

Антоненко Л.М., Бестужева Н.В., Парфенов В.А.

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии и Клиника нервных болезней им. А.Я. Кожневникова
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», Москва, Россия
119021, Москва, ул. Россолимо, 11

Диагностика и лечение головокружения в амбулаторной практике

Цель исследования — изучение причин головокружения и неустойчивости у пациентов на амбулаторном специализированном приеме, анализ типичной врачебной тактики ведения этих пациентов и ее совершенствование.

Пациенты и методы. С 2009 по 2014 г. неврологами, специалистами по диагностике головокружения, обследовано 300 пациентов (122 мужчины и 178 женщин) в возрасте от 18 до 85 лет с жалобами на головокружение и неустойчивость. До обследования пациентам ставили диагнозы: дисциркуляторная энцефалопатия (46%), вертебробазилярная недостаточность (30%), шейный остеохондроз (12%), синдром вегетативной дистонии (7%).

Результаты и обсуждение. После обследования в качестве причины головокружения установлены: доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение — ДППГ (34%), постуральная фобическая неустойчивость (22%), множественная сенсорная недостаточность (15%), болезнь Меньера (7%), мигрень-ассоциированное головокружение (5%), вестибулярный нейронит (4%), острое нарушение мозгового кровообращения (4%), другие заболевания (9%). В соответствии с установленным диагнозом проведено адекватное лечение, позволившее в большинстве случаев полностью устранить или существенно уменьшить выраженность головокружения.

Представлены два клинических наблюдения (ДППГ и болезнь Меньера). В качестве лекарственных средств при вестибулярном головокружении наиболее часто использовали бетагистина дигидрохлорид (бетасерк, вестикап) в дозе 48 мг/сут. Представлены результаты сравнительного лечения (вестикап или бетасерк) вестибулярного головокружения у 62 пациентов.

Отмечен низкий уровень диагностики и эффективного лечения у пациентов с головокружением в амбулаторной практике. Показаны целесообразность специализированного обследования, эффективность и безопасность современных методов лечения, включая медикаментозную терапию бетагистина дигидрохлоридом (вестикап и бетасерк) и реабилитацию на стабильнографической платформе с биологической обратной связью при вестибулярном головокружении.

Ключевые слова: доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение; болезнь Меньера; вестибулярный нейронит; вестибулярная реабилитация; бетагистина дигидрохлорид; вестикап; бетасерк.

Контакты: Людмила Михайловна Антоненко; luda6917@yandex.ru

Для ссылки: Антоненко ЛМ, Бестужева НВ, Парфенов ВА. Диагностика и лечение головокружения в амбулаторной практике. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2015;(1):55–60.

Diagnosis and treatment of dizziness in outpatient practice

Antonenko L.M., Bestuzheva N.V., Parfenov V.A.

Department of Nervous System Diseases and Neurosurgery and A.Ya. Kozhevnikov Clinic of Nervous System Diseases,
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia
11, Rossolimo St., Moscow 119021

Objective: to study the causes of dizziness and instability in patients during an outpatient specialized appointment and to analyze and improve typical management tactics for these patients.

Patients and methods. In 2009 to 2014, neurologists, dizziness specialists, examined 300 patients (122 men and 178 women) aged 18 to 85 years, who complained of dizziness and instability. Prior to the examination, the patients had been diagnosed as having dyscirculatory encephalopathy (46%), vertebrobasilar insufficiency (30%), cervical osteochondrosis (12%), and vegetative dystonia (7%).

Results and discussion. The examination established the causes of dizziness: benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) (34%), phobic postural instability (22%), multiple sensory insufficiency (15%), Meniere's disease (7%), migraine-associated vertigo (5%), vestibular neuronitis (4%), acute cerebrovascular accident (4%), and other diseases (9%). In accordance with the established diagnosis, adequate treatment which could completely eliminate or substantially reduce the magnitude of dizziness in the majority of cases was performed.

The paper describes two clinical cases (BPPV and Meniere's disease). Betahistine dihydrochloride (vesticap, betaserk) were most commonly used in a dose of 48 mg/day to treat vestibular vertigo. It gives the results of comparative treatment (with vesticap or betaserk) for vestibular vertigo in 62 patients.

