

Вестибулопатії: частота розвитку, типи перебігу, діагностичні та лікувальні підходи

I.C. ВАСИЛЬЧУК, О.О. КОЗЛОВА, К.Ф. ТРИНУС, Т.М. СЛОБОДИН, Ю.І. ГОЛОВЧЕНКО

/Національна медична академія післядипломної освіти імені Л. П. Шупика; ДП «Санаторій «Конча-Заспа», Київ/

Резюме

Вестибулопатии: частота развития, типы течения, диагностические и лечебные подходы

I.C. Васильчук, О.О. Козлова, К.Ф. Тринус, Т.М. Слободин, Ю.И. Головченко

В статье освещены вопросы клинических проявлений и лечения некоторых видов вестибулярных расстройств. Классифицированы типы вестибулопатий, приведены основные заболевания, приводящие к вестибулопатии при поражении вестибулярных отделов различных уровней мозга. Указаны основные принципы лечения вестибулопатий, в частности, сделан акцент на применении бетатастина гидрохлорида в комплексном лечении лабиринтных расстройств.

Ключевые слова: головокружение, вестибулопатия, лечение, бетатастина гидрохлорид

Summary

Vestibulopathies; the Prevalence Rate, Different Types, Diagnostics, and Treatment Approaches

I.S. Vasilchuk, O.O. Kozlova, K.F. Trinus, T.M. Slobodyn, Yu.I. Holovchenko

The article highlights the issues of clinical manifestations and treatment of some types of vestibular disorders. The authors provide classification for various types of vestibulopathies, and enlist some major diseases that lead to the vestibulopathies when various levels of the brain divisions are damaged. Basic approaches of treatment have been discussed, with particular emphasis on the use of betahistine hydrochloride in combined treatment of labyrinthine disorders.

Key words: dizziness, vestibulopathy, treatment, betahistine hydrochloride

Перша згадка про вестибулярну дисфункцію з'явилася ще в першій половині XI ст. в малій Азії [2], але Livinga (1873) вважають першим, хто звернув на це особливу увагу. З того часу опубліковано багато статей, в яких повідомляли про вестибулярні розлади у вигляді головокружіння, запаморочення, глухоти, дзвону у вухах, порушення координації, нудоти, блювоти, відчуття страху тощо [2]. Це симптоми, з якими зустрічається у своїй практиці невролог, отоларинголог, терапевт, лікар загальної практики.

За останніми даними від 50 до 70% пацієнтів відмічають симптоми вестибулопатій при зверненні до лікаря, а у 50% – визначається патологія лабіринту та порушення вестибулярних проб (В.И. Бабиак, А.А. Ланцов, В.Г. Базаров, 1996; Т. Brandt, 2000) [4].

Виділяють такі типи вестибулопатій (Kurt Kroenke, 1996):

- істинні (вертиго):
 - центрального генезу (інсульт, транзиторна ішемічна атака [ТІА], пухлини центральної нервової системи [ЦНС], епілепсія, розсіяний склероз);
 - периферичного генезу (доброякісне позиційне пароксизмальне головокружіння, лабіринтит, хвороба Мен'єра);
- серцево-судинні (пресинкопе, аритмії, ортостатична гіпотензія);
- сомато-сенсорні (периферичні нейропатії, ортопедичні хвороби, порушення зору);
- ілюзорні (функціональна вестибулопатія, психічні порушення);

- поліетіологічні;
- ідіопатичні.

На даний момент відомо багато причин розвитку вестибулярної дисфункції. Між тим, функціональна вестибулопатія, маючи зв'язок з тривожними розладами, досить поширена. Зокрема, в оглядовій роботі К. Кроенке наводяться дані про частоту різних варіантів вестибулярних порушень у 12 клініках різного профілю [6]. За даними досліджень вестибулопатії з тривожними розладами займають лідируючі позиції в цій групі патологічних станів і становлять 52%. Змішану природу мають 16% вестибулопатій, і лише чверть (27%) вестибулопатій мають визначене структурне ураження вестибулярної системи [5]. При цьому суттєвою є частка вестибулопатій з невизначеною причиною розвитку (5%).

Частим симптомом у клінічній практиці вестибулопатій є головокружіння. Виділяють системне (істинне, вестибулярне) та несистемне (невестибулярне) головокружіння.

