

DOI: 10.29296/25877305-2018-03-10

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТОВ ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПРИ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯХ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА- ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

С. Карпищенко, доктор медицинских наук, профессор,
Г. Лавренова, доктор медицинских наук, профессор,
А. Бервинова
Первый СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
E-mail: karpischenkos@mail.ru

В статье приводится классификация головокружений, обсуждаются клинические методы диагностики периферических вестибулопатий, дифференциальной диагностики системного головокружения по различным анамнестическим и клиническим данным, а также основные вопросы ведения пациентов. Показана клиническая эффективность препарата Вертигохель, доказанная не только многочисленными научными исследованиями, но и собственными клиническими примерами.

Ключевые слова: оториноларингология, неврология, периферическое головокружение, вестибулярные нарушения, болезнь Меньера, доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение, вестибулярный нейронит, Вертигохель.

Для цитирования: Карпищенко С., Лавренова Г., Бервинова А. Возможности использования препаратов природного происхождения при головокружениях в практике врача-оториноларинголога // Врач. – 2018; 29 (3): 42–45. DOI: 10.29296/25877305-2018-03-10

Частота встречаемости такого симптома, как головокружение, одной из причин которого является старение населения, неуклонно возрастает. По данным L. Fernandez и P. Sloane, головокружение выявляется у 2% взрослых молодых людей, более чем у 30% пожилых старше 60 лет и достигает 50% у лиц старше 85 лет [1, 2]. К врачу-оториноларингологу могут обращаться лица не только с жалобами на непосредственно головокружение, но и, например, с хроническим тонзиллитом, воспалением риносинусотубарной зоны и пресбиакузисом, при детальном опросе которых выявляются те или иные проявления вестибулярной дисфункции.

Головокружение – ощущение мнимого вращения или поступательного движения пациента в различных плоскостях или иллюзорное смещение неподвижной окружающей среды в любой плоскости [3]. Головокру-

жение, особенно у пожилых, существенно ухудшает качество жизни из-за страха падения и связанного с этим риска травмы. Люди старших возрастных групп из-за этого ограничивают свою физическую активность, что неблагоприятно сказывается на их общесоматическом состоянии. Формируется страх, снижаются самооценка и социализация, появляется беспокойство, нарушается сон, возникает нежелание быть зависимым от родственников.

Как показывает практика, головокружение далеко не всегда связано с поражением вестибулярного аппарата. Специалисты выделяют 2 вида головокружения: истинное (системное или вестибулярное) и ложное (несистемное). При наличии у больного истинного головокружения жалобы очень конкретные, пациент описывает вращение предметов вокруг него в определенном направлении или его самого в пространстве [4].

На практике нередко приходится иметь дело с большим числом других жалоб и ощущений, которые отличаются от истинного системного головокружения. Нужно уточнять, что именно больной подразумевает под головокружением. Нередко больные описывают чувство неустойчивости, пошатывания, шум в голове, ухудшение зрения, поташнивания, страх, что может случиться потеря сознания, слабость, нарушение походки.

Оториноларингологи чаще сталкиваются с наиболее распространенными периферическими вестибулярными нарушениями 3 типов: доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), болезнь Меньера и вестибулярный неврит [5–7].

Одним из самых распространенных заболеваний, при котором нарушается вестибулярная функция, является ДППГ. В основе патогенеза ДППГ лежит образование отолитов (кристаллов карбоната кальция) в куполе или канале лабиринта. Наиболее часто (60–90%) патологический процесс локализован в заднем полукружном канале, реже он локализуется в горизонтальном и переднем каналах, встречается также сочетанная патология нескольких полукружных каналов [8]. Для этого состояния характерны конкретные жалобы пациента – возникновение кратковременных эпизодов головокружения при наклоне или повороте головы в определенную сторону. У пациентов изредка могут возникать такие симптомы, как тошнота, рвота, потливость, тревожность (страх падения) [9, 10].