The authors note the low level of diagnosis and effective treatment in patients with dizziness in outpatient practice. They show the expediency of a specialized examination, the efficiency and safety of current treatments, including medication therapy with betahistine dihydrochloride (betaserk and vesticap) and rehabilitation on a stabiligraphic platform with biofeedback, for vestibular vertigo.

Key words: *benign paroxysmal positional vertigo; Meniere's disease; vestibular neuronitis; vestibular rehabilitation; betahistine dihydrochloride; vesticap; betaserk.*

Contact: *Lyudmila Mikhailovna Antonenko; luda6917@yandex.ru*

For reference: *Antonenko LM, Bestuzheva NV, Parfenov VA. Diagnosis and treatment of dizziness in outpatient practice. Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2015;(1):55–60.*

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2015-1-55-60>

Жалоба на головокружение — одна из наиболее частых после головной боли причин обращения к врачу амбулаторной практики [1]. Головокружение — это не нозологическая форма, а группа синдромов с различными проявлениями и разной этиологией [1, 2]. Причины головокружения могут быть разнообразными: заболевания кохлеовестибулярного аппарата, психогенные расстройства, острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), дегенеративные заболевания ЦНС.

Большинство причин головокружения, например доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), можно диагностировать на амбулаторном приеме, не прибегая к дополнительным методам обследования. В отдельных случаях могут потребоваться дополнительное вестибулярное обследование (калорическая проба, электрокохлеография), анализы крови, магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, но в большинстве случаев бывает достаточно грамотной клинической оценки имеющихся нарушений [3, 4].

Наиболее частые расстройства, вызывающие головокружение, такие как ДППГ, вестибулярный нейронит, болезнь Меньера, мигрень-ассоциированное головокружение, хорошо поддаются лечению современными средствами [5, 6]. Разработаны эффективные методы лечения и профилактики инсульта, который может проявляться центральным головокружением [7]. Своевременное выявление потенциально опасных причин головокружения — актуальная проблема, для решения которой необходимо использовать эффективные и надежные методы диагностики головокружения. Пациенты с головокружением нередко наблюдаются с ошибочными диагнозами и получают неправильное лечение. Консультация специалиста позволяет выявить истинные причины головокружения, назначить адекватное лечение и во многих случаях добиться полного регресса симптомов [7].

Цель исследования — изучение причин головокружения и неустойчивости у пациентов на амбулаторном специализированном приеме, анализ типичной врачебной тактики ведения этих пациентов и ее совершенствование.

Пациенты и методы. Настоящее исследование проводилось в течение 5 лет (с 2009 по 2014 г.) в Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Обследовано 300 пациентов (122 мужчины и 178 женщин) в возрасте от 18 до 85 лет с жалобами на головокружение и неустойчивость (табл. 1). Исследование включало оценку жалоб и анамнеза, неврологический

осмотр, вестибулярные пробы Хальмаги, Унтербергер, Дикса–Холлпайка, МакКлюра–Пагини, оценку устойчивости и ходьбы с использованием шкалы Тинетти, изучение выраженности тревоги и депрессии с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии, видеонистагмографию, стабилографию. По показаниям выполняли калорическую пробу, электрокохлеографию, МРТ головного мозга, компьютерную томографию височных костей, электронейромиографию. Анализировали диагнозы, с которыми пациенты наблюдались у врача поликлиники до обращения в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова.

В зависимости от установленного диагноза пациенты начали получать лечение в соответствии с имеющимися рекомендациями [4–6]. При вестибулярном головокружении использовали препараты бетастина дигидрохлорида — бетасерк или вестикап. В 2013–2014 гг. провели сравнение эффективности и безопасности этих препаратов в рамках пострегистрационного открытого рандомизированного сравнительного исследования в параллельных группах. В задачи исследования входила сравнительная оценка эффективности препаратов вестикап и бетасерк в отношении тяжести головокружения, их безопасности и переносимости, а также качества жизни пациентов с головокружением. В наблюдение включено 62 пациента в возрасте 18–55 лет с диагностированным периферическим вестибулярным головокружением, выраженностью 1 балл и выше по 5-балльной шкале выраженности головокружения. Пациенты не имели тяжелых соматических заболеваний, гиперчувствительности к бетастину или другим компонентам препарата и не принимали антигистаминных средств или ингибиторов моноаминоксидазы за месяц до начала исследования. Пациенты были рандомизированы (методом конвертов) в основную и контрольную группы в соотношении 1:1 для получения терапии тестируемым препаратом вестикап или препаратом сравнения бетасерк. Тяжесть головокружения оценивали по 5-балльной шкале выраженности головокружения [8]. Качество жизни пациентов определяли по шкале снижения качества жизни вследствие головокружения (DHI) [8]. Переносимость и безопасность препаратов оценивали по данным врачебных осмотров (артериальное давление — АД, частота сердечных сокращений — ЧСС, температура тела, частота дыхания) и лабораторным показателям (общий анализ крови и мочи). До начала терапии, а также на 30-й и 60-й день терапии всех пациентов подвергали физикальному, неврологическому обследованию. Лабораторное обследование, включавшее об-