При патологічному процесі або в нормі при експериментальному подразненні вестибулярного аналізатора виникає головокружіння, яке має характерні особливості.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ) головокружіння – ілюзія руху навколишніх предметів (об'єктивне головокружіння) або ілюзія руху власного тіла (суб'єктивне головокружіння) чи ілюзія руху як власного тіла, так і навколишніх предметів навколо однієї з осей тривимірного простору.

ВЕСТИБО

синтетичний аналог
гістаміну.

Діюча речовина: Betahistine dihydrochloride



ХАРАКТЕРИСТИКА

Форма випуску.

Виробник.

Фармакотерапевтична група.

Показання.

Протипоказання.

Спосіб застосування та дози.

Таблетки 8 мг №30, 16 мг №30, 24 мг №20 та №60. За рецептом.

Каталент Джермані Шорндорф ГмБХ.

Засоби для лікування вестибулярних порушень. Код АТС N07C A01.

Хвороба та синдром Мен'єра, які характеризуються трьома основними симптомами: запамороченням, що іноді супроводжується нудотою і блюванням; зниженням слуху (туговухістю); шумом у вухах. Симптоматичне лікування вестибулярного запаморочення різного походження.

Підвищена чутливість до активної або до будь-якої з допоміжних речовин препарату. Феохромомітома.

Приймати таблетки бажано після їди. Дозу слід підбирати індивідуально залежно від ефекту. Зменшення симптомів інколи спостерігається тільки після 2–3 тижнів лікування.

Таблетки по 8 мг	Таблетки по 16 мг	Таблетки по 24 мг
1–2 таблетки 3 рази на добу	1 таблетка 3 рази на добу	1 таблетка 2 рази на добу

ЛІКУВАЛЬНІ ВЛАСТИВОСТІ

Фармакодинаміка. Бетагістин спричиняє посилення кровотоку в судинах *stria vascularis* внутрішнього вуха за рахунок розслаблення прекапілярних сфінктерів у системі мікроциркуляції внутрішнього вуха. Бетагістин має слабкий агоністичний ефект на H_1 -рецептори і виражений антагоністичний ефект на H_3 -рецептори гістаміну в центральній і автономній нервовій системі. Також він має дозозалежний інгібуючий вплив на генерацію пікових потенціалів у нейронах латеральних і медіальних вестибулярних ядер. Це забезпечує позитивний терапевтичний ефект бетагістину при лікуванні хвороби Мен'єра і вестибулярного запаморочення різного походження. Бетагістин посилює обмін і вивільнення гістаміну, блокуючи пресинаптичні H_3 -рецептори, що призводить до зниження їх чутливості.

ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ

Реакції гіперчутливості (наприклад, повідомлялося про поодинокі випадки розвитку анафілаксії, ангіоневротичного набряку, висипання, свербіж і кропив'янки). Часті – нудота та диспепсія. Інколи виникали скарги на незначні розлади шлунка (блювання, біль по стравоходу, біль в абдомінальній ділянці внаслідок здуття та метеоризму). Ці побічні ефекти зазвичай зникають при прийомі препарату з їжею або після зменшення дози. Рідкісні – сонливість, головний біль. Поодинокі – прискорення ЧСС, загострення бронхіальної астми (при її наявності в анамнезі), відчуття жару.

Інформація винятково для професійної діяльності фахівців охорони здоров'я.

Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату Вестібо або на сайті <http://www.actavis.com.ua>

Р. п. № UA/4059/01/01,
№ UA/4059/01/02 та № UA/4059/01/03
від 22.11.2010 р.

ТОВ "Актавіс Україна":
01032, Київ, бул. Шевченка, 33
Тел. (044) 569 80 20, тел./факс (044) 569 80 18
www.actavis.com.ua


think smart medicine

Дуже часто пацієнти під головокружінням розуміють різноманітні відчуття, що зовсім не відносяться до ураження вестибулярного апарату: стан, що нагадує відчуття легкого сп'яніння, нестійкості, дурноти, потемніння, двоїння в очах, загальної слабкості, нудоти тощо. Всі ці відчуття відносяться до несистемного головокружіння.

