



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 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 Арнайміттель ГмбХ & Ко КГ, Лібіштрассе 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 сфери здоров'я.

UA_Ar-01_2020_U1. Формат. Затверджено 03.04.2020



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Запаморочення в практиці сімейного лікаря: червоні прапорці, обстеження та лікування

23-24 березня за сприяння Всеукраїнської асоціації безперервної освіти лікарів і фармацевтів відбувся II Міжнародний конгрес «Від народження до зрілості: міждисциплінарний підхід у збереженні здоров'я». Серед широкого кола тем, які розглядалися провідними фахівцями України та світу, однією з важливих є проблема вчасної та коректної діагностики й лікування пацієнтів із запамороченням у практиці сімейного лікаря. Тож абсолютно не випадково цю тему розкрила завідувачка кафедри сімейної медицини Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика (м. Київ), доктор медичних наук, професор Людмила Вікторівна Хіміон.

Запаморочення є однією з найчастіших скарг, з якою звертаються до лікарів, у тому числі первинної ланки. Сьогодні на лікаря загальної практики – сімейної медицини перекладається дедалі більше обов'язків щодо швидкого й коректного скринінгу з наступним проведенням ефективної персоналізованої терапії в разі його компетенції різноманітних когорт пацієнтів. Згідно зі світовою статистикою запаморочення є третьою за частотою причиною звернення до лікаря після болю та втоми. Близько 20% населення віком від 18 до 65 років вказують на епізоди запаморочення протягом попереднього місяця. Найчастіше цей симптом асоціюється зі зверненням геріатричних пацієнтів, у яких частота такої скарги досягає майже 100% випадків. Загальна поширеність запаморочення в популяції становить від 5 до 10% і має тенденцію до зростання з віком: так, у віці 40 років цей показник дорівнює 40%, тоді як у віці 65 років понад третина пацієнтів, які звертаються по медичну допомогу, підтверджують наявність епізодів запаморочення з різною частотою в анамнезі. Важливо підкреслити, що зазначена симптоматика може бути етіологічним тригером для розвитку, зокрема, травматичних захворювань з усіма можливими їх ускладненнями, в тому числі інвалідизацією, що зумовлено високим ризиком падінь у таких осіб. Складнощі виникають у процесі верифікації діагнозу, що пояснюється багатофакторністю та поліетіологічністю симптоматики, яка маніфестує лише запамороченням або поєднується з іншими скаргами, внаслідок чого лише в третині випадків вдається встановити власне етіологічний діагноз. Окрім того, запаморочення здебільшого є функціональним розладом, але для встановлення діагнозу необхідне ретельне фізикальне обстеження з метою виключення органічної патології. Найінформативнішими інструментальними методами, що дають змогу віддиференціювати органічний розлад від фізикального, є магнітно-резонансна та комп'ютерна томографія, проте й вони валидні лише в 40 та 29% випадків відповідно.

Для позитивного комплаєнсу лікар має провести ретельне опитування пацієнта з оцінкою його фізикальних даних і ходи, враховуючи можливу суб'єктивізацію пред'явлених скарг. Хворий надає досить варіативну характеристику свого стану, яка включає відчуття кружіння навколишніх предметів, потемніння в очах, слабкість, відчуття руху, туману та пустоти в голові, відчуття падіння, нестійкість сприйняття, постави та ходи, синкопальні стани, шум у голові та вухах. Оцінивши скарги пацієнта, лікар має верифікувати персоналізований варіант запаморочення в конкретного пацієнта. Відповідно до вітчизняних і міжнародних настанов виокремлюють істинне запаморочення (вертиго), яке може бути вестибулярного чи системного генезу з розмежуванням на периферичне, проміжне й центральне, та невестибулярне (несистемне) запаморочення. Для коректної диференційної діагностики між вестибулярним і невестибулярним варіантами необхідно здійснити ретельну комплексну оцінку стану пацієнта: від власного опису хворим своїх скарг, їх періодичності, можливих тригерів і супутньої маніфестації. Пацієнт із вестибулярним запамороченням вказує на відчуття кружіння навколишніх предметів, каруселі, закачування, тоді як хворі із запамороченням невестибулярного генезу скаржаться на внутрішнє відчуття руху, хвиль, коливань, маятників, підкреслюючи, що зовнішнє середовище не рухається. Додатковим диференційним показником є періодичність указаних симптомів: вестибулярний варіант спостерігається у вигляді нападів, натомість невестибулярний – постійно. Тригером для вертиго є рухи головою та зміна положення тіла, тоді як несистемний тип провокується стресовими ситуаціями, панічними атаками й аритміями. Супутня маніфестація вертиго виявляється у відчутті нудоти, блюванні, шумі у вухах, порушенні слуху та зору; для невестибулярного запаморочення характерні асоційовані парестезії, синкопальні стани, головний біль, труднощі з концентрацією уваги, коморбідна хронічна церебральна та серцево-судинна патологія.