Болезнь Меньера – заболевание внутреннего уха, характеризующееся увеличением объема эндолимфы и повышением внутрिलाбиринтного давления (эндолимфатический гидропс) [11]. Данные патологические явления ведут к возникновению рецидивирующих приступов системного головокружения, вегетативных расстройств, прогрессирующей глухоты, сопровождающейся шумом [12]. Важно отметить, что

длительность приступов может варьировать от 10 мин до 24 ч [13].

Вестибулярный неврит (нейронит) — состояние, проявляющееся внезапным приступом тяжелого системного головокружения, сопровождающегося выраженными вегетативными расстройствами. При этом длительность приступа колеблется от нескольких часов до нескольких суток. Важно отметить, что при вестибулярном неврите не происходит нарушения слуховой функции. Этиология и патогенез данного заболевания до конца неясны, в настоящее время считается, что происходит избирательное воспаление (вирусное или инфекционно-аллергическое) вестибулярной порции вестибулокохлеарного нерва. Данному состоянию может предшествовать острая респираторная вирусная инфекция. Через 1–6 нед у большинства пациентов симптомы исчезают [14].

ПРОБЛЕМА ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ

Истинную причину головокружения установить трудно, требуется детальное специализированное обследование пациента как оториноларингологом, так и неврологом. Современные технологии (компьютерная томография — КТ — головного мозга с внутривенным усилением, магнитно-резонансная томография головного мозга, видеонистагмография, постурография) облегчают участь и пациента, и врача, позволяя верифицировать имеющиеся симптомы и назначить адекватное лечение. Основными группами препаратов, применяемых при головокружении, являются антихолинергические, антигистаминные, антидопаминергические препараты и бензодиазепины. Препараты перечисленных групп используются для купирования острого головокружения. Однако длительность их применения ограничена в связи с наличием у этих препаратов побочных эффектов и противопоказаний к применению. Большую часть пациентов с головокружением составляют лица пожилого и старческого возраста с наличием сопутствующей соматической патологии, что также ограничивает врача в выборе поддерживающей терапии в межприступный период.

И при установленном диагнозе, и при наличии симптома головокружения лечение, на наш взгляд, следует начинать с «мягкой» терапии, к которой можно отнести современный биорегуляционный препарат Вертигохель.

Вертигохель — это многокомпонентный препарат, содержащий фармакологически активные ингредиенты — *Anamirta cocculus* (анамирта коккулусовидная), *Conium maculatum* (болиголов пятнистый), *Ambra grisea* (амбра серая) и *Petroleum rectificatum* (нефть). Многочисленные исследования механизма действия препарата Вертигохель позволяют предположить многоцелевую активность в отношении вазодилатации капилляров и тем самым — микроциркуляции.

Многочисленные научные исследования, включая рандомизированные клинические неинтервенционные (воспроизводящие схему повседневной работы с пациентами) и метаанализы подтвердили эффективность клинического применения препарата Вертигохель [15].

Исследования *in vitro*, выполненные при помощи клеточных культур, демонстрируют двойственный механизм действия активных ингредиентов препарата Вертигохель (*Anamirta cocculus*, *Conium maculatum*, *Ambra grisea* и *Petroleum rectificatum*) на аденилатциклазу (АЦ) и фосфодиэстеразу-5 (ФДЭ5), стимулирующих вазодилатацию. *Anamirta cocculus* в условиях *in vitro* вызывает стимуляцию активности мембраносвязанного фермента аденилатциклазы, что приводит к образованию циклического аденозинмонофосфата из аденозинтрифосфата после надлежащей активации. *Conium maculatum* в условиях *in vitro* вызывает подавление активности ФДЭ5, фермента, который расщепляет фосфодиэфирные связи и приводит к распаду циклического гуанозинмонофосфата до гуанозинмонофосфата [16].

В отечественной литературе встречается множество статей, посвященных опыту применения данного препарата при таких состояниях, как болезнь Меньера [17], кинетоз [18], вертеброгенная цервикалгия [19]. Отметим, что препарат безопасен для симптоматического лечения головокружения до постановки окончательного диагноза [20].

Важно отметить, что Вертигохель был включен в рекомендации для лечения вертиго Немецким обществом врачей общего профиля и семейных врачей DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) [21], а также Испанским обществом врачей первой помощи SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria) [22].

