

Наріжні камені діагностики й ад'ювантної фармакотерапії вертиго: запитання та ілюстровані відповіді

Знайомо всім сучасна дефініція запаморочення, яка визначає вертиго як ілюзорне відчуття суб'єктивного руху власного тіла в просторі або навколишніх предметів за умов фактичної відсутності такого руху [15], не одразу відкриває супутні тягарі цього симптому – значне погіршення якості життя, унеможливлення ведення звичайного способу життя та якісного виконання професійних обов'язків, високу ймовірність падіння, травмування, залежність від сторонньої допомоги в побуті, тимчасову чи стійку втрату працездатності. Величезна прірва в діагностично-лікувальній тактиці при доброякісному пароксизмальному позиційному вертиго (ДППВ) і вестибулярному запамороченні, абсолютно протилежні наслідки та прогноз роблять надзвичайно актуальною не лише ранню диференційну діагностику між периферійним та центральним вертиго, а й призначення оптимальної ад'ювантної фармакотерапії.

Цей огляд надає відповіді на різноманітні запитання, використовуючи ілюстровані дані доказової медицини.

? Чи насправді вертиго – одна з надзвичайно розповсюджених неврологічних скарг?

Перелік скарг, з якими хворі найчастіше приходять на неврологічний прийом, очолюють біль у спині, головний біль та запаморочення (вертиго) [15]. Поширеність вертиго протягом 1995-2014 рр. не лише не зменшилася, як-от гострого середнього отиту, а й має тенденцію до зростання [7]. Загальна поширеність вертиго та порушення рівноваги в загальній популяції (залежно від географічного ареалу) становить 5-10% (рис. 1). Розповсюдженість цієї патології значно варіює у різних вікових групах: протягом багатьох років вважали, що на запаморочення переважно страждають дорослі та літні особи, оцінюючи поширеність вертиго в осіб віком >40 років як 40% [9]; останнім часом констатовано достовірне зростання поширеності вестибулярної дисфункції у педіатричній популяції, яка становить нині 30,4% [16].

? Які основні причини виникнення вертиго? Чи здатне просте відчуття запаморочення суттєво вплинути на якість життя?

Запаморочення не є патогномонічним проявом будь-якого конкретного захворювання; це неспецифічна ознака різних патологічних станів, що перебігають з ураженням периферійного чи центрального відділу слухового аналізатора [15]. Периферійне запаморочення спостерігають за таких патологій, як ДППВ, вестибулярний нейроніт, хвороба Мен'єра, імуноопосередковане захворювання внутрішнього вуха; центральне вертиго супроводжують мігрень, дегенеративні ураження головного мозку, пухлини слухового нерва, ураження судин стовбура мозку чи мозочка (рис. 2) [15].

Тяжкість загального стану пацієнтів із вертиго обумовлюється не лише самим запамороченням, а й наявністю такої супутньої симптоматики, як нудота, блювання, падіння, порушення координації та вторинне травмування [12]. Згідно з даними останнього метааналізу, під час проведення якого досліджували основні причини падіння, найчастіше порушення рівноваги розвивається на тлі вестибулярної дисфункції (61%; 95% довірчий інтервал (ДІ) 48,01-72,32), в т. ч. вестибулярно-очного рефлексу (61%; 95% ДІ 49,79-70,49), ДППВ (22%; 95% ДІ 10,30-40,32), центральної дисфункції (11%; 95% ДІ 2,24-37,76) [3]. ДППВ підвищує ризик падіння та чинить негативний вплив на просторово-часові показники ходи [14]. Вестибулярна дисфункція разом із частими падіннями

значно обмежує повсякденну активність: хворі середнього та похилого віку із запамороченням намагаються рідше ходити, проводячи час сидячи (-0,51; 95% ДІ від -0,85 до -0,16) [3], що значно зменшує якість життя та провокує появу залежності від сторонньої допомоги.

? Яка різниця між периферійним і центральним вертиго? Чи можливо протягом декількох хвилин диференціювати різні типи вертиго?