Таблица 1. Распределение пациентов по полу и возрасту

Показатель	юный (18–24)	молодой (25–44)	Возраст (годы) средний (45–59)	пожилой (60–74)	старческий (75–89)
Число пациентов, м/ж	6/8	22/31	45/57	37/61	12/21
Всего	14	53	102	98	33

ший анализ крови и мочи, проводили до начала терапии и на 60-й день приема препаратов. Пациенты принимали вестикап и бетасерк внутрь, по 24 мг 2 раза в день (с интервалом 12 ч). Длительность терапии составляла 60 ± 4 дня. Предварительную оценку эффективности лечения осуществляли на 30-й день лечения, окончательную — на 60-й день.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием программы Statistica, версия 12.0. Для статистической обработки использовали методы математической статистики, включающие: расчет оценок числовых характеристик случайных величин (среднего значения, медианы, стандартного отклонения, доверительного интервала), методы проверки статистических гипотез, методы оценки связи.

Результаты и обсуждение. В табл. 2 представлены диагнозы, с которыми пациенты наблюдались в поликлинике по месту жительства и после обследования в Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова.

Из табл. 2 видно, что среди диагнозов, поставленных до обследования в клинике, преобладали вертебробазилярная недостаточность (30%) и ДЭ (48%). После проведения обследования самыми частыми диагнозами оказались ДППГ (34%) и фобическая постуральная неустойчивость (22%). Частота ДППГ как причины головокружения у пациентов выросла с 1% (4 больных) до обследования до 34% (103 больных) после амбулаторного обследования в Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова, включающего позиционные пробы Дикса—Холлпайка и МакКлюра—Пагнини.

Как показала оценка причин головокружения у пациентов, направленных на консультацию в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова, специализированное нейровестибулярное обследование может значительно повысить уровень диагностики заболеваний периферического и центрального отдела вестибулярного анализатора. Многие заболевания практически не диагностировались врачами поликлиник: мультисенсорная недостаточность, вестибулярный нейронит, мигрень-ассоциированное головокружение.

Представленные нами данные имеют большое практическое значение. У большинства больных с ДППГ благодаря проведению соответствующих лечебных маневров приступы головокружения прекратились, что согласуется с данными литературы о высокой эффективности терапии ДППГ [9, 10]. У пожилых пациентов с мультисенсорной недостаточностью после курса реабилитации, включая занятия на стабилотрафической платформе с биологической обратной связью, состояние улучшилось. У больных с вестибулярным нейронитом оказалось эффективным раннее назначение вестибулярной гимнастики, ускоряющей процесс вестибулярной компенсации. Ранняя диагностика мигрень-ассоциированного головокружения позволила подобрать эффективный курс терапии для купирования и профилак-

Таблица 2. *Диагноз до и после обследования у пациентов с жалобами на головокружение и неустойчивость*

Диагноз	До обследования	После обследования
Синдром вегетативной дистонии	21 (7)	0
Шейный остеохондроз	37 (12)	0
Вертебробазилярная недостаточность	90 (30)	0
ДЭ	142 (48)	0
ДППГ	4 (1)	103 (34)
Фобическая постуральная неустойчивость	0	64 (22)
Вестибулярный нейронит	0	12 (4)
Болезнь Меньера	6 (2)	19 (7)
Мигрень-ассоциированное головокружение	0	16 (5)
Множественная сенсорная недостаточность	0	46 (15)
ОНМК	0	12 (4)
Другие заболевания	0	28 (9)

Примечание. В скобках — показатели в процентах. ДЭ — дисциркуляторная энцефалопатия.

тики приступов головокружения, что подтверждается данными литературы о высокой эффективности профилактического лечения этого заболевания [6, 11].