Невестибулярне запаморочення найчастіше починається у віці 45-50 років і в більшості випадків супроводжує пацієнта до кінця його життя; така приреченість хворого зумовлена етіологічною детермінантою, яка зазвичай є хронічним прогресивним захворюванням. Хронічна цереброваскулярна патологія з розсіяною вогнищевою неврологічною симптоматикою, постуральна фобічна нестійкість і нейродегенеративні захворювання є провідними етіологічними факторами розвитку такої симптоматики.

За результатами аналізу фармакотерапевтичних призначень у пацієнтів із запамороченнями в Україні за 2019 рік виявлено, що у 80% випадків етіологічним тригером була безпосередньо судинна патологія та її наслідки й лише в 13% реєструвався вестибулярний генез. Медична реформа не обійшла й неврологічну практику, що віддзеркалено в спеціальностях лікарів, до яких звертаються такі пацієнти. Лікар загальної практики є другим після невролога, до кого звертаються пацієнти із запамороченнями, що дає йому можливість самостійно призначати фармакотерапію за умови виключення ургентної органічної патології, яка потребує залучення спеціаліста з відповідною компетенцією.

Центральне запаморочення насамперед асоціюється із судинною патологією як результат транзиторних ішемічних атак, гострого та хронічного порушення мозкового кровообігу, вертебробазиллярної недостатності, цервікального спондиліозу, остеохондрозу, хлстової травми ший. Порушення мозкового кровообігу в басейні вертебробазиллярної артерії є загальною патогенетичною ланкою згаданих станів, що провокує маніфестацію запаморочення.

Етіологічними варіантами периферичного запаморочення вважають доброякісне пароксизмальне позиційне запаморочення (ДППЗ), хворобу Мен'єра, запалення вестибулярного нерва, лабіринтит, вестибулярну мігрень і пухлини різної локалізації. ДППЗ є найчастішим причинним фактором периферичного запаморочення, що зумовлено наявністю дегенеративних отоконій, які вільно рухаються в напівкружних каналцях, провокуючи гострі напади в результаті різкої зміни положення тіла.

При первинному зверненні пацієнта зі скаргами на запаморочення лікар має уточнити, що хворий вкладає в це поняття, розпитати про початок симптоматики, перебіг, тригерні чинники, ретельно зібрати анамнез із деталізацією перенесених нещодавно інфекційних захворювань, прийому лікарських засобів з обов'язковою фізикальною й інструментальною оцінкою зору та слуху, проведенням координаційних тестів. Окрім того, для виключення неврологічної органічної патології лікар проводить повний неврологічний огляд з оцінкою вестибулярного апарату. Необхідно підкреслити, що з віком частота змішаних варіантів запаморочення значно збільшується, що ускладнює верифікацію остаточного діагнозу та, відповідно, призначення коректної й ефективної фармакотерапії. До того ж інтенсивність запаморочення не корелює з тяжкістю первинного захворювання.

Постійна симптоматика вертиго вказує на можливість психогенної етіології (тривога, панічні атаки), медикаментозні та метаболічні впливи, детренованість або наявність органічного ушкодження у вигляді інсульту, атрофії мозочку, власне ушкодження вестибулярного апарату, периферичної нейропатії, розсіяного склерозу тощо. Якщо пацієнт скаржиться на епізодичні запаморочення, це може свідчити про розвиток ДППЗ, транзиторної ішемічної атаки, хвороби Мен'єра та навіть мігрені.

Збільшення тривалості життя населення планети корелює зі збільшенням частоти геріатричних захворювань, які асоціюються з низкою прогресивних змін в організмі, що старіє. Запаморочення є однією з найчастіших скарг літніх пацієнтів, що зумовлено дегенеративними змінами вестибулярного апарату (втрата волосинок у напівкружних каналцях, формування мішечків у вестибулярній системі), прогресивним зниженням чутливості барорецепторів, зниженням кровотоку та кровонаповнення мозкових артерій у результаті хронічної ішемії. З огляду на прогресивний



Л.В. Хіміон

перебіг указаних змін запаморочення з часом збільшує свою частоту й інтенсивність, що ускладнює діагностику.

