

Возможности бетагистина при болезни Меньера и других кохлеовестибулярных нарушениях

Механизм действия бетагистина

Препараты, оказывающие ингибирующее действие на рецепторы гистамина, широко используются в лечении головокружения и связанных с ним вестибулярных расстройств, однако механизм их действия до конца не был ясен. В данном экспериментальном исследовании было показано, за счет чего антагонисты H₃-гистаминовых рецепторов, в частности бетагистин, оказывают блокирующий эффект на афферентные сигналы вестибулярного нерва. С помощью полимеразной цепной реакции и иммунофлуоресцентного метода определения мРНК была проведена оценка экспрессии H₃-гистаминовых рецепторов в вестибулярных нейронах мышей. В результате было показано присутствие мРНК H₃-гистаминовых рецепторов в ганглионарных тканях вестибулярного нерва. Таким образом, в данном исследовании был показан молекулярный субстрат, на который воздействуют антагонисты H₃-гистаминовых рецепторов при головокружениях.

Tritto S. et al. BMC Neurosci 2009; Jun 29; 10: 70

Бетагистин при головокружениях, не связанных с болезнью Меньера

Головокружение является достаточно частым и полиэтиологическим симптомом. Поскольку причина его развития не всегда может быть идентифицирована, главным методом лечения выступает симптоматическая терапия. На сегодняшний день основным препаратом, используемым при головокружениях различного происхождения, в частности при болезни Меньера, является бетагистин.

В данном метаанализе была проведена оценка эффективности бетагистина в лечении пароксизмальных головокружений, а также головокружений, развивающихся вследствие вертебробазиллярной недостаточности, т. е. не связанных с болезнью Меньера. Обзор включил клинические рандомизированные двойные слепые испытания, в которых оценивалась эффективность бетагистина по сравнению с плацебо. При этом были отобраны только те исследования, в которых препарат применялся у больных с головокружениями, не связанными с болезнью Меньера. Из 104 публикаций, полученных из баз данных Medline, EMBASE и CINAHL, было отобрано 7 клинических исследований, которые соответствовали критериям отбора. В общей сложности они включили 367 пациентов.

Результаты метаанализа показали высокую клиническую эффективность бетагистина в лечении головокружений по сравнению с плацебо. Так, отношение шансов неблагоприятных событий между группами составило 3,52 (95% доверительный интервал 2,40-5,18), а относительный риск – 1,78 (95% доверительный интервал 1,48-2,13). Максимальная эффективность лечения достигалась при использовании дозировок от 32 до 36 мг с длительностью лечения 3-8 нед.

Таким образом, настоящий метаанализ подтверждает эффективность бетагистина и целесообразность его использования при пароксизмальных и связанных с вертебробазиллярной недостаточностью головокружениях.

Della Pepa C. et al. Acta Otorhinolaryngol Ital 2006; 26: 208-215

Психические расстройства при болезни Меньера и возможности их коррекции

Болезнь Меньера представляет собой поражение внутреннего уха, основными симптомами которого являются повторяющиеся приступы системного головокружения с вегетативными проявлениями, односторонняя тугоухость с флуктуацией слуха и шум в ушах. Считается, что роль пускового механизма в дебюте заболевания, а также при обострениях играют психические травмы. Кроме того, показано, что приступы головокружения при болезни Меньера сопровождаются психогенными реакциями с преобладанием тревожных расстройств.

В настоящем исследовании изучалась распространенность и структура психогенных расстройств, манифестирующих в связи с соматической патологией при

болезни Меньера, а также возможности их лечения. Было проведено обследование 98 пациентов, страдающих этим заболеванием, включающее анализ жалоб и анамнеза, определение остроты слуха, вестибулометрию, оценку уровня депрессии и тревоги с помощью шкал Гамильтона (HDRS) и Спилбергера (STAI). Нозогенные психические расстройства пограничного уровня были выявлены у 32 (32,7%) больных, которые составили основную группу. В контрольную группу включены 28 пациентов, страдавших болезнью Меньера без признаков психических нарушений.

Психопатологическая симптоматика у пациентов основной группы в 75% случаев была представлена тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР), а у 25% – паническим расстройством с агорафобией. Выраженность депрессии по HDRS составила 12,1±1,9 балла, что достоверно выше, чем в контрольной группе (2,7±1,5 балла; p<0,001). Уровень реактивной тревоги по STAI (31,5±2,5 балла) был также достоверно выше, чем у пациентов контрольной группы (4,8±2,1 балла; p<0,001). Панические атаки были представлены пароксизмально возникающим страхом смерти и сопровождались агорафобией в виде навязчивого страха находиться среди большого количества людей в связи с опасением повторения приступа головокружения.

Все больные, включенные в исследование, получили лечение по поводу болезни Меньера в виде бетагистина в дозе от 24 до 48 мг/сут, а также дополнительную терапию ноотропными препаратами; средствами, улучшающими мозговое кровообращение; дегидратационную и физиотерапию. С целью коррекции психосоматических расстройств применялись флувоксамин и алпразолам, а также психотерапевтические методы. Согласно полученным данным, достоверное обратное развитие депрессивных симптомов (оценка по HDRS) начинается на 2-й неделе лечения (p<0,05) и становится все более отчетливым в ходе дальнейшей терапии с непрерывным улучшением показателей вплоть до 8-й (последней) недели наблюдения (p<0,001). Аналогичные результаты получены при исследовании уровня тревоги по STAI. К окончанию исследования выраженность тревожных и депрессивных расстройств у больных основной группы не отличалась от показателей контрольной (p>0,05). К моменту завершения исследования клинически значимое улучшение было зафиксировано у 86,4% пациентов с ТДР. При этом панические атаки и агорафобия оказались относительно резистентными симптомами. Динамика ремиссии психопатологических расстройств позволяет рекомендовать курсы лечения не менее 8 нед с последующим переходом на поддерживающую терапию.