Данные анамнеза и клиническая оценка функции вестибулярного анализатора с использованием несложных тестов имеют решающее значение для диагностики причин как периферического, так и центрального головокружения; часть таких пациентов нуждаются в срочном терапевтическом воздействии [5, 7]. Учитывая, что большинство амбулаторных пациентов с головокружением лечатся в поликлиниках, а, как показало проведенное исследование, уровень диагностики заболеваний вестибулярной системы очень низкий, необходимо повышать квалификацию врачей первичного звена. Важной составляющей исследования функции вестибулярной системы является оценка вестибулоокулярного рефлекса с помощью пробы Хальмаги [12] и проведение позиционных проб Дикса—Холлпайка и МакКлюра—Пагнини для диагностики ДППГ [13].

Длительность приступов головокружения может быть различной. Кратковременные приступы, от нескольких секунд до минут, характерны для ДППГ. Приступы длительностью до нескольких часов возникают при синдроме и болезни Меньера. Продолжительное головокружение в течение нескольких дней обычно наблюдается при вестибулярном нейроните [1, 14, 15].

При беседе с пациентом необходимо выяснить, какие факторы провоцируют головокружение. Например, головокружение, возникающее при повороте лежа в постели, наиболее характерно для ДППГ. Когда пациент указывает на определенную обстановку, провоцирующую головокружение и неустойчивость, например на улице, в метро, вероятно фобическое постуральное головокружение [1, 14–16].

Важное диагностическое значение имеют симптомы, которые сопутствуют приступу головокружения. Так, если приступ головокружения сопровождается возникновением

или нарастанием шума в ухе, снижением слуха на это ухо, это может быть признаком болезни Меньера [1]. Сочетание остро возникшего головокружения и одностороннего снижения слуха может быть проявлением острого нарушения кровообращения в артерии лабиринта [17, 18].

В качестве иллюстрации приводим два клинических наблюдения.

Пациентка М., 60 лет, обратилась с жалобами на головокружение с ощущением вращения окружающих предметов, которое впервые возникло около 2 мес назад ночью при повороте в постели. Приступ продолжался несколько секунд, сопровождался тошнотой, позывами на рвоту. Подобные эпизоды повторялись при попытке сесть в постели после сна, провоцировались поворотами, запрокидыванием головы. Присоединилась неустойчивость при ходьбе. В поликлинике по месту жительства данное состояние было расценено как проявление вертебробазилярной недостаточности. Назначен курс терапии мексидолом, кавинтоном, однако без эффекта. Состояние пациентки не улучшалось, присоединился страх падения. Пациентка перестала выходить из дома без сопровождения. Для уточнения диагноза направлена на консультацию в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова.

При обследовании установлено, что пациентка в сознании, адекватна, в месте и времени ориентирована правильно. Черепная иннервация без отклонения от нормы. Парезов, чувствительных, тазовых нарушений нет. Сухожильные рефлексы живые, симметричные. Динамические координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В простой пробе Ромберга выявляется легкая неустойчивость, в усложненной пробе Ромберга пациентка отклоняется вправо.

При нейровестибулярном исследовании не выявлялся спонтанный нистагм в положении сидя с открытыми глазами. Пробы с кружением (тряской) головы (head-shaking), Хальмаги, Унтербергера отрицательные. При стабильнографическом исследовании выявлено нарушение устойчивости, которое значительно нарастало в пробе с запрокидыванием и наклоном головы вправо. При пробе Дикса–Холлпайка вправо после латентного периода 9 с выявлялся позиционный вертикально-ротаторный нистагм длительностью 20 с, сочетавшийся с ощущением вращательного головокружения, что позволило установить ДППГ, отолитиаз правого заднего полукружного канала.

С целью терапии ДППГ проведен лечебный маневр Эпли, который рекомендуется для терапии отолитиаза заднего полукружного канала [2, 13, 17]. Для ускорения вестибулярной компенсации проведены 5 сеансов реабилитации на стабильнографической платформе с биологической обратной связью, рекомендован бетагистина дигидрохлорид (вестикан) в дозе 48 мг/сут. В течение недели после проведения лечебного маневра пациентка отметила полный регресс головокружения. После реабилитации ощущение неустойчивости полностью исчезло.