Представляем собственный опыт назначения данного препарата.

Клинический пример №1

Пациентка М., 22 года, экстренно поступила на кафедру оториноларингологии с клиникой Первого СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова с жалобами на головокружение, вращение предметов влево, тошноту, многократную рвоту. Из анамнеза известно, что данные жалобы беспокоят пациентку в течение суток и возникли остро через 3 дня после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции.

При осмотре: спонтанный горизонтальный нистагм III степени влево, проба Хальмаги положительная вправо, проба встряхивания головы положительная влево. При анализе слухового спорта и камертональных проб отклонений от нормы не выявлено. Пациентка консультирована неврологом — неврологической симптоматики

нет. КТ головного мозга с прицельной визуализацией мостомозжечковых углов — без патологических изменений. Пациентке установлен диагноз: вестибулярный нейронит; гипофункция правого лабиринта.

Назначена консервативная терапия. Патогенетическая терапия — бетагистин 24 мг 3 раза в день, Вертигохель 1 таблетка 3 раза в день, симптоматическое лечение — метоклопрамид 10 мг. На фоне лечения отмечена положительная динамика; добавлена вестибулярная гимнастика.

Результаты вестибулярных проб перед выпиской на 10-е сутки: спонтанный горизонтальный нистагм отсутствует, проба Хальмаги слабopоложительная вправо, проба встряхивания головы слабopоложительная влево. Пациентка отметила улучшение самочувствия. В качестве поддерживающей терапии больной назначен препарат Вертигохель 1 таблетка 3 раза в день в течение 1 мес, вестибулярная гимнастика.

При осмотре через 1 мес — вестибулярные пробы отрицательные. Объективно пациентка отмечала улучшение самочувствия, отсутствие шаткости и неуверенности при ходьбе.

Клинический пример №2

Пациентка Б., 67 лет, экстренно госпитализирована в стационар кафедры оториноларингологии с клиникой Первого СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова с жалобами на срединную головную боль, стекание слизи по задней стенке глотки, повышение температуры до субфебрильных цифр, головокружение, неустойчивость при ходьбе. Последние из перечисленных жалоб у пациентки отмечались впервые и вызвали беспокойство. Накануне она перенесла острую респираторную вирусную инфекцию, лечилась домашними средствами. По данным КТ выявлено затемнение клиновидной пазухи с наличием жидкости. При анализе слухового паспорта и камертональных проб отклонений от нормы не выявлено. Пациентка была консультирована неврологом — неврологической симптоматики нет. При обычном пониженном АД повышенное — 145/95 мм рт. ст. Назначена антибактериальная, противоотечная, седативная терапия, промывание околоносовых пазух по Проетцу, назальный спрей по Бахону, ингаляции. Для купирования головокружения назначен препарат Вертигохель по 1 таблетке 3 раза в день. После курса лечения на контрольной КТ околоносовых пазух клиновидная пазуха пневматизирована удовлетворительно, головные боли не беспокоили, АД нормализовалось. Повторных эпизодов головокружения не отмечалось.

В связи с нетипичной симптоматикой, обычно нехарактерной для острого сфеноидита, рекомендован профилактический прием Вертигохеля еще на 15 дней.

Таким образом, по результатам многочисленных исследований и собственных наблюдений можно рекомендовать применение препарата Вертигохель для купирования острого головокружения до обращения пациентов к врачу и в качестве поддерживающей терапии в межприступный период. С одной стороны, это связано с высокой эффективностью данного препарата, с другой — с его безопасностью и отсутствием побочных эффектов.