Головукружіння вестибулярного характеру може виникати при ураженні будь-якого відділу вестибулярного апарату – від периферичного рецептора до кори головного мозку (лабіринт, корінці VIII нерва, вестибулярні ядра та висхідні зв'язки, підкіркові та кіркові відділи мозку) (таблиця).

Периферичне головокружіння (від периферичного рецептора до вестибулярних ядер у стовбурі головного мозку) має деякі характерні особливості, що відрізняють його від центрального. Зазвичай при периферичному головокружінні гострі напади тривають недовго, яскраво виражені та виснажливі, пацієнт точно може вказати, в який бік відбувається обертання, частіше мають місце обертальні головокружіння. Периферичне головокружіння може нагадувати криз і проявлятися при різних рухах голови, супроводжується спонтанним ністагмом, зниженням слуху, шумом у вухах, порушенням рівноваги, вегетативними реакціями (нудотою, блювотою, блідістю чи гіперемією обличчя, загальною пітливістю, зміною частоти пульсу, дихання), почуттям страху, тяжкими емоційними проявами.

Головукружіння, зумовлене ураженням вестибулярних ядер у задній черепній ямці, зазвичай супроводжується множинним, нестійким, зі змінним напрямком спонтанним ністагмом, вимушеним положенням голови. Вестибуловегетативні реакції не виражені, слух збережений.

Центральне головокружіння (від вестибулярних ядер у стовбурі головного мозку до кори мозку) менш інтенсивне, ніж периферичне, але постійне і тривале, частіше буває у вигляді відчуття падіння, провалювання. Обертальне головокружіння зустрічається рідше.

Кіркове головокружіння нерідко є вісником епілептичного нападу, спонтанний ністагм відсутній, виникає сильне головокружіння, при цьому слух не порушений.

Вестибулопатії при пухлинах задньої черепної ямки виникають на висоті гіпертензійного нападу внаслідок тимчасового порушення лікворотоку з гіпертензивно-гідроцефальним синдромом.

Таблиця. Основні захворювання, що викликають вестибулопатії при ураженні вестибулярних відділів на різних рівнях

Рівень ураження	Захворювання
Периферичний рецептор та ураження вестибулярного нерва у піраміді скроневої кістки (вестибулярний ганглії, нерв у внутрішньому слуховому проході)	Хвороба Мен'єра, лабіринтити, судинні порушення у лабіринтній артерії, тріщини піраміди скроневої кістки, неврити вестибулярної порції VIII нерва
Вестибулярний нерв у мостомозочковому куті	Арахноїди мостомозочкового кута, неврити вестибулярної порції VIII нерва, судинні порушення у ВББ
Стовбур головного мозку, мозочок, IV шлуночок	Судинні порушення у ВББ (шийний остеохондроз, артеріальна гіпертензія, атеросклероз, тромбоз судин, геморагії), енцефаліт, пухлина мозочка, IV шлуночка
Кора мозку	Вестибулярна аура у вигляді головокружіння при скроневої епілепсії пухлинного, запального, судинного ґенезу

Примітка: ВББ – вертебробазиллярний басейн.

При арахноїдитах мостомозочкового кута або арахноенцефалітах задньої черепної ямки вестибулопатії розвиваються після перенесених ГРВІ, грипу, загострення хронічного гнійного отиту, синуситів. Головукружіння виникає у гострій чи підгострій стадії хвороби, поступово зменшується та зникає, незначне за інтенсивністю, постійне, тривале, без різких нападів, артеріальний тиск (АТ) при цьому нормальний, виявляють інші симптоми ураження ЦНС. При арахноїдитах мостомозочкового кута слух знижений за корінцевим типом (одностороння нейросенсорна туговухість).

При судинних порушеннях у ВББ вестибулярні розлади виникають на фоні серцево-судинної патології, частіше – у пацієнтів віком 40–50 років і старше на фоні гіпертонічної хвороби (ГХ), атеросклерозу, ангіопатії сітківки, остеохондрозу шийного відділу хребта.

Характерною особливістю вестибулярних порушень при хворобі Мен'єра є чергування нападів та світлих проміжків. Напад триває кілька годин, виникає гостро, дуже сильний, супроводжується нудотою, блювотою, загальною слабкістю, коливаннями АТ. Спостерігається вертикальний або горизонтально-ротаторний ністагм, що може змінювати інтенсивність та напрямок. Крім ураження VIII нерва, немає інших симптомів ураження ЦНС та інших черепно-мозкових нервів (ЧМН).