Диференціювання між периферійним і центральним вертиго надає змогу встановити рівень ураження слухового аналізатора, визначити тактику ведення хворого та підібрати оптимальне лікування. Виникнення периферійного запаморочення пов'язано з ураженням периферійного відділу вестибулярного аналізатора (напівкружних каналів лабіринту та вестибулярного нерва), тоді як центральне вертиго обумовлено залученням до патологічного процесу структур головного мозку (стовбур, мозочок) [2].

У клінічній практиці під час первинного обстеження пацієнтів із вертиго широко використовують тест HINTS (Head Impulse, Nystagmus, Test of Skew), який ґрунтується на 3 окорухових дослідженнях: пошук високочастотного вестибулоокулярного рефлексу при імпульсному повороті голови, виявлення спонтанного ністагму та вертикальна розбіжність (коса девіація). Проведення тесту потребує 10-15 хв і дозволяє швидко з'ясувати рівень локалізації патологічного процесу (рис. 3); підтвердження периферійного вертиго не потребує проведення ургентного нейровізуального обстеження та дозволяє проводити амбулаторне спостереження за хворими [4]. Незважаючи на простоту тесту HINTS, показники його чутливості та специфічності досить високі та складають 92,9 і 83,4% відповідно [19], завдяки чому діагностична цінність HINTS перевершує таку магнітно-резонансної томографії (МРТ) у діагностиці інсульту.

? Які подальші дії лікаря за виявлення ознак периферійного вертиго? Чи необхідно проведення МРТ або комп'ютерної томографії (КТ) головного мозку?

В нещодавно опублікованих рекомендаціях Товариства академічної ургентної медицини (Society for Academic Emergency Medicine, SAEM) підкреслено про обов'язкове проведення тесту HINTS для визначення периферійного чи центрального генезу запаморочення та наголошено на недоцільності виконання МРТ / КТ головного мозку в разі

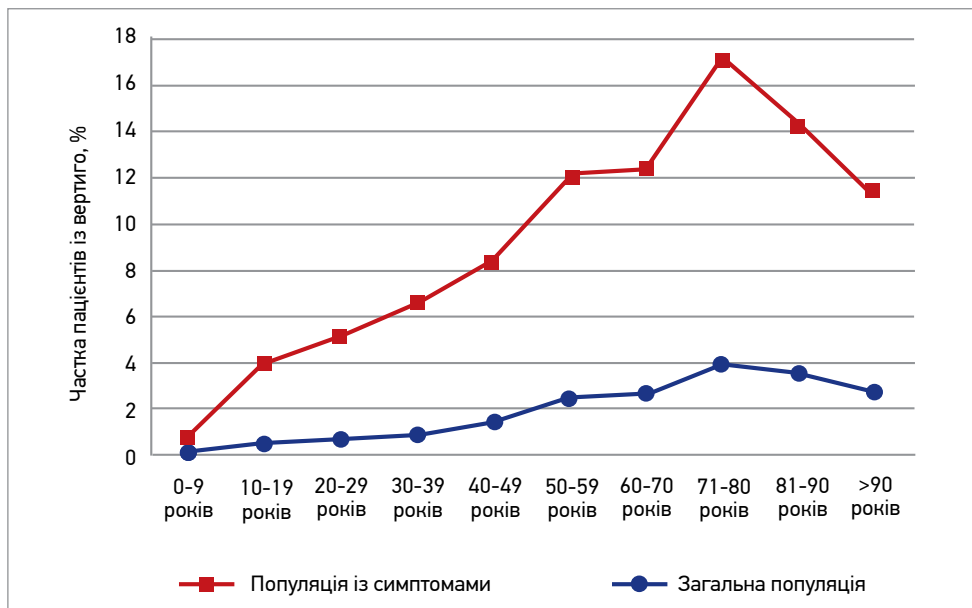


Рис. 1. Поширеність вертиго в загальній та симптоматичній популяціях у різних вікових групах: дані епідеміологічного дослідження [11]