Наблюдение пациентки в динамике в течение 1 года показало стойкую ремиссию ДППГ. Пациентка вернулась к обычному образу жизни. Эпизоды вестибулярного головокружения не возникали.

Данное наблюдение демонстрирует основные клинические характеристики ДППГ. Это одно из тех заболеваний, при котором жалобы настолько характерны, что диагноз можно поставить уже после сбора анамнеза, при этом часто сам пациент указывает даже на сторону поражения. Диагноз ДППГ подтверждает возникновение типичного эпизода головокружения с периферическим позиционным нистагмом

при проведении провокационных проб. Проба Дикса–Холлпайка используется для диагностики отолитиаза заднего полукружного канала, проба МакКлюра–Пагини – для выявления поражения горизонтального полукружного канала [1, 15, 19–21]. Наиболее эффективны при ДППГ лечебные маневры, которые выполняются врачом; проведение позиционных маневров Семонта и Эпли в 90% случаев позволяет добиться улучшения в течение недели [1, 15, 21, 22]. Медикаментозная терапия ДППГ используется для ускорения восстановления вестибулярной функции. Рекомендуются бетагистина дигидрохлорид, который уменьшает ощущение головокружения, улучшает кровоток во внутреннем ухе, предупреждает рецидивы заболевания; препарат назначают в дозе 48 мг/сут в течение 1–2 мес [15, 23, 24].

Пациентка П., 35 лет, обратилась с жалобами на головокружение с ощущением вращения окружающих предметов, которое впервые возникло около 2 лет назад днем. Перед приступом головокружения пациентка ощутила неприятное чувство тяжести и заложенности, нарастающий шум в правом ухе. Приступ продолжался несколько часов, сопровождался тошнотой, многократной рвотой. Подобные эпизоды головокружения стали повторяться 1–2 раза в месяц, после каждого приступа головокружения снижался слух на правое ухо. В период головокружения пациентка испытывала выраженную неустойчивость при ходьбе. При обращении в поликлинику по месту жительства данное состояние было расценено как проявление вертебробазилярной недостаточности и назначен курс терапии мексидолом, актовегином, цераксоном, но приступы продолжались. Пациентка была вынуждена оставить работу, так как боялась повторения приступов головокружения, перестала ездить на отдых с семьей, качество жизни резко ухудшилось. Для уточнения диагноза направлена на консультацию в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова.

При обследовании установлено, что пациентка в сознании, адекватна, в месте и времени ориентирована правильно. Черепная иннервация без отклонения от нормы. Сухожильные рефлексы живые, симметричные. Парезов, чувствительных, координаторных, тазовых нарушений нет.

При нейровестибулярном исследовании спонтанный нистагм в положении сидя с открытыми глазами не выявлялся. Проба с кружением (тряской) головы (head-shaking) отрицательная. Пробы Дикса–Холлпайка, МакКлюра–Пагини отрицательные. Проба Хальмаги положительная справа, проба Унтербергера положительная вправо, что указывало на признаки гипофункции правого лабиринта.

Наличие приступов вращательного головокружения в течение 2 лет с частотой 1–2 раза в месяц, длительностью до нескольких часов, сопровождавшихся тошнотой, рвотой, нарастающим шумом и неприятными ощущениями заложенности, наполнения или давления в ухе, а также прогрессирующего снижения слуха на правое ухо позволило предположить у пациентки болезнь Меньера. Диагноз подтвержден при электрокохлеографии, выявившей признаки гипоплазии правого лабиринта.

Назначена бессолевая диета (ограничение соли до 1–1,5 г в сутки). Курсовой прием диуретиков и бетагистина дигидрохлорида (бетасерк) в дозе 48 мг/сут в течение 2 мес. Проведен курс вестибулярной реабилитации, включая занятия на стабильнографической платформе с биологической обратной связью. На фоне лечения достигнута стойкая клиническая ремиссия.

При последующем наблюдении пациентки в течение 2 лет приступов головокружения, прогрессирования тугоухости

сти не отмечалось. Пациентка вернулась к работе, занимается горнолыжным спортом.