При лабіринтитах вестибулопатії виникають на фоні гострого чи хронічного отиту. Вестибулярне головокружіння різко виражене, нерідко супроводжується вимушеним положенням голови, вестибулокохлеарний синдром носить периферичний характер, відсутні симптоми ураження ЦНС. Вертиго триває до 1–2 тижнів, поступово зменшується та зникає.

Доброякісне пароксизмальне позиційне головокружіння (ДППГ) – найчастіше зустрічається вестибулярне головокружіння при швидкій зміні положення голови та тіла, коли хворий знаходиться у горизонтальному положенні чи при нахилі вперед або нахилі голови назад. Як правило, головокружіння швидко проходить самостійно – тривалість його, зазвичай, від кількох секунд до 1 хв. ДППГ може тривати кілька місяців. Серед пацієнтів віком 50 років і більше з симптомами вертиго вагомий внесок припадає на ДППГ – 34–41%. З віком частота ДППГ збільшується. У жінок ця патологія зустрічається в 2 рази частіше, ніж у чоловіків. У патогенезі ДППГ провідну роль відіграє купулолітаз – відкладання згустків кристалів карбонату кальцію на купуложелатинової масі, що покриває рецепторну зону півколового каналу лабіринту та підвищує чутливість рецепторів півколових каналів.

Вестибулярний нейроніт – синдром системного головокружіння нез'ясованої етіології (гостра периферична вестибулопатія, вестибулярний неврит) – це сильне головокружіння, що виникає раптово, супроводжується нудотою, блювотою, порушенням рівноваги, почуттям страху. Симптоми посилюються при рухах голови чи зміні положення тіла. Хворі важко переносять цей стан і не підіймаються з ліжка протягом кількох днів. Характерний спонтанний ністагм, інколи виникають шум та закладеність у вусі. Слух не знижується, аудіограма в нормі. Інша неврологічна симптоматика відсутня. Майже у половини випадків напади повторюються через кілька місяців або років. Доказів інфекційної природи даного захворювання немає, однак відмічено розвиток нейроніту після інфекції верхніх дихальних шляхів.

Лікування вестибулопатій

Лікування вестибулопатій частіше є симптоматичним. Етіологічна терапія можлива лише при певних захворюваннях (лабіринтит бактеріального генезу, стовбуровий інсульт, скронева епілепсія, базиллярна мігрень, холестеатома та інші пухлини, що поширюються на вестибулярний аналізатор). Для лікування вестибулопатій використовують вестибулолітичні засоби, що діють на рівні вестибулярних рецепторів або центральних вестибулярних структур, в основному вестибулярних ядер стовбура мозку. Важливу роль у функціонуванні вестибулярного аналізатора відіграє гістамінергічна система, тому для лікування вестибулопатій використовують антигістамінні препарати (меклозин, прометазин), а також транквілізатори (діазепам, лоразепам). Симптоми нудоти, блювоти знімає метоклопрамід. При тривалому нападі проводиться дегідратація (2% розчин амінофіліну 10 мл або 15% розчин манітолу 200 мл внутрішньовенно), вводиться внутрішньовенно діазепам в дозі 1 мл. В останні роки з метою терапії різних видів вестибулопатій, а також профілактики нападів успішно використовують бетагістину гідрохлорид, що покращує якість лікування та самопочуття пацієнта.

Бетагістин є засобом, який не має «чистої» H_3 -блокаторної дії. Це синтетичний аналог гістаміну, який не інактивується в шлунково-кишковому тракті. Препарат значно пригнічує пресинаптичні H_3 -рецептори мозку, де, як з'ясовано, модулюється виділення гістаміну та, ймовірно, інших нейротрансмітерів. Він також чинить пряму збуджуючу дію на H_1 -рецептори внаслідок подібної до гістаміну хімічної будови.