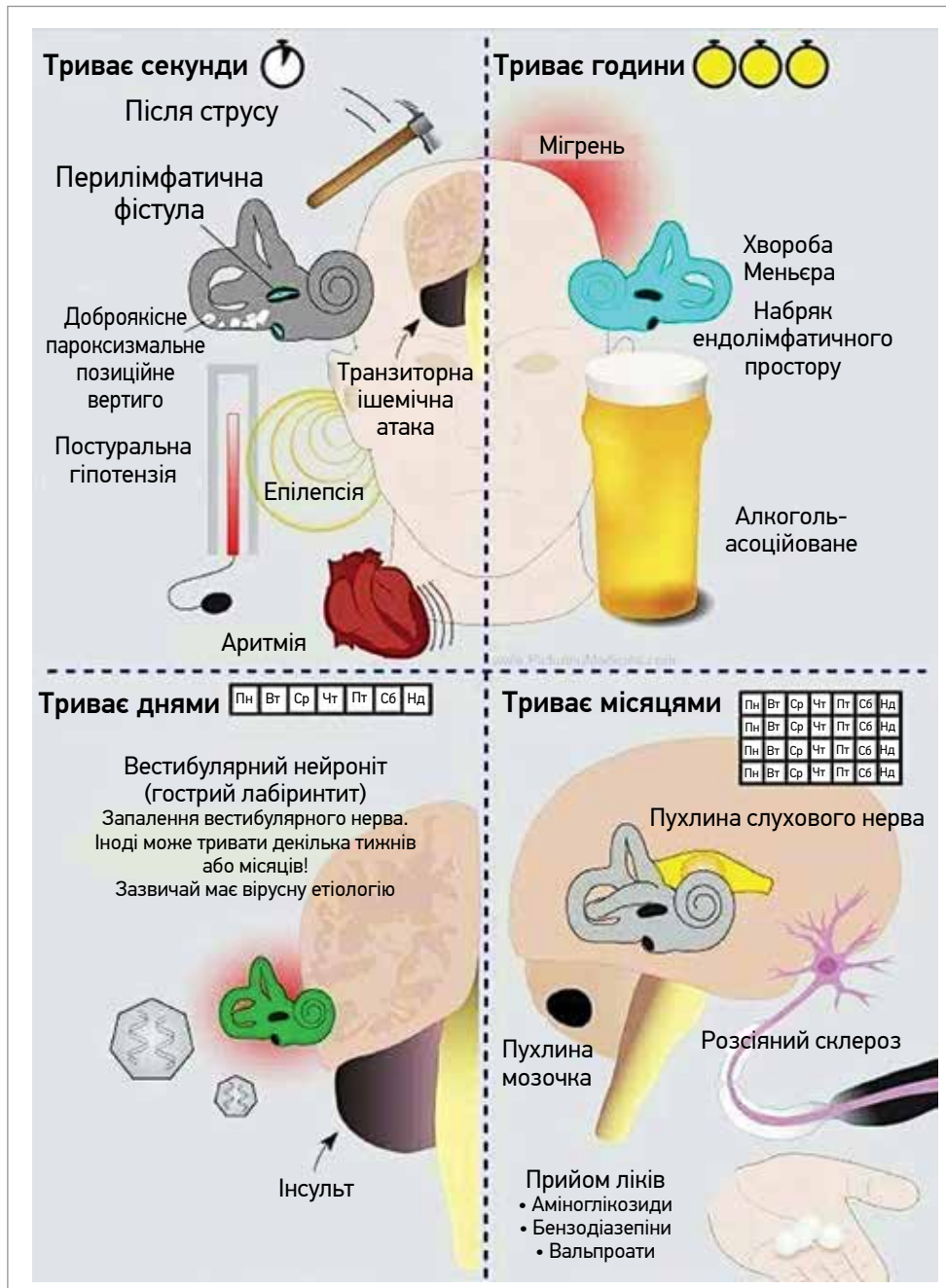


Рис. 2. Основні причини виникнення вертиго [24]

негативних результатів тесту HINTS, тобто при діагностиці периферійного вертиго [4].