Кроме того, эти качества особенно важны для длительного лечения пожилых пациентов с сопутствующими хроническими заболеваниями.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Fernandez L., Breinbauer H., Delano P. Vertigo and dizziness in the elderly // *Frontiers in Neurology*. — 2015; 6: 1–6.
2. Sloane P. et al. Dizziness: state of the science // *Ann. Intern. Med.* — 2001; 134 (9 Pt. 2): 823–32.
3. Камчатнов П.Р. Головокружение в практике невролога // *ПМЖ*. — 2005; 12: 824
4. Горбачева Ф.Е., Натяжкина Г.М., Чучин М.Ю. Головокружение // *Consilium Medicum*. — 2002; 4 (2): 63–6.
5. Neuhauser H. Epidemiologie von Schwindelerkrankungen // *Nervenarzt*. — 2009; 80 (8): 887–94.
6. Lempert T. Schwindelattacken: Differenzialdiagnose und therapie // *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*. — 2005; 73 (10): 605–20.
7. Kruschinski C. et al. Frequency of dizziness-related diagnoses and prescriptions in a general practice database [In German] // *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität Gesundheitswesen*. — 2008; 102 (5): 313–9.
8. Мельников О.А., Замерград М.В. Доброкачественное позиционное головокружение // *Лечащий врач*. — 2000; 1: 15–9.
9. Von Brevern M., Lempert T. Benigner paroxysmaler lagerungsschwindel // *Nervenarzt*. — 2004; 75 (10): 1027–37.
10. Von Brevern M. et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study // *J. Neurol., Neurosurg. Psychiat.* — 2007; 78 (7): 710–5.
11. Da Costa S., de Sousa L., Piza M. Meniere's disease: overview, epidemiology, and natural history // *Otolaryngologic Clinics of North America*. — 2002; 35 (3): 455–95.
12. Committee on Hearing and Equilibrium guidelines for the diagnosis and evaluation of therapy in Meniere's disease. American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Foundation, Inc // *Otolaryngology — Head and Neck Surgery: official Journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. — 1995; 113 (3): 181–5.
13. Harcourt J., Barraclough K., Bronstein A. Meniere's disease // *BMJ*. — 2014; 349: 6544.
14. Strupp M., Brandt T. Vestibular Neuritis // *Semin. Neurol.* — 2009; 29 (5): 509–19.
15. Vertigoheel — препарат первого выбора при головокружениях. Материалы компании Heel // *Провизор*. — 2002; 20.
16. Klopp R., Niemer W., Weiser M. Microcirculatory effects of a homeopathic preparation in patients with mild vertigo: an intravital microscopic study // *Microvasc. Res.* — 2015; 69 (1–2): 10–6.
17. Зайцева П.В. Болезнь Меньера: в помощь практическому врачу // *ПМЖ*. — 2016; 21: 1421–5.
18. Холодова И.Н. Болезнь «Укачивает в транспорте». Что делать? // *Мед. совет*. — 2016; 16: 131–3.

18. Белоусова Т.Е., Субботова В.В. Психосоматический подход к диагностике и лечению пациентов с вертеброгенной цервикалгией // Современные технологии в медицине. – 2009; 2: 61–6.

19. Ермолаева А.С. Рациональные подходы к ведению пациентов с головокружением // ПМЖ. – 2017; 6: 424–9.

20. Abholz H., Jendyk R. AkuterSchwindel in der Hausarztpraxis // DEGAM S3 Leitlinie Nr. – 2015; 17: 33.

21. Garcia G. Abordaje del vértigo en atención primaria // Sendagai Klinikoa. – 2015; 40 p.

THE POSSIBILITY OF USING DRUGS OF NATURAL ORIGIN FOR VERTIGO IN THE PRACTICE OF AN OTOLARYNGOLOGIST

Professor **S. Karpishchenko**, MD; Professor **G. Lavrenova**, MD; **A. Bervinova**
Acad. I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

The paper presents a classification of vertigo and discusses clinical methods for the diagnosis of peripheral vestibulopathies, for the differential diagnosis of systemic vertigo according to various anamnestic and clinical data, as well as the main issues of patient management. It shows the clinical efficacy of Vertigoheel, which has been proven not only by numerous scientific research, but also by the authors' own clinical examples.

Key words: *neurology, peripheral vertigo, vestibular disorders, Ménière's disease, benign positional paroxysmal vertigo, vestibular neuronitis, Vertigoheel.*

For citation: *Karpishchenko S., Lavrenova G., Bervinova A. The possibility of using drugs of natural origin for vertigo in the practice of an otolaryngologist // Vrach. – 2018; 29 (3): 42–45. DOI: 10.29296/25877305-2018-03-10*