

Кохлеовестибулярные нарушения: результаты новейших исследований

Терапия бетагистином ускоряет восстановление вестибулярной функции у пациентов, перенесших одностороннюю вестибулярную невротомию

Потеря вестибулярной функции приводит к появлению комплекса симптомов, включая поструральные, окуломоторные и перцептивные, которые с течением времени, как правило, уменьшаются или исчезают. Целью исследования, проведенного французскими учеными, было проанализировать влияние бетагистина дигидрохлорида на вестибулярную компенсацию.

В рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование включили 16 пациентов с болезнью Меньера, перенесших одностороннюю вестибулярную невротомию. Изучали влияние терапии бетагистином на широкий спектр вестибулярных нарушений, вызванных односторонней потерей вестибулярной функции, в том числе на нарушения поддержания равновесия тела, определения положения головы, циклоторсии глазных яблок (вращение вокруг оптической оси), спонтанного нистагма, ощущения вертикального положения, самооценки поструральной стабильности. Скорость исчезновения указанных нарушений сравнивали у пациентов, получавших плацебо или бетагистин (24 мг 2 раз в сутки) от трех дней до трех месяцев после односторонней вестибулярной невротомии. Пациентов обследовали за один день до и через 7, 30 и 90 дней после оперативного вмешательства. Результаты наблюдения показали, что применение бетагистина ускоряет купирование симптомов на один месяц или больше в зависимости от исследуемой функции. Эффективность бетагистина наблюдается уже через четыре дня после начала применения, при этом эффект сохраняется в течение всего периода компенсации (до трех месяцев).

Наблюдавшиеся в данном исследовании клинические эффекты бетагистина могут быть связаны с его способностью восстанавливать баланс активности нейронов контралатеральных вестибулярных ядер.

C. Redon et al. J Clin Pharmacol. 2011 Apr; 51(4): 538-548

Распространенность и осложнения ортостатического головокружения в общей популяции

Хотя ортостатическое (постуральное) головокружение является частой жалобой, его распространенность в общей популяции и влияние на состояние здоровья населения неизвестны. Целью исследования немецких ученых была оценка распространенности ортостатического головокружения в общей популяции, частоты его осложнений и медико-социального значения.

У участников репрезентативного Немецкого национального анкетного исследования по оценке состояния здоровья (German National Health Interview Survey) в 2003 г. (n=4077, возраст от 18 до 89 лет, доля ответивших 52%) проводили скрининг на выявление умеренного или тяжелого головокружения, в том числе вертиго (истинного головокружения с иллюзией движения своего тела или предметов вокруг). Затем в рамках более крупного исследования по эпидемиологии головокружения и вертиго 825 участников последовательной подвыборки с положительными результатами скрининга на головокружение проходили структурированное

медицинское интервью для выявления ортостатического головокружения. Его наличие определяли по следующим критериям:

- невестибулярный характер головокружения (то есть несистемное невращательное головокружение, ощущение пустоты в голове, «дурноты», предчувствие надвигающейся потери сознания);
- провоцируется внезапным изменением положения тела (например, вставанием из положения лежа на спине или сидя);
- продолжительность от секунд до нескольких минут;
- отсутствие вестибулярного головокружения согласно результатам валидированного неврологического опросника.

Согласно результатам проведенного исследования распространенность ортостатического головокружения в общей популяции в течение 12 месяцев составляет 10,9% (13,1% у женщин и 8,2% у мужчин), в течение жизни – 12,5% (15% у женщин и 9,6% у мужчин). На ортостатическое головокружение приходится около 42% всех случаев головокружения/вертиго и 55% случаев невестибулярного головокружения. Распространенность ортостатического головокружения наиболее высока у лиц молодого возраста, хотя с возрастом неуклонно увеличивается доля тяжелых случаев. В данном исследовании ортостатическое головокружение приводило к обмороку у 19% пациентов, падениям – у 17%, травмам – у 5%. Почти половина лиц с ортостатическим головокружением (45%) обращались за консультацией к врачу, 4% проходили стационарное лечение.

Авторы исследования сделали вывод, что ортостатическое головокружение является частой формой невестибулярного головокружения, по поводу которого пациенты нередко обращаются за медицинской помощью. Оно ассоциируется со значительным риском обмороков, падений и травм.

A. Radtke et al. Clin Auton Res. 2011 Jan 30

Головокружение сосудистого происхождения: эпидемиология и клинические синдромы

Наиболее распространенными причинами вертиго являются доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, вестибулярный неврит, синдром Меньера и сосудистая патология. Вертиго сосудистого происхождения, как правило, вызвано мигренью, транзиторными ишемическими атаками, ишемическим или геморрагическим инсультом. Сосудистая патология приводит к развитию различных центральных или периферических вестибулярных синдромов с головокружением. Целью данной работы был обзор эпидемиологических данных и клинических синдромов сосудистого вертиго.

Мигрень является наиболее частым сосудистым заболеванием, вызывающим вертиго во всех возрастных группах. До 25% пациентов с мигренью могут отмечать вертиго. Мигренозное вертиго на протяжении жизни развивается почти у 1% населения. На цереброваскулярную патологию приходится, по разным оценкам, от 3 до 7% всех случаев вертиго. Вестибулярную пароксизмию диагностируют у 1,8-4% пациентов отделений лечения головокружения. Васкулиты относительно редко встречаются в общей популяции, однако вертиго может наблюдаться почти у 50% пациентов с этой патологией.