Наступним кроком лікаря має стати проведення проби Дікса-Холлпайка (рис. 4), при отриманні позитивного результату якого діагностують ДППВ, а за негативного – проводять диференційну діагностику між хворобою Мен'єра, лабіринтитом, вестибулярним невритом [1].

? Крім виконання маневру Еплі, які фармакотерапевтичні препарати можуть бути рекомендовані пацієнтам із ДППВ і хворим з іншим генезом периферійного вертиго?

Зазвичай таким хворим призначають фармакологічні засоби, що знижують збудливість вестибулярної системи (як вибірково, так і за рахунок загальної седативної дії).

Периферійне vs центральне вертиго



Імпульсний рух голови

Обстежуваний пацієнт фіксує погляд на носі лікаря. Голову хворого обережно повертають у **горизонтальній площині**, потім швидко повертають у нейтральне положення.
* По черзі з кожного боку, не відводячи погляду від точки фіксації

⚠ Цей тест використовують для підтвердження **периферійного** походження вертиго ⚠

Корекційна сакада – за її наявності очі пацієнта повторно фокусуватимуться на цілі ✓

Відсутність корекційної сакади – очі хворого фокусується на цілі незалежно від руху голови ✗



Ністагм

Перевіряється при погляді вперед і вбік

Односпрямований – швидкий компонент руху в тому самому напрямку, незважаючи на спрямованість погляду ✓

Горизонтальний або відсутність ністагму ✓

Двоспрямований ністагм ✗

Вертикальний або ротаційний ністагм ✗



Коса девіація

Проводиться, коли пацієнт дивиться на ніс лікаря. Необхідно закрити долонею око хворого, а потім швидко його відкрити. Спостерігати слід за **розходженням очей по вертикалі**

Відсутність вертикального розходження ✓

Наявність вертикального розходження ✗

Позитивна коса девіація
(також відома як **дисоційована вертикальна девіація**)



Негативний тест HINTS

Свідчить на користь периферійного вертиго

Позитивний тест імпульсного руху голови
Односпрямований та горизонтальний ністагм
Негативний тест на косу девіацію

✓ Периферійна причина ✗ Центральна причина

Негативний HINTS-тест допомагає краще виключити інсульт, ніж проведення МРТ протягом перших 24-48 год

Рис. 3. Швидкий тест HINTS для диференційної діагностики центрального та периферійного вертиго

Компоненти	Доведені показання для використання [21]	Загальні клінічні ефекти
Anamirta cocculus D4	<ul style="list-style-type: none"> ✓ вертиго ✓ нудота ✓ порушення рухової активності ✓ церебральний атеросклероз 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ вазодилатація дрібних кровоносних судин [6] ✓ вазорегуляторна дія [5] ✓ поліпшення мікроциркуляції: <ul style="list-style-type: none"> • прискорення швидкості потоку еритроцитів в артеріолах та венулах; • посилення судинорухової функції; • підвищення парціального тиску кисню в зоні ураження [10]
Conium maculatum D3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ позиційне вертиго ✓ церебральний атеросклероз 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ нормалізація мозкового кровообігу [6] ✓ стимуляція центральної вестибулярної компенсації [5] ✓ покращення метаболізму центральної нервової системи [13] ✓ стимуляція росту нейронів [13] ✓ покращення візуальної, просторової та нюхової пам'яті [13]
Ambra grisea D6	<ul style="list-style-type: none"> ✓ атеросклероз ✓ дисфункція вегетативної нервової системи ✓ дратівливість та нервова втома 	
Petroleum rectificatum D8	<ul style="list-style-type: none"> ✓ вертиго 	

① Пацієнт сидить, повернувши голову на 45° та широко відкривши очі

② За допомогою лікаря хворий лягає на бік, повернувши одне вухо до землі, та залишається в такій позиції протягом 1-2 хв



③ Під час перебування в цій позиції слід спостерігати за очима пацієнта, перевіряючи появу ністагму (мимовільний рух очей), – позитивний тест