Зважаючи на те що пацієнт часто звертається зі скаргами на запаморочення до лікарів первинної ланки, важливо під час першого візиту виключити наявність так званих червоних прапорців – асоційованих із запамороченням симптомів, які можуть вказувати на загрозливий для життя стан. У разі їх виявлення лікар повинен екстрено скерувати пацієнта на вторинний або третинний рівень медичної допомоги. До червоних прапорців при запамороченні відносять гострі неврологічні симптоми (асиметрію обличчя, слабкість кінцівок, рухові розлади та порушення свідомості), гостру глухоту, диплопію, дисфагію, дизартрію, появу нового типу головного болю та вертикальний ністагм.

Немедикаментозне лікування є ефективним терапевтичним методом у пацієнтів із ДППЗ. Специфічні вправи допомагають тренувати вестибулярний апарат такого пацієнта та зафіксувати дегенеративний отоконій, який запобігає розвитку нападів у разі ДППЗ.

Медикаментозне лікування пацієнтів із системним запамороченням включає застосування вестибулосупресантів і симптоматичної фармакотерапії, що включає антигістамінні, протиполовальні препарати, бензодіазепіни та похідні гістаміну. Застосування комбінованих препаратів у пацієнтів із запамороченням різного генезу дає змогу зменшити дозування окремих активних компонентів і, відповідно, мінімізувати їхні побічні ефекти й одночасно діяти на різні патогенетичні ланки, що сприяє кращому прогнозу та перебігу вестибулярної симптоматики. Вже декілька років як в Україні доступний німецький препарат Арлеверт® – низькодозова фіксована комбінація цинаризину та діменгідринау. Селективний антагоніст кальцієвих каналів цинаризин пригнічує надмірне подразнення вестибулярного апарату у відповідь на звичайні стимули. Також він блокує H₁-гістамінорецептори на нейронах вестибулярних ядер стовбура мозку, маючи додаткову центральну дію.

Дименгідрилат є антигістамінним засобом, який усуває центральні механізми запаморочення. Атропіноподібна дія дименгідринау також є дуже доречною, адже вагусні вегетативні симптоми, як-от нудота та блювання, вкрай часто супроводжують запаморочення. Кокранівський метааналіз D. Schremmer, присвячений вивченню ефективності та безпечності лікарського засобу Арлеверт® порівняно з іншими препаратами, виявив дуже цікаву особливість дії низьких доз цинаризину та дименгідринау. Зменшення дози у 2,5 рази порівняно зі звичайними для кожного з компонентів майже вдвічі (в 1,8 раза) збільшує їхню ефективність у препараті Арлеверт®. Це є логічним поясненням того, чому Арлеверт®, демонструючи у 2,4 раза більшу ефективність порівняно з референтним бетагістином, переноситься пацієнтами краще. Важливо, що Арлеверт® додатково усував супутні вегетативні розлади (нудоту та блювання).

Дуже показовими є результати багатоцентрового німецького дослідження A.W. Scholtz і співавт. (2012), у якому взяли участь 1274 пацієнти із запамороченням. Арлеверт® був ефективним у 98% пацієнтів, причому близько третини з них (29%) до призначення препарату приймали інші засоби від запаморочення (гомеопатія, бетагістин, гінкго білоба, сульпірид, нафтидрофурил тощо), але без задовільних результатів. Цей факт дає можливість порахувати, в скільки разів менше спостерігаються незадовільні результати лікування при призначенні препарату Арлеверт® порівняно з іншими засобами від запаморочення: 29% : 2% = 14,5.

Отже, Арлеверт® більш ніж у 14 разів зменшує відсоток терапевтичних невдач у пацієнтів із запамороченням. Через високу ефективність і безпечність, дієвість при різних видах запаморочення Арлеверт® має призначатися препаратом першої лінії ще до верифікації діагнозу, звичайно, якщо ми не бачимо червоних прапорців у нашого пацієнта. Схема призначення препарату стандартна: незалежно від віку по 1 таблетці тричі на день. Середня тривалість лікування, за даними A.W. Scholtz, становить 2 міс.

Підготувала Світлана Семенчук