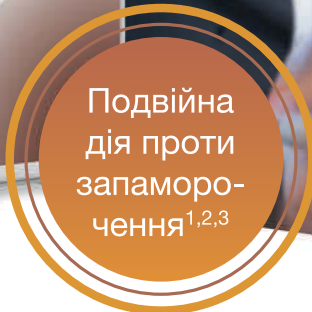


# Як ПОЛЕГШИТИ ЗАПАМОРОЧЕННЯ?

- різної етіології
- з 1-го тижня лікування<sup>1,2</sup>
- одним препаратом



**АРЛЕВЕРТ®** продемонстрував швидше зменшення симптомів запаморочення порівняно з бетагістином, цинаризином або дименгідринатом у пацієнтів з центральним або периферичним запамороченням.<sup>1,2</sup>

Інформація про рецептурні лікарські засоби для медичних та фармацевтичних працівників. Перед застосуванням будь-якого лікарського засобу, будь ласка, обов'язково уважно ознайомтеся з повним текстом чинної інструкції для медичного застосування.

Скорочена інформація про лікарський засіб Арлеверт® РП №UA/14331/01/01

**Склад.** 1 таблетка містить цинаризину 20 мг та дименгідринату 40 мг. **Показання.** Симптоматичне лікування запаморочення різного генезу. **Протипоказання.** Алергічні реакції на компоненти препарату, тяжкі порушення функції нирок та печінки, закритокутова глаукома, судоми, підозра на підвищений внутрішньочерепний тиск, алкоголізм, затримка сечовипускання; період вагітності та годування груддю. **Спосіб застосування та дози.** По 1 таблетці 3 рази на добу після їжі. Тривалість застосування – до 4 тижнів. Більш тривале лікування на розсуд лікаря. **Побічні реакції.** Сонливість, головний біль, сухість у роті, біль в животі та інші.

**Виробник.** Хенніг Арцнайміттель ГмБХ & Ко КГ, Німеччина.

**Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмБХ».**  
Адреса: Київ, вул. Березняківська, 29. Тел.: (044) 494 33 88.

1. Scholtz AW, Hahn A, Steffl ova B, et al. Efficacy and Safety of a Fixed Combination of Cinnarizine 20 mg and Dimenhydrinate 40 mg vs Betahistine Dihydrochloride 16 mg in Patients with Peripheral Vestibular Vertigo: A Prospective, Multinational, Multicenter, Double-Blind, Randomized, Non-inferiority Clinical Trial. Clin Drug Investig. 2019;39(11):1045-1056. doi:10.1007/s40261-019-00858-6

2. Hahn A et al. Comparison of cinnarizine/dimenhydrinate fixed combination with the respective monotherapies for vertigo of various origins: a randomized, double-blind, active-controlled, multicentre study. Clin Drug Investig. 2011;31(6):371-383. doi:10.2165/11588920-000000000-00000

3. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Арлеверт® РП №UA/14331/01/01  
UA\_ARL-06-2024\_V1\_press останнє оновлення 04.11.2024.



**BERLIN-CHEMIE  
MENARINI**

# Запаморочення: коли потрібен невролог?

За матеріалами IV національного конгресу «Серце та судини»  
(24-26 жовтня 2024 року)



Є.В. Андреев

На прийомі у лікаря загальної практики запаморочення є однією із найпоширеніших скарг, з якими звертаються пацієнти. При цьому часто цей клінічний синдром пов'язаний із судинною патологією, зокрема артеріальною гіпертензією (АГ). Євгеній Володимирович Андреев, к.мед.н., доцент кафедри сучасних технологій медичної діагностики та лікування Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (м. Київ), висвітлює дані щодо поширеності, видів і проявів запаморочення, розглянув особливості лікування АГ як основної причини запаморочення та користь симптоматичної терапії за результатами досліджень.