З блокуванням бетагістином H_3 -рецепторів і підвищенням рівня нейротрансмітерів, які вивільнюються з нервових закінчень, пов'язують такі основні ефекти:

- гістамін, який вивільнюється з нервових закінчень, може збуджувати H_1 -рецептори. Це пояснює виражений судинорозширюючий вплив як на судини внутрішнього вуха, так і на мозкові судини;
- підвищений рівень у стовбурі мозку серотоніну та інших нейротрансмітерів гальмує активність присінкових ядер;
- суттєве поліпшення мозкового кровообігу у хворих похилого віку з атеросклеротичним ураженням судин, особливо у випадках звуження просвіту хребтових і основної артерій мозку.

Показання до застосування: синдром і хвороба Мен'єра, всі види вестибулопатії, запаморочення, шум у вухах, зниження слуху. На даний час бетагістину гідрохлорид має більш широкі показання до застосування, ніж тільки гідропс лабіринту (хвороба Мен'єра). Він успішно застосовується у випадках розладу кровообігу в ЦНС. Препарат суттєво зменшує частоту, тривалість і силу нападів запаморочення, які виникають з різних причин і на різних рівнях присінкового аналізатора.

Рекомендується прийом бетагістину гідрохлориду в добовій дозі для дорослих 24–48 мг в 2–3 прийоми після їди, курс прийому – до 3 місяців. Випускається препарат у формі таблеток, що містять 8, 16 та 24 мг бетагістину гідрохлориду. Препарат зменшує частоту нападів системного головокружіння та покращує координацію рухів. При хворобі Мен'єра його можна призначати на тривалий

час, препарат не викликає звикання, не чинить токсичної дії на організм, не має седативного ефекту, не впливає на рівень АТ та частоту серцевих скорочень. Тривале використання бетагістину гідрохлориду може призупинити прогресування процесу. Крім того, при хворобі Мен'єра рекомендується обмежити прийом кави та відмовитися від куріння. Препарат не впливає на екстрапірамідну систему (не викликає паркінсоноподібних проявів), а також не має антихолінергічної дії (не спричинює сухість слизової оболонки тощо).

Проте слід пам'ятати, що дію бетагістину гідрохлориду як аналога гістаміну пригнічують антигістамінні препарати, тому комбінація цих лікарських засобів не бажана. Протипоказаннями до призначення є феохромоцитомома, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, алергічні захворювання дихальних шляхів, у тому числі бронхіальна астма. Слід бути особливо обережними, призначаючи препарат певним категоріям хворих: протипоказано його призначення в I триместр вагітності, дуже обережно слід призначати протягом наступних місяців вагітності, а також в період годування груддю.

Не виключено, що бетагістину гідрохлорид у майбутньому будуть застосовувати для лікування алергічного риніту та хронічної кропив'янки, оскільки відзначено, що даний препарат впливає на шкірні реакції у хворих з алергією на пилок трав.

Література

1. Вейн А.М. Лечение головной боли / Вейн А.М., Филатова Е.Г. // Лечащий врач. – 2003. – №4. – С. 40–44.
2. Бабияк В.И. Нейрооториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, В.Р. Гофман, Я.А. Накатис. – СПб.: Гиппократ, 2002. – 727 с.
3. Шток В.Н. Головная боль / В.Н. Шток. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: МИА, 2007. – 465 с.
4. Клінічна діагностика порушення вестибулярної функції у неврологічному дослідженні: Метод. рек. / Донец. держ. мед. ун-т ім. М. Горького; Уклад.: Ніколенко В.Ю., Трінус К.Ф., Ластков Д.О. – Донецьк, 2003. – 14 с.
5. Anxiety disorders and other psychiatric subgroups in patient complaining of dizziness / A. Eckhard-Henn [et al.] // J. Anxiety Disord. – 2003. – Vol. 17 (4). – P. 369–388.
6. Kroenk K., Hoffman R. M., Einstadeter D. How common are various causes of dizziness. A critical review // South. Med. J. – 2000. – Vol. 93 (2). – P. 160–167.
7. Brandt T. Vertigo. Its Multisensory Syndromes. 2nd ed. – London, 2000. – P. 251–280, 469–478.
8. Морозова О.Г. Головні болі в загальній лікарській практиці. – Харків, 2003.
9. Яхно Н.Н., Парфенов В.А., Алексеев В.В. Головная боль. – М.: Ремедиум, 2000. – 143 с.