурами головного і спинного мозку (Harding, Gronow, 2019).

Окрім того, запаморочення зустрічається при особливих станах, що характеризуються функціональним дисбалансом систем. Їх природа може бути:

- серцево-судинна (ортостатична гіпотензія, цереброваскулярні захворювання, синдром каротидного синуса, стеноз аорти, синдром підключичного обкрадання, аритмії);
- метаболічна (гіпоглікемія, надниркова недостатність, гіпотиреоз);
- гематологічна (анемія, синдром гіперв'язкості);
- психогенна (генералізована тривога, агорафобія, панічні атаки, гіпервентиляція);
- офтальмологічна (порушення зору).

Серед причин запаморочення також слід відзначити наркотичну інтоксикацію, як-то гостра інтоксикація алкоголем або наркотиками, отруєння чадним газом, хронічне зловживання, ятрогенний (побічна дія антигіпертензивних засобів, антидепресантів, аміноглікозидів, антиаритміків) та інфекційний фактори (гострі бактеріальні інфекції, хвороба Лайма, ВІЛ). Синдром мультисенсорного запаморочення виникає при зменшенні вхідних даних від більш ніж однієї сенсорної системи при зниженні зору, вестибулярній дисфункції, периферичній або вегетативній невропатії.

## Клінічна картина

Симптоми запаморочення включають відчуття порожнечі у голові, потемніння в очах, псевдозапаморочення, оніміння, переднепритомні стани, конфузії (коли пацієнт, наприклад, забуває, навіщо він прийшов до кімнати), синкопе. 3-поміж негативних емоційних симптомів запаморочення – страх смерті, клаустро-/агорафобії, кінетоз (морська хвороба), акро-/ніктофобія, асцендо-/есцендофобії.

## Вертиго

### Етіологія

Причини вертиго полягають в односторонньому порушенні проведення збудження сенсорних клітин, які в нормі під час руху ендолімфи справа наліво з одного боку активізуються, а з протилежного – гальмуються. Вертиго є досить поширеною скаргою у рутинній практиці лікарів при багатьох патологіях та супроводжується труднощами при ходьбі, порушенням балансу, атаксією, шумом у вухах (тинітус) та втратою слуху. Останні два прояви є суміжними симптомами у неврології та оториноларингології.

Тинітус – звукове відчуття за відсутності зовнішнього акустичного стимулу, що зустрічається у 10-15% дорослого населення. У 25% із них він негативно позначається на повсякденному житті, а 1-3% відчувають значне зниження якості життя (Henry et al., 2005).

За етіологією об'єктивний тинітус можна поділити на судинний та несудинний:

1. Несудинні причини: ідіопатична внутрішньочерепна гіпертензія; зяюча евстахієва труба; піднебінний міоклонус; міоклонус стремінцевого м'яза або м'яза – натягувача барабанної перетинки.
2. Судинні причини: артеріальні (каротидний шум, атріовентрикулярна мальформація, пухлини); венозні: аномалії стінки сигмоподібної пазухи, стеноз поперечного синуса.

## Клінічна картина

Симптоми вертиго включають вегетативні, як-от нудота, блювання, підвищене потовиділення, що переважають над психічними, атаксією, спонтанний ністагм у момент запаморочення, шум у вухах, часті падіння.

## Центральна та периферична вестибулопатія

### Етіологія

Вестибулоцеребелум (вузлик та клаптик мозочка) разом з іншими структурами у стовбурі головного мозку складає центральний вестибулярний апарат людини. При його ураженні спостерігається картина центральної вестибулопатії, для якої характерні цереброваскулярні захворювання та мігренозне вертиго (Chakor et al., 2012). Під час ураження периферичної частини вестибулярного апарату, а саме внутрішнього вуха (лабіринту), вестибулярних нервів у ділянці мостомозочкового кута або в піраміді скроневої кістки, відзначається, відповідно, периферична вестибулопатія (Тринус, 2007). Типовими її проявами є вестибулярний нейроніт, хвороба Мен'єра або доброякісне пароксизмальне позиційне запаморочення. Співвідношення центральної та периферичної вестибулопатії становить 25 і 75% відповідно (Chakor, 2012).