Данный пример демонстрирует эффективность правильной диагностики и адекватной терапии даже при болезни Меньера, которая в части случаев значительно ухудшает качество жизни и приводит к инвалидности. Бетагистина дигидрохлорид — основное лекарственное средство для лечения болезни Меньера [23, 24]. Лечение бетагистином приводит к уменьшению числа приступов вестибулярного головокружения, что обусловлено увеличением тока крови во внутреннем ухе, снижением повышенного эндолимфатического давления, восстановлением баланса между продукцией и обратным всасыванием эндолимфы в лабиринте [15, 23–28]. Стандартная доза бетагистина дигидрохлорида составляет 48 мг/сут. В настоящее время имеются данные о высокой эффективности и безопасности применения больших доз этого препарата (144–480 мг/сут) при частых приступах головокружения у пациентов с болезнью Меньера, у которых неэффективны стандартные дозы [26, 29].

В течение последних 2 лет нами было проведено сравнительное изучение препаратов бетагистина — бетасерка и вестикапа — у 62 пациентов с вестибулярным головокружением, результаты которого опубликованы ранее [23]. Группа пациентов, принимавших вестикап, включала 21 (68%) женщину и 10 (32%) мужчин. Группа пациентов, принимавших бетасерк, состояла из 24 (77%) женщин и 7 (23%) мужчин. Средний возраст пациентов, принимавших вестикап, — $45 \pm 2,7$ года, принимавших бетасерк, — $49 \pm 2,6$ года. Достоверных различий в сравниваемых группах пациентов, принимавших вестикап или бетасерк, по половому и возрастному составу не выявлено ($p > 0,05$).

В группе пациентов, получавших вестикап, диагностированы ДППГ (87%), болезнь Меньера (7%), вестибулярный нейронит (3%), двусторонняя вестибулопатия (3%). В группе пациентов, принимавших бетасерк, диагностированы ДППГ (68%), болезнь Меньера (13%), вестибулярный нейронит (10%), вторичный гидропс лабиринта (6%), двусторонняя вестибулопатия (3%).

На фоне лечения наблюдалось значительное снижение выраженности головокружения в группах пациентов, принимавших вестикап или бетасерк. Снижение среднего балла по 5-балльной шкале выраженности головокружения за 2 мес лечения в группе принимавших вестикап составило 2,23 балла, в группе принимавших бетасерк — 2,32 балла. Это указывает на высокую эффективность лечения препаратами вестикап и бетасерк в течение 60 дней. В обеих группах пациентов уменьшение степени тяжести головокружения за 2 мес лечения носило достоверный характер ($p < 0,05$).

Показатели шкалы ДНН в группах пациентов, получавших вестикап или бетасерк, представлены в табл. 3.

Из табл. 3 видно, что средние значения по шкале ДНН через 30 (2-й визит) и 60 (3-й визит) дней лечения и вестикапом, и бетасерком уменьшились и значимо различались. Это свидетельствует о выраженном эффекте лечения на 30-й и 60-й день приема обоих препаратов. Выявлены достовер-

Таблица 3. Средние значения по шкале ДНН при 1–3-м визитах в группах пациентов, получавших вестикап или бетасерк

Визит	Среднее значение по шкале ДНН, баллы	
	принимавшие вестикап	принимавшие бетасерк
1-й	62,90 \pm 7,19	71,80 \pm 6,61
2-й	34,71 \pm 6,32	38,19 \pm 6,14
3-й	15,68 \pm 5,18	17,03 \pm 4,48

ные различия ($p < 0,05$) по шкале ДНН при 1-м и 3-м визите в группах пациентов, получавших вестикап или бетасерк, что указывает на достоверное улучшение качества жизни на 60-й день терапии обоими препаратами.

За время наблюдения не выявлено изменений показателей жизненно важных функций (АД, ЧСС, температура тела, частота дыхания), лабораторных анализов (общий анализ крови и мочи) ни у одного из 62 пациентов. Нежелательные явления (НЯ) зарегистрированы у 3 пациентов: у 2 (6%) принимавших вестикап и 1 (3%) принимавшего бетасерк. Различия между группами статистически недостоверны ($p > 0,05$). Данные НЯ относились к разряду легких и не послужили причиной исключения пациентов из исследования. НЯ проявлялись в виде тошноты после приема вестикапа или бетасерка. Пациентам были даны рекомендации по соблюдению режима питания и приему препаратов после еды. Во всех случаях НЯ регрессировали и не потребовали отмены препарата. Зарегистрированные НЯ типичны для препаратов бетагистина и описаны в инструкциях по применению вестикапа и бетасерка [24, 26, 30]. В данном исследовании отмечены терапевтическая эффективность и безопасность вестикапа при сопоставлении его с оригинальным препаратом бетасерк.