## Поширеність, види її прояви запаморочення

Є.В. Андреев розпочав свою доповідь із наведення даних світової статистики щодо поширеності запаморочення. Так, 90 млн американців (42% населення) відчують його принаймні раз у житті. Запаморочення є значним фактором ризику падіння у літньому віці, основною причиною серйозних травм і смерті серед осіб віком >65 років і візитів до лікаря після 75 років. При цьому річні прями та непрямі витрати, пов'язані з травмами через падіння, становлять 67,7 млрд доларів США. У пацієнтів із симптоматичною вестибулярною дисфункцією ризик падіння зростає у 12 разів (CDCR, 2015; Agrawal et al., 2009). Своєю чергою вітчизняних статистичних даних щодо поширеності запаморочення, на жаль, бракує.

Відповідно до визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я, запаморочення – це порушення, за якого у пацієнта відзначається суб'єктивне відчуття руху в просторі або переміщення об'єктів навколо, зазвичай із втратою рівноваги. Розрізняють декілька видів запаморочення: периферичне, центральне та змішане.

Запаморочення периферичного генезу виникає внаслідок ураження рецепторного апарату присінка та напівкружних каналів. Серед характеристик даного стану варто відзначити такі, як:

- системність;
- нудота та блювання;
- латеропульсія (відхилення під час ходьби);
- нестійкість пози чи ходи;
- порушення слуху, як-то дзвін, глухота;
- біль у вусі.

Запаморочення периферичної етіології може розвинути на тлі вестибулярного невриту, доброякісного пароксизмального позиційного запаморочення, хвороби Мен'єра, отосклерозу, герпетичної інфекції, травм, застосування ототоксичних препаратів тощо.

Зокрема, до ототоксичних засобів належать аміноглікози (стрептоміцин, неоміцин, канаміцин, мономіцин, гентаміцин, тобраміцин, амікацин, нетилміцин, сизоміцин, ізепаміцин), діуретик фуросемід, що часто застосовується в лікуванні хронічної серцевої недостатності поза рекомендаціями, але варто віддавати перевагу торасеміду. Також це моксифлоксацин і цефтріаксон, для яких частота ускладнень серед пролікованих становить до 1%.

Запаморочення центрального походження виникає у зв'язку з ураженням центральної частини вестибулярного аналізатора (як-от вестибулярні ядра та шляхи стовбура мозку, кора головного мозку, мозочок). Зазвичай воно супроводжується такими проявами, як:

- патологічний ністагм;
- відчуття втрати рівноваги;
- супутній неврологічний дефіцит, як-то диплопія, порушення мови, окуломоторні розлади.

Патологічні стани, на тлі яких може розвинути центральне запаморочення, включають дисциркуляторну енцефалопатію, інсульт (стовбуровий/мозочковий), пухлини мозку, множинний склероз (особливо у пацієнтів з АГ, атеросклерозом та курців), базиліарну мігрень, вестибулярну епілепсію, травми мозку.

Спікер зауважив, що переважна більшість випадків центрального запаморочення пов'язані з судинною патологією, переважно з АГ. Основні її симптоми – головний біль, запаморочення, синкопе, порушення зору (ESC, 2024). У разі тяжкої АГ вражаються артеріоли, порушується регуляція судинного тону мозку, що, як наслідок, призводить до виникнення ускладнень, зокрема запаморочення. Тож головним завданням лікаря для усунення запаморочення у цієї категорії хворих є поліпшення регулювання тону судин головного мозку та зниження артеріального тиску (АТ).

## Лікування АГ як основної причини запаморочення

Переважна більшість пацієнтів з АГ, зокрема для усунення запаморочення, потребує застосування комбінованого лікування (бажано – приймання комбінованого препарату), за винятком окремих груп хворих. Так, перевагу

монотерапії варто віддавати для осіб із синдромом старечої астенії (середнього й тяжкого ступеня), симптоматичною ортостатичною гіпотензією та для хворих з АТ у діапазоні 120/70-139/89 мм рт. ст., а також пацієнтів віком  $\geq 85$  років.