## Клінічна картина

Характерними особливостями периферичного вертиго є низка особливостей (Морзова, 2012):

- нападopodobний характер (раптовий початок і кінець);
- обмеженість нападу в часі (рідко >24 год);
- поєднання запаморочення з виразними вегетативними розладами;
- задовільне самопочуття між нападами;
- швидкий початок компенсації внаслідок включення центральної компенсаційних механізмів – тривалість залишкової вестибулярної дисфункції рідко перевищує місяць.

Ураження вестибулярного аналізатора в ділянці лабіринту характеризується гострим раптовим початком, виразною інтенсивністю запаморочення, посиленням при поворотах голови, спонтанним одностороннім горизонтальним ністагмом у здоровий бік, вестибулярною атаксією з тенденцією нахилу або падіння в бік ураженого лабіринту. Також зустрічаються вегетативні порушення (нудота, блювання, гіпергідроз), вестибулярний нейроніт (гостра периферична вестибулопатія), позитивна проба доброякісного пароксизмального позиційного запаморочення Дікса – Холлпайка.

Стани, що супроводжуються порушенням слуху: хвороба Мен'єра, інфаркт лабіринту, результатом якого є незворотна глухота, пухлини (невринома VIII пари черепних нервів, менінгіома, холестоста), лабіритит, баротравма, наркотична й лікарська інтоксикація, патологія зовнішнього і середнього вуха.

Для вестибулярного запаморочення центрального генезу характерні:

1. Хронічний перебіг, відсутність чітких часових меж.
2. Помірна інтенсивність.
3. Поєднання з симптомами ураження центральної нервової системи.
4. Тривала (місяці, роки) наявність залишкової вестибулярної дисфункції внаслідок обмеженості компенсаторних можливостей при центральному ураженні.
5. Відсутність слухових порушень.

У разі гострого процесу в центральній нервовій системі, що гостро впливає і на вестибулярні утворення, запаморочення за характером та інтенсивністю багато в чому подібне до того, яке спостерігається при патології периферичного відділу вестибулярного аналізатора. Так, 11% пацієнтів з ізолюваними мозочковими інфарктами мають лише ізолюване вертиго, ністагм або постуральну нестабільність, що входить до симптомокомплексу, який виникає зі справжнім вестибулярним запамороченням. Це свідчить про доцільність диференціальної діагностики (Lee, 2014).

Труднощі при ходьбі, порушення балансу або координації можуть бути наслідком власне судинного ураження або низки тригерних факторів, таких як інсульт (ішемічний, геморагічний чи вестибулярної кори), синдром хребетної артерії, тромбоз сигмоподібного/поперечного синуса або вестибулярний пароксизм (Chakor et al., 2012).

## Лікування

У лікуванні вестибулярних дисфункцій використовують декілька підходів. По-перше, це фармакологічний вплив на вестибулярну дисфункцію через активацію гістамінових рецепторів, що знаходяться в структурах головного мозку, і погіршення кровотоку у внутрішньому вусі та ділянці вестибулярних ядер. Окрім того, застосовують вестибулярну реабілітацію, яка поєднує прискорення компенсації функції вестибулярної системи та створення умов для якнайшвидшої адаптації до її пошкодження.

Серед основних груп фармакологічних препаратів можна виділити три найефективніші:

- засоби, що поліпшують вестибулярну провідність;
- седативні препарати та нейролептики;
- вестибулостабілізатори.

Асиметрія у генерації та проведенні сприймається як сигнал вертиго/запаморочення. Вестибулостабілізатори є препаратами вибору через значну перевагу над іншими

фармакологічними групами завдяки своїй здатності до відновлення сприйняття руху шляхом повернення передачі імпульсів, що йдуть від правого та лівого аналізатора.