Таким образом, проведенные исследования показали низкий уровень диагностики причин головокружения в амбулаторной практике, большинству пациентов ошибочно ставят диагнозы: ДЭ, вертебробазиллярная недостаточность, шейный остеохондроз, вегетативная дистония. Соблюдение протокола исследования вестибулярной системы с использованием клинических проб Хальмаги, Унтербергера, Дикса–Холлпайка, МакКлюра–Пагнини у пациентов с жалобами на головокружение позволяет правильно диагностировать вестибулярные расстройства на специализированном амбулаторном приеме. Как показали результаты нашего исследования, причиной головокружения наиболее часто являются: ДППГ, постуральная фобическая неустойчивость, множественная сенсорная недостаточность, болезнь Меньера, мигрень-ассоциированное головокружение, вестибулярный нейронит. Своевременная диагностика причин головокружения позволяет добиться полного регресса симптомов вестибулярных расстройств у большинства пациентов благодаря использованию современных подходов к лечению и реабилитации. Среди методов лекарственной терапии вестибулярного головокружения отмечается высокая эффективность и безопасность бетагистина дигидрохлорида (вестикап, бетасерк).

ЛИТЕРАТУРА

1. Brandt T, Dieterich M. Vertigo and dizziness: common complains. London: Springer; 2004. 208 p.
2. Brandt T. Vertigo. Its Multisensory Syndromes. London: Springer; 2000. 504 p.
3. Craghero F, Casselman JW, Safronova MM, et al. Sudden onset vertigo: imaging work-up. *J Radiol.* 2011 Nov;92(11):972–86. doi: 10.1016/j.jradio.2011.09.001. Epub 2011 Oct 20.