Авторы исследования сделали заключение, что нозогенные психические расстройства при болезни Меньера отличаются относительно благоприятным прогнозом. Комплексный подход к лечению, включающий психофармакотерапию и психотерапевтические техники, позволяет достичь существенного клинического улучшения в 86,7% случаев.

Прибытков А.А. Психические расстройства в общей медицине. 2009; 3

Бетагистин при кохлеовестибулярных нарушениях

В данное исследование было включено 40 больных с кохлеовестибулярными нарушениями с длительностью заболевания от 2 до 28 лет (в среднем 5±2,5 года). В качестве лечения пациенты получали монотерапию бетагистином 16 мг 3 р/сут в течение 90 дней.

Оценку эффективности лечения проводили по динамике клинических симптомов, тяжести головокружения, дегидратационным тестам с глицерином, путем исследования состояния слухового и вестибулярного анализаторов, а также церебральной гемодинамики (РЭГ, УЗДГ сосудов головного мозга). Данные исследования проводили в динамике: до лечения, а также через 14, 30 и 90 дней после его начала.

При поступлении все больные предъявляли жалобы на снижение слуха, шум в ушах, нарушение разборчивости речи, шаткость походки. Приступы системного головокружения беспокоили 20 пациентов.

Через 14 дней приема бетагистина динамики клинических симптомов кохлеовестибулярных нарушений не наблюдалось, однако по истечении месяца было выявлено явное улучшение со стороны вестибулярной функции. У всех больных отмечалось снижение продолжительности и выраженности головокружений, нормализация стакоординационных и указательных проб. Результаты экспериментальных вестибулярных реакций не изменялись, однако показатель функции равновесия увеличился с 1,95±0,87 до 3,25±0,72, а коэффициент асимметрии лабиринтов снизился с 72±4,5% до 61±5,4%.

Через 90 дней лечения препаратом бетагистина у больных была отмечена положительная динамика со стороны слуховой и вестибулярной функций. Шум в ушах у пациентов с гидропсом лабиринта снизился на 5-10 дБ, тогда как у больных без гидропса лабиринта его уменьшения не наблюдалось. По данным пороговой аудиометрии, у больных с гидропсом лабиринта слуховой порог по всему диапазону частот снижался на 5-15 дБ.

Результаты исследования вестибулярной функции свидетельствовали о значительной положительной динамике независимо от наличия или отсутствия гидропса лабиринта. Показатель функции равновесия увеличился до 4,25±0,52, коэффициент асимметрии лабиринтов снизился до 48±4,5%. Приступы системного головокружения прекратились у 10 больных, а у 10 остались легкими. Шаткость походки исчезла у 30 пациентов, а у 10 сохранилась в легкой степени. Легкие нарушения стакоординационных и указательных проб отмечены лишь у 10 из 40 больных.

По данным исследования церебральной гемодинамики, после 3-месячного приема бетагистина у 23 из 25 больных исчезли венозная дисциркуляция и признаки венозного застоя в вертебробазиллярном бассейне, а у 2 наблюдалось значительное их уменьшение.

Таким образом, монотерапия бетагистином при вестибулярных нарушениях оказывает выраженное положительное воздействие на мозговую гемодинамику, устраняя явления венозной дисциркуляции и признаки венозного застоя. В то же время улучшение слуховой функции на фоне применения этого препарата менее выражено.

Кунельская Н.Л. и соавт. Вестн. оториноларингол. 2008; 6: 5254

Эффективность высокой и низкой доз бетагистина в лечении приступов головокружения при болезни Меньера

Целью данного открытого исследования было сравнить эффективность низкой и высокой доз бетагистина дигидрохлорида в снижении частоты приступов головокружения при болезни Меньера. Пациенты с данным заболеванием получали 16, 24 или 48 мг бетагистина 2 р/сут в течение минимум 12 мес. Критерием оценки эффективности лечения было число приступов головокружений в месяц в течение 3-месячного периода. В общей сложности в исследование было включено 112 больных, из которых 50 получали бетагистина дигидрохлорид в низких дозах (16 мг 2 р/сут, n=21 и 24 мг 2 р/сут, n=29), а 62 – в высокой (48 мг 2 р/сут). Обследование пациентов проводилось каждые 3 мес. Было показано, что среднее количество приступов головокружений в месяц снизилось в обеих группах, однако бетагистин в дозе 48 мг оказался гораздо более эффективным по сравнению с 16 и 24 мг (p=0,0002). Так, после 12-месячной терапии бетагистином в группе низких доз средняя частота приступов уменьшилась с 7,6 до 4,4 (p<0,0001), а в группе высокой дозы – с 8,8 до 1,0. Лечение хорошо переносилось пациентами обеих групп.

Таким образом, данное исследование продемонстрировало значительное преимущество в эффективности высокой дозы бетагистина (48 мг 2 р/сут) перед низкими (16 и 24 мг 2 р/сут).

Strupp M. Acta Otolaryngol 2008; 128 (5): 520-524

Подготовил Дмитрий Демьяненко

ratiopharm

Якість. Доступність. Здоров'я.