Доповідач зазначив, що оптимальне антигіпертензивне комбіноване лікування передбачає використання інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту або комбінації блокатора рецепторів ангіотензину II та блокатора кальцієвих каналів (БКК) чи тіазидного/тіазидоподібного діуретика; можна також застосовувати інші поєднання препаратів з основних груп. Бета-блокатори призначають за наявності показань, як-то стенокардія, інфаркт міокарда, систолічна серцева недостатність, або для контролю частоти серцевих скорочень (ESH, 2023).

## Переваги комбінації цинаризину і дименгідринату в межах симптоматичної терапії запаморочень

У контексті симптоматичної терапії запаморочень Євгеній Володимирович звернув увагу на те, що більшість фахівців призначають бетагістин. Однак це препарат вибору для лікування хвороби Мен'єра, поширеність якої серед пацієнтів із запамороченнями становить 0,5%, тоді як у 80% випадків вони розвиваються на тлі судинної патології. Як відомо, бетагістин частково проявляє агоністичну активність щодо  $H_1$ -рецепторів, стимулює обмін і вивільнення гістаміну шляхом блокування пресинаптичних  $H_2$ -рецепторів, підсилює проведення та збудливість гістамінергічних синапсів вестибулярного аналізатора. Проте він не впливає ані на центральні аналізатори, ані загалом на судинну патологію, зокрема АГ.

Оптимальним варіантом є застосування дименгідринату – блокатора  $H_1$ -рецепторів центральної нервової системи із властивостями М-холіноблокатора. Шляхом дії на вестибулярні ядра у стовбурі мозку препарат ефективно усуває запаморочення центрального генезу, а завдяки впливу на його вегетативні центри чинить протиблювотний і протинудотний ефекти (Soto et al., 2010).

Для усунення запаморочення периферичного походження показаний БКК цинаризин. Завдяки здатності блокувати кальцієві рецептори, препарат пригнічує надходження кальцію до вестибулярних сенсорних клітин, тобто діє як вестибулолітичний засіб (Agab et al., 2004).

На фармацевтичному ринку України доступна комбінація цинаризину (20 мг) і дименгідринату (40 мг), що представлена препаратом Арлеверт® (компанія «Берлін-Хемі»). Цей лікарський засіб чинить симптоматичну дію на центральне та периферичне запаморочення.

Переконливі дані метааналізу рандомізованих подвійних сліпих клінічних досліджень демонструють, що застосування препарату Арлеверт® було значно ефективнішим

для усунення запаморочення, ніж монотерапія цинаризином чи дименгідринатом (у 2,5 рази вищими дозами), бетагістином або ж прийманням плацебо. Вже через чотири тижні лікування спостерігалось зниження частоти запаморочень центрального, периферичного та змішаного генезу за шкалою оцінки запаморочення. Отже, збільшення ефективності терапії запаморочення при зменшенні дозування вказує на принципову відмінність дії низьких доз компонентів препарату Арлеверт® (Schremmer et al., 1999).

У дослідженні V. Otto et al. (2008) ефективність препарату Арлеверт® при рутинному застосуванні майже у чотири рази перевищувала таку бетагістину в осіб із центральним запамороченням. Пацієнти приймали Арлеверт® по 1 таблетці тричі на добу, бетагістин – по 36 мг/добу та плацебо – тричі на добу. Терапія комбінованим засобом сприяла значно результативнішому та швидшому усуненню клінічних симптомів запаморочення (відповідно до шкали оцінки запаморочення) і краще переносилася пацієнтами, ніж бетагістин (рисунок).

За даними масштабного дослідження A.-W. Scholtz (2015), в умовах реальної клінічної практики застосування препарату Арлеверт® було продемонстровано:

1. Значну користь у лікуванні запаморочення.
2. Відсутність погіршення симптомів.
3. Сприятливий профіль безпеки.