Рис. 4. Проба Дікса-Холлпайна [23]

До них належать препарати з вестибулолітичною дією – блокатори H₁- та H₂-гістамінових рецепторів (цинаризин), антигістамінні препарати (бетагістин) [1], гомеопатичний комбінований багатокомпонентний препарат Вертігохеель (фірма-виробник «Хеель», Німеччина) [17]. Активні інгредієнти Вертігохеелю: *Anamirta cocculus* (індійська ягода), *Conium maculatum* (болиголов плямистий), *Ambra grisea* (амбра сіра), *Petroleum rectificatum* (мінеральна олія), які потенціюють дію один одного, а також зумовлюють появу багатогранних клінічних ефектів і добре нівелюють ознаки вертиго різноманітного генезу (табл.).

? Чи підтверджено ефективність та безпечність Вертігохеелю в клінічних дослідженнях? Чи проводилися порівняльні випробування цього гомеопатичного засобу з іншими протизапаморочними ліками?

Доказовий портфель Вертігохеелю містить результати прямих і порівняльних рандомізованих контрольованих досліджень (РКД), які підтверджують його ефективність та безпечність. У прямому обсерваційному РКД підтверджено зменшення кількості епізодів вертиго та їхньої тривалості в хворих на артеріальну гіпертензію (n=493) [18].

Дані порівняльного проспективного РКД свідчать про зівставність результатів 8-тижневої терапії Вертігохеелем (n=352) та дименгідринатом (n=422) у лікуванні вестибулярного й невестибулярного вертиго, а також доводять хорошу переносимість обох препаратів [20]. У паралельному РКД констатовано однакову здатність Вертігохеелю (n=87) та гінкго білоба (n=83) нівелювати прояви атеросклеротичного запаморочення [8]. Багатоцентрове (n=15) РКД наведено переконливі докази терапевтичної еквівалентності 6-тижневого

лікування Вертігохеелем (n=53) та бетагістином гідрохлоридом (n=52) у нівелюванні вертиго: ці препарати однаково ефективно сприяли зменшенню частоти, тривалості й інтенсивності епізодів вертиго (рис. 5) [22].

Метааналіз 2 РКД і 2 обсерваційних досліджень (n=1388) підтвердив зівставність клінічного ефекту Вертігохеелю із традиційними препаратами для лікування вертиго (бетагістин, екстракт гінкго білоба, дименгідринат), а також констатував однакове зниження кількості, тривалості й інтенсивності щоденних епізодів запаморочення на тлі застосування Вертігохеелю і препаратів порівняння [17]. Вертігохеель схвалено настановою Німецького товариства лікарів загальної та сімейної медицини (DEGAM) для терапії вертиго різноманітного походження в дорослих та дітей віком ≥4 років.

? Які показання для застосування Вертігохеелю? Чи має Вертігохеель додаткові переваги?

Вертігохеель, якому притаманна вазорегуляторна та судинорозширювальна дія, здатний покращувати мікроциркуляцію, нормалізувати мозковий кровообіг, стимулювати ріст нейронів, поліпшувати візуальну, просторову та нюхову пам'ять [5, 6, 10, 13]. Вертігохеель рекомендовано для лікування запаморочення нейрогенного, судинного та травматичного генезу; він також може застосовуватися для профілактики запаморочень під час подорожей (рис. 6) [25].

Додатковими перевагами цього препарату вважають цілком природне походження, хорошу переносимість, відсутність значних побічних дій, седативного ефекту та вагомих лікарських взаємодій, можливість застосування протягом тривалого періоду [21].