В целом автор заключает, что сосудистыми причинами вертиго могут быть мигрень, цереброваскулярные заболевания, особенно с вовлечением вертебробазиллярного бассейна, кардиоциркуляторные нарушения, нервно-сосудистая компрессия VIII пары черепно-мозговых нервов и васкулиты.

M. Karatas. Neurologist. 2011 Jan; 17(1): 1-10

Риск инсульта у пациентов, госпитализированных по поводу изолированного вертиго: результаты 4-летнего исследования

Это исследование было проведено с целью определения риска развития инсульта у пациентов с головокружением в течение 4-летнего периода наблюдения после госпитализации по поводу острого изолированного вертиго.

Изучаемая когорта включала всех пациентов, госпитализированных в 2004 году в клинику с основным диагнозом вертиго (n=3021), а больные, госпитализированные в этом же году для проведения аппендэктомии (n=3021), составили контрольную группу, которая косвенно отражает риск в общей популяции.

Инсульт за 4 года наблюдения развился у 243 пациентов, в том числе у 185 (6,1%) участников основной когорты и 58 (1,9%) контрольной группы. Если сравнить обе группы, то риск развития инсульта, скорректированный по таким показателям, как демографические характеристики, сопутствующие заболевания, географический регион, уровень урбанизации места проживания и социально-экономический статус, у лиц, госпитализированных по поводу вертиго, оказался в 3,01 раза выше по сравнению с контрольной группой (95% доверительный интервал 2,20-4,11; p<0,001). В группе вертиго у пациентов с наличием трех и более факторов риска вероятность развития инсульта была в 5,51 раза выше по сравнению с теми, у кого не было факторов риска (95% ДИ 3,10-9,79; p<0,001).

Проведенное исследование позволило сделать вывод о том, что пациенты с вертиго подвергаются более высокому риску развития инсульта, чем в общей популяции. Пациентам, госпитализированным по поводу изолированного вертиго, необходимо проводить всестороннее неврологическое обследование и тщательно выявлять факторы сосудистого риска, а затем регулярно наблюдать их в течение нескольких лет после выписки из больницы.

C.C. Lee et al. Stroke. 2011 Jan; 42(1): 48-52

Распространенность и медико-социальное значение мигренозного вертиго у женщин среднего возраста

В данное исследование было включено 1436 женщин в возрасте 40-54 лет, проживающих на одной территории. У 278 (19,4%) из них была диагностирована мигрень или вероятная мигрень на основании критериев Международной классификации головной боли. Диагноз мигренозного вертиго устанавливали с помощью критериев Neuhauser.

Из 278 женщин с мигренью было опрошено 238 (85,6%), жалобы 72 из них соответствовали критериям мигренозного вертиго. В целом его распространенность у женщин среднего возраста за 2010 год составила 5% (95% ДИ 4-6,3). У женщин с мигренозным

вертиго чаще отмечалась аура (23,6 vs 9,6%; ОР 2,9), тошнота (76,4 vs 55,8%; ОР 2,6) и фотофобия (61,1 vs 41,7%; ОР 2,2) по сравнению с теми, у кого была диагностирована мигрень без мигренозного вертиго. У женщин с мигренью и мигренозным вертиго или без него показатели по шкале Short-Form 36 (SF-36) были сопоставимы.

Таким образом, данное исследование показало, что мигренозное вертиго часто наблюдается у женщин среднего возраста. Качество жизни, обусловленное здоровьем, не отличается у женщин с мигренью и мигренозным вертиго или без него.

L.C. Hsu et al. Cephalalgia. 2011 Jan; 31(1): 77-83

Введение гентамицина во внутреннее ухо при болезни или синдроме Меньера: результаты обзора Кокрановского сотрудничества

Болезнь Меньера характеризуется тремя основными симптомами: вертиго, нарушение слуха и шум в ушах, которые могут также сопровождаться ощущением заложенности в ушах. Эти симптомы наблюдаются непостоянно и характеризуются переменной интенсивностью. Несмотря на их непостоянный характер, возникают указанные симптомы синхронно. Интратимпантическое введение гентамицина, являющегося ототоксичным аминогликозидом, – относительно новый деструктивный метод лечения вертиго при болезни Меньера. При его применении были получены обнадеживающие результаты. Цель данного обзора Кокрановского сотрудничества – оценка эффективности введения гентамицина во внутреннее ухо с целью лечения вертиго у пациентов с болезнью Меньера.

Поиск опубликованных и неопубликованных исследований по данной проблеме проводили в базах данных Cochrane Ear, Nose and Throat Disorders Group Trials Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), PubMed, EMBASE, CINAHL, Web of Science, BIOSIS Previews, Cambridge Scientific Abstracts, ISRCTN и дополнительных источниках. Последний поиск был осуществлен 30 июня 2010 года. В обзор включали рандомизированные и псевдорандомизированные контролируемые исследования, в которых интратимпантическое введение гентамицина сравнивали с плацебо или другими методами лечения болезни Меньера.

Было найдено два клинических испытания, соответствовавших критериям включения, с участием в общей сложности 50 пациентов. Оба были проспективными двойными слепыми плацебо-контролируемыми рандомизированными исследованиями, и в обоих было показано значительное уменьшение частоты и выраженности головокружения в группе гентамицина по сравнению с группой плацебо. В связи с клинической гетерогенностью исследований метаанализ выполнить не удалось.

Авторы сделали вывод, что на основании результатов двух включенных в обзор исследований интратимпантическое введение гентамицина представляется эффективным методом лечения вертиго при болезни Меньера, однако при его применении существует риск потери слуха.

B. Pullens, P.P. van Benthem. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Mar 16; 3: CD008234

Подготовила **Наталья Мищенко**