На момент заключного візиту до лікарні загальну ефективність терапії, на думку клініцистів, було оцінено як дуже високу (практично повне купірування симптомів) у 40% та високу (значне зменшення симптомів) – у 45% пацієнтів. Незначне поліпшення і його відсутність мали місце у 13 та 2% хворих відповідно. Погіршення симптомів не спостерігалось у жодному випадку. Таким чином, фіксована комбінація цинаризину та дименгідринату (Арлеверт®) є дієвою у 85-98% пацієнтів із запамороченням.

На додаток, Арлеверт® рекомендований міжнародним клінічним протоколом щодо лікування вестибулярних розладів (запаморочення). Як препарат першої лінії, він допомагає усунути запаморочення та асоційовані з ним симптоми (Trinus, Claussen, 2015).

Арлеверт® вже довгий час застосовується в багатьох країнах Європейського Союзу та в Україні для лікування пацієнтів із запамороченням різного походження. У США компанія Castle Creek Pharmaceuticals у 2016 р. отримала від компанії Hennig Arzneimittel GmbH & Co. KG (Німеччина) ексклюзивні права на використання даного препарату. Ефективність, безпеку та переносимість Арлеверту підтверджено в межах багатьох європейських досліджень за участю більш ніж 11 млн пацієнтів. Ці характеристики, а також економічна ефективність лікування Арлевертом є суттєвими перевагами призначення такої терапії, зокрема і в США.

## Висновки

Завершуючи доповідь, Є.В. Андреев зазначив, що запаморочення – поширений клінічний синдром, з яким часто стикаються лікарі загальної практики, кардіологи тощо. Основною метою клініцистів є терапія первинного захворювання, зокрема АГ, відповідно до клінічних рекомендацій. Зменшити тяжкість симптомів, включно із запамороченням, допомагає застосування фіксованої комбінації цинаризину й дименгідринату, представленої препаратом для симптоматичного лікування Арлеверт®. Завдяки подвійному механізму дії та синергічному ефекту він ефективно купірує як запаморочення, так і асоційовані з ним симптоми. Пацієнти, в яких препарат виявився неефективним, мають звернутися до невролога для детальнішого обстеження та вибору прийнятної для них лікування.

Арлеверт® забезпечує швидке полегшення стану для більшості хворих і має розглядатися як перша лінія терапії при запамороченнях різного генезу. Такий підхід дозволяє підвищити комплаєнс пацієнтів, повернутися їм до фізичної та професійної активності, а також поліпшити якість життя.

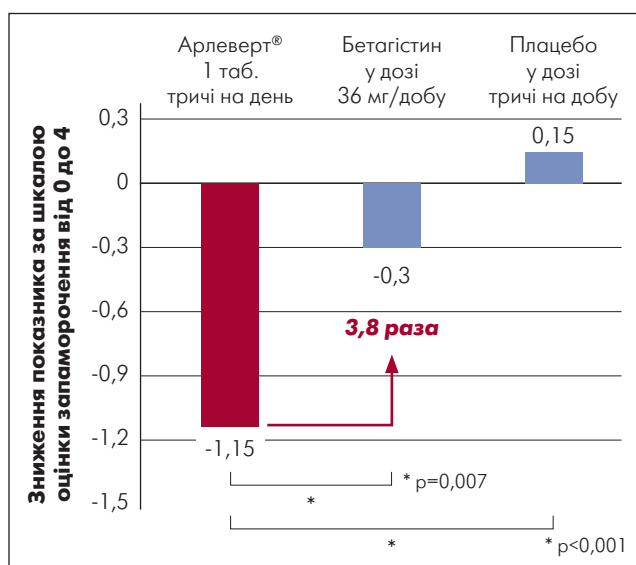


Рисунок. Ефективність терапії препаратом Арлеверт® порівняно з бетагістином та плацебо у пацієнтів із запамороченням

Адаптовано за V. Otto et al. (2008)

Підготувала Олена Коробка