4. Jahn K, Dieterich M. Recent advances in the diagnosis and treatment of balance disorders. *J Neurol*. 2011 Dec;258(12):2305–8. doi: 10.1007/s00415-011-6286-4. Epub 2011 Oct 27.
5. Strupp M, Brandt T. Current treatment of vestibular, ocular motor disorders and nystagmus. *Ther Adv Neurol Disord*. 2009 Jul;2(4):223–39. doi: 10.1177/1756285609103120.
6. Strupp M, Thurtell MJ, Shaikh AG, et al. Pharmacotherapy of vestibular and ocular motor disorders, including nystagmus. *J Neurol*. 2011 Jul;258(7):1207–22. doi: 10.1007/s00415-011-5999-8. Epub 2011 Apr 2.
7. Kanashiro AM, Pereira CB, Melo AC, Scaff M. Diagnosis and treatment of the most frequent vestibular syndromes. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005 Mar;63(1):140–4. Epub 2005 Apr 13.
8. Morris AE, Lutman ME, Yardley L. Measuring outcome from vestibular rehabilitation, part II: refinement and validation of a new self-report measure. *Int J Audiol*. 2009 Jan;48(1):24–37. doi: 10.1080/14992020802314905.
9. Alvarenga GA, Barbosa MA, Porto CC. Benign paroxysmal positional vertigo without nystagmus: diagnosis and treatment. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2011 Nov–Dec;77(6):799–804.
10. Do YK, Kim J, Park CY, et al. The effect of early canalith repositioning on benign paroxysmal positional vertigo on recurrence. *Clin Exp Otorhinolaryngol*. 2011 Sep;4(3):113–7. doi: 10.3342/ceo.2011.4.3.113. Epub 2011 Sep 6.
11. Lempert T, Neuhauser H, Daroff RB. Vertigo as a symptom of migraine. *Ann N Y Acad Sci*. 2009 May;1164:242–51. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.03852.x.
12. Halmagyi GM, Curthoys IS. A clinical sign of canal paresis. *Arch Neurol*. 1988 Jul;45(7):737–9.
13. Fife TD. Benign paroxysmal positional vertigo. *Semin Neurol*. 2009 Nov;29(5):500–8. doi: 10.1055/s-0029-1241041. Epub 2009 Oct 15.
14. Парфенов ВА, Замерград МВ. Головокружение в неврологической практике. Неврологический журнал. 2005;(1):4–11. [Parfenov VA, Zamergrad MV. Vertigo in neurological practice. *Nevrologicheskii zhurnal*. 2005;(1):4–11. (In Russ.)].
15. Парфенов ВА, Замерград МВ, Мельников ОА. Головокружение диагностика, лечение, распространенные диагностические ошибки. Учебное пособие. Москва: Медицинское информационное агентство; 2011. 190 с. [Parfenov VA, Zamergrad MV, Mel'nikov OA. *Golovokruzhenie diagnostika, lechenie, rasprostranennye diagnosticheskie oshibki. Uchebnoe posobie*. [Vertigo diagnosis, treatment, common diagnostic errors. The tutorial]. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo; 2011. 190 p.].
16. Bronstein AM, Gresty MA, Luxon LM. Phobic postural vertigo. *Neurology*. 1997 Nov;49(5):1480–1.
17. Замерград МВ. Головокружение: роль сосудистых факторов. Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. 2013;4(45):4–5. [Zamergrad MV. Vertigo: the role of vascular factors. Effective pharmacotherapy. *Nevrologiya i psikhiiatriya*. 2013;4(45):4–5. (In Russ.)].
18. Парфенов ВА, Абдулина ОВ, Замерград МВ. Периферическая вестибулопатия под маской инсульта. Неврологический журнал. 2005;(6):28–32. [Parfenov VA, Abdulina OV, Zamergrad MV. Peripheral vestibulopathy under the mask of stroke. *Nevrologicheskii zhurnal*. 2005;(6):28–32. (In Russ.)].
19. Замерград МВ, Антоненко ЛМ. Посттравматическое головокружение. Неврологический журнал. 2012;(2):4–10 [Zamergrad MV, Antonenko LM. Post-traumatic vertigo. *Nevrologicheskii zhurnal*. 2012;(2):4–10. (In Russ.)].
20. Brandt T, Huppert I, Hecht J, et al. Benign paroxysmal positioning vertigo: a long-term follow-up (6–17 years) of 125 patients. *Acta Otolaryngol*. 2006 Feb;126(2):160–3.
21. Redon C, Lopez C, Bernard-Demanze L, et al. Betahistine treatment improves the recovery of static symptoms in patients with unilateral vestibular loss. *J Clin Pharmacol*. 2011 Apr;51(4):538–48. doi: 10.1177/0091270010369241. Epub 2010 Oct 12.
22. Brandt T, Huppert T, Hufner K, et al. Long-term course and relapses of vestibular and balance disorders. *Restor Neurol Neurosci*. 2010;28(1):69–82. doi: 10.3233/RNN-2010-0504.
23. Антоненко ЛМ, Бестужева НВ, Парфенов ВА. Применение препаратов бетагистина при головокружении. Медицинский совет. 2014;(18):34–40. [Antonenko LM, Bestuzheva NV, Parfenov VA. The use of betahistine in vertigo. *Meditsinskii sovet*. 2014;(18):34–40. (In Russ.)].
24. Lacour M, Sterkers O. Histamine and betahistine in the treatment of vertigo. Elucidation of mechanisms of action. *CNS Drugs*. 2001;15(11):853–70.
25. Gates GA. Meniere's disease review 2005. *J Am Acad Audiol*. 2006 Jan;17(1):16–26.
26. Lezius F, Adrien C, Mansmann U, et al. High-dosage betahistine dihydrochloride between 288 and 480 mg/day in patients with severe Meniere's disease: a case series. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2011 Aug;268(8):1237–40. doi: 10.1007/s00405-011-1647-2. Epub 2011 May 29.
27. Minor LB, Schessel DA, Carey JP. Meniere's disease. *Curr Opin Neurol*. 2004 Feb;17(1):9–16.
28. Замерград МВ, Мельников ОА. Болезнь Меньера. Неврологический журнал. 2011;(1):5–8. [Zamergrad MV, Mel'nikov OA. Meniere's disease. *Nevrologicheskii zhurnal*. 2011;(1):5–8. (In Russ.)].
29. Strupp M, Hupert D, Frenzel C, et al. Long-term prophylactic treatment of attacks of vertigo in Meniere's disease comparison of a high with a low dosage of betahistine in an open trial. *Acta Otolaryngol*. 2008 May;128(5):520–4. doi: 10.1080/00016480701724912.
30. Oosterveld WJ. Betahistine dihydrochloride in the treatment of vertigo of peripheral vestibular origin. A double-blind placebo-controlled study. *J Laryngol Otol*. 1984 Jan;98(1):37–41.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.