Типовим представником вестибулостабілізаторів є поєднання цинаризину (20 мг) і дименгідрилату (40 мг) у фіксованих низьких дозах (Otto et al., 2008). У подвійному сліпому дослідженні (n=37) було доведено майже вчетверо вищу ефективність цього комбінованого препарату (одна таблетка тричі на день) порівняно зі стандартною, згідно із затвердженою інструкцією, дозою бетастину (36 мг/добу) щодо зменшення проявів запаморочення, пов'язаних із вертебробазиллярною недостатністю. Поліпшення показників тесту Унтербергера для оцінки бокового коливання вестибулоспінальних параметрів виявилось більш значущим у пацієнтів, що приймали фіксовану комбінацію, ніж у тих, хто отримував плацебо (p<0,001).

Серйозних побічних ефектів не спостерігалося у жодній терапевтичній групі. Переносимість фіксованої комбінації оцінювалася як дуже хороша або хороша – у 91% (бетастину – 73%, плацебо – 82%).

На вітчизняному фармринку фіксована низькодозова комбінація представлена оригінальним препаратом **Арлеверт®**. Синергія цинаризину (селективного блокатора кальцієвих каналів – вестибулолітика) з дименгідрилатом (ангігістаміном агентом з антихолінергічними властивостями) дозволяє досягти потрібного ефекту через дію на рівні різних анатомічних структур, залучених до патогенезу запаморочення та тинітуса. Препарат впливає на периферичну й центральну ланки вестибулярного аналізатора, тому є ефективним при запамороченні будь-якого типу.

У метааналізі даних п'яти рандомізованих подвійних сліпих клінічних досліджень було показано, що зменшення дози кожного із компонентів у 2,5 рази та їх поєднання у препараті **Арлеверт®** майже вдвічі збільшує ефективність лікування запаморочення. Це вказує на принципову відмінність дії низьких доз компонентів цього лікарського засобу під час терапії центрального, периферичного та поєданого вестибулярного запаморочення (Schremmer et al., 1999). Його застосування перевершує терапію бетастином на 87% за ефективністю ліквідації вегетативних симптомів та вертиго, а також сприяє відновленню параметрів спонтанного і ротаційно-індукованого ністагму на 1-му й 4-му тижнях (Scholtz et al., 2012).

## Висновки

Наприкінці лекції М.А. Тріщинська підсумувала: завдяки синергічній дії компонентів, **Арлеверт®** забезпечує виразний терапевтичний ефект при запамороченні, усуває супутні вегетативні симптоми – нудоту і блювання, а також сприяє зниженню проявів симптому шуму у вухах. **Арлеверт®** є препаратом першої лінії терапії запаморочення центрального, периферичного та змішаного (тобто будь-якого) генезу. Він характеризується зіставною або кращою порівняно з іншими засобами для лікування запаморочення переносимістю і в разі перевершує їх за ефективністю.

Підготував **Денис Соколовський**



# Арлеверт®

Подвійна дія проти запаморочення<sup>1</sup>


Дименгідринат + цинаризин



## ПЕРША ЛІНІЯ лікування запаморочення<sup>4</sup>

 Швидка дія<sup>4,5,\*</sup>

 №1 у Німеччині<sup>2</sup>

 Ефективніший  
за бетагістин та  
інші препарати<sup>4</sup>

 Добре  
переноситься<sup>3,4</sup>



\* Вже протягом першого тижня.

1. За повною інформацією звертайтеся до інструкції з медичного застосування препарату Арлеверт® №1498 від 20.07.2021. Р.П. UA/14331/01/01.

2. Препарат №1 від запаморочення за рівнем продажу в Євро у Німеччині. IMS data MAT/03/2021

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 Investig, 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 Арцнаймітель ГмбХ & Ко КГ. Лібгіштрассе 1-2, 65439 Фльорсхайм-на-Майні, Німеччина.

За повною інформацією звертайтеся до інструкції з медичного застосування препарату Арлеверт® №1498 від 20.07.2021. 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-03-2021\_V1\_print. Затверджено 20.08.2021.



**BERLIN-CHEMIE  
MENARINI**