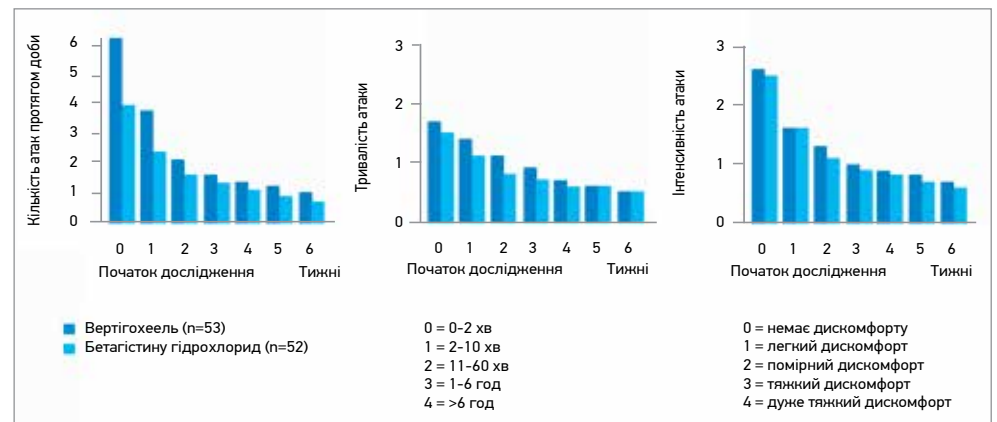


Рис. 5. Середня частота, тривалість та інтенсивність епізодів вертиго впродовж 6-тижневого лікування Вертігохеелем або бетагістину гідрохлоридом [8]

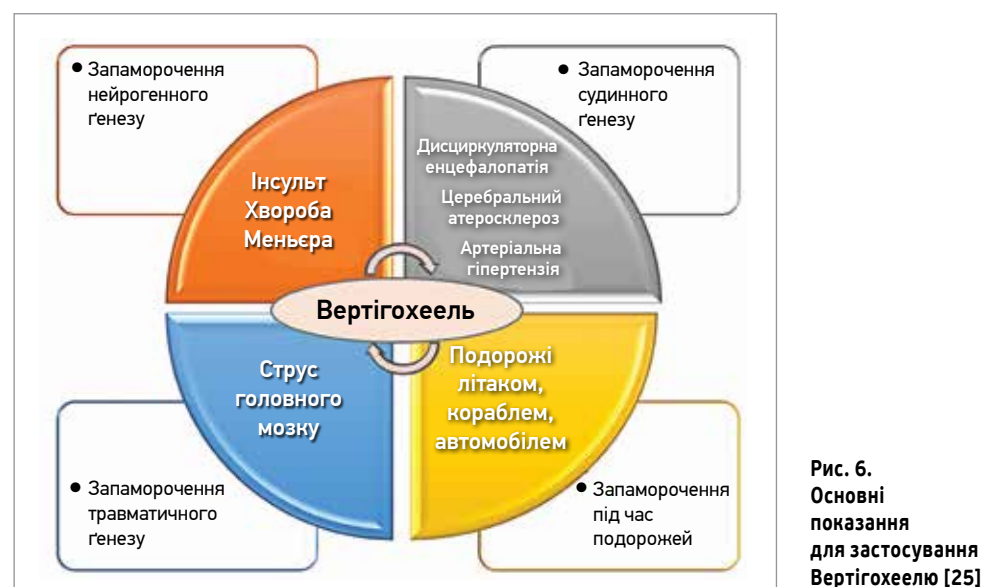


Рис. 6. Основні показання для застосування Вертігохеелю [25]

Висновки

Лікарі первинної ланки часто мають справу із запамороченням невизначеного генезу, для уточнення природи якого та визначення подальшої діагностично-лікувальної тактики необхідно виконати тест HINTS. Покращити стан пацієнтів із периферійним вертиго, які мають високий ризик падіння та травмування, можна за допомогою багатокомпонентного біорегуляторного засобу Вертігохеель. Різноманітний механізм дії, зівставна ефективність із традиційними препаратами для терапії вертиго (бетагістин, екстракт гінкго білоба, дименгідринат), хороший профіль безпеки, цілком природне походження дозволяють призначати Вертігохеель дітям віком ≥4 роки, дорослим та особам похилого віку з метою ад'ювантної корекції запаморочення різноманітного генезу.

Список літератури знаходиться в редакції.