

УДК 616.281-008.55-08  
DOI: 10.36979/1694-500X-2022-22-1-19-22

## **ПРИМЕНЕНИЕ БЕТАГИСТИНА ПРИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА**

*А.А. Байбориева, Н.Б. Шабданбаева, М.Т. Исмаилова, А.Б. Субанбекова*

Болезнь Меньера занимает второе место среди периферических причин кохлеовестибулярных нарушений, которые приводят к значительному снижению качества жизни больных, вплоть до их полной недееспособности. 50 % пациентов с головокружениями страдают также и некоторыми психологическими проблемами. Цель исследования – определить эффективность бетагистина в комплексном лечении у больных с болезнью Меньера. Под нашим наблюдением с 1990 по 2018 г. в отделении оториноларингологии Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики находилось 36 больных с болезнью Меньера, которые наряду с традиционными методами лечения получали бетагистин (бетасерк) по 16 мг 2–3 раза в сутки в течение 3 месяцев. Согласно результатам оценивания функциональных и физических аспектов повседневной активности и суммарных баллов по опроснику DHI при приеме бетагистина показано существенное снижение всех показателей на 65 % и количества ежемесячных приступов с 6 до 2. Применение бетагистина существенно улучшает физическое, функциональное и эмоциональное состояния пациентов.

*Ключевые слова:* кохлеовестибулярные нарушения; головокружение; бетагистин; вестибулярные ядра и лабиринт.

---

## **МЕНЬЕР ООРУСУНДА БЕТАГИСТИНДИ КОЛДОНУУ**

*А.А. Байбориева, Н.Б. Шабданбаева, М.Т. Исмаилова, А.Б. Субанбекова*

Меньер оорусу кохлеовестибулярдык бузулуулардын перифериялык себептеринин арасында экинчи орунду ээлейт, бул дарт оорулуулардын жашоо сапатынын толук жөндөмсүздүккө чейин олуттуу төмөндөшүнө алып келет. Бейтаптардын 50% баш айлануу жана айрым психологиялык көйгөйлөр менен жабыркайт. Изилдөөнүн максаты Меньер оорусу менен ооруган бейтаптарды комплекстүү дарылоодо бетагистиндин натыйжалуулугун аныктоо болгон. Биздин көзөмөлүбүздө 1990-жылдан 2018-жылга чейин КР Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Улуттук госпиталынын оториноларингология бөлүмүндө Меньер оорусу менен 36 бейтап дарыланып, дарылоонун салттуу ыкмалары менен катар 3 ай бою күнүнө 2-3 жолу 16 мг бетагистин (бетазерк) кабыл алышкан. Күнүмдүк активдүүлүктүн функционалдык жана физикалык өңүттөрүн жана DHI сурамжылоосу боюнча жалпы упайларды баалоонун жыйынтыгына ылайык, бетагистинди кабыл алууда бардык көрсөткүчтөрдүн 65%га олуттуу төмөндөшү жана бир айдагы приступдардын санынын бдан 2ге чейинки төмөндөшү көрсөтүлгөн. Бетагистинди колдонуу бейтаптардын физикалык, функционалдык жана эмоционалдык абалын бир топ жакшыртат.

*Түйүндүү сөздөр:* кохлеовестибулярдык бузулуулар; баш айлануу; бетагистин; вестибулярдык ядролор жана лабиринт.

---

## **THE USE OF BETAHISTINE IN MENIERE'S DISEASE**

*A.A. Bayborieva, N.B. Shabdanbaeva, M.T. Ismailova, A.B. Subanbekova*

Meniere's disease ranks second among the peripheral causes of cochleovestibular disorders, which lead to a significant decrease in the quality of life of patients, up to their complete incapacity. 50% of patients with vertigo also suffer from some psychological problems. The aim of the study was to determine the effectiveness of betahistine in complex treatment in patients with Meniere's disease. Under our supervision from 1990 to 2018 in the Department of Otorhinolaryngology of the National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic there were 36 patients with BM who, along with traditional methods of treatment, received betahistine (betaserk) 16 mg 2–3 times a day for 3 months. According to the results of the evaluation of the functional and physical aspects of daily activity and the total scores on the DHI questionnaire, when taking betahistine, a significant decrease in all indicators by 65 % and

the number of monthly seizures from 6 to 2 was shown. The use of betahistine significantly improves the physical, functional and emotional state of patients.

*Keywords:* cochleovestibular disorders; dizziness; betahistine; vestibular nuclei and labyrinth.

**Введение.** Второе место по частоте встречаемости среди периферических причин вертиго занимает болезнь Меньера (БМ), уступая только доброкачественному пароксизмальному головокружению [1]. Частота встречаемости БМ составляет 9,5 % пациентов, поступивших на стационарное лечение по поводу кохлеовестибулярных нарушений [2, 3].

Почти 150 лет назад Проспер Меньер выдвинул гипотезу, что головокружения могут быть связаны с патологией внутреннего уха, а не мозга, как об этом думали до него. Несмотря на то, что прошло уже много лет, до сих пор проводятся многочисленные исследования, направленные на изучение этиопатогенетических механизмов развития заболевания.

БМ – идиопатическое заболевание внутреннего уха, характеризующееся периодическими приступами системного головокружения, шумом в ушах и развитием сенсоневральной тугоухости. Основной гипотезой развития БМ является теория эндолимфатического гидропса, или водянки лабиринта. Спровоцировать начало приступа заболевания могут стресс, переутомление, инфекция, аллергия и аутоиммунная патология, а иногда он может возникнуть и без видимой причины.

В настоящее время известны несколько теорий, объясняющих каким образом гидропс вызывает развитие спонтанных приступов вертиго. По одной из них, повышенная секреция эндолимфы в перепончатом лабиринте приводит к перерастяжению рейснеровой мембраны, в последней появляются микроразрывы и в результате этого эндолимфа, богатая ионами калия, попадает в перилимфу. По другой – открытие потенциалзависимых неселективных катионных каналов приводит к повышению концентрации калия в перилимфе в ответ на повышенное давление в лабиринте. Ионы калия, попавшие в перилимфу, достигают базальных отделов нейроволосковых клеток и нервных окончаний слуховой и вестибулярной порций кохлеовестибулярного нерва, вызывая процессы деполяризации и раздражения, сменяющиеся последующим

угнетением нервной импульсации, что объясняет изменение направления нистагма во время и после приступа [4, 5].

При БМ появляются чувство неустойчивости при ходьбе и смене положения тела, особенно при переходе из горизонтального положения в вертикальное, резких поворотах, боязнь падения, которое иногда может привести к развитию агорафобии (боязни пространства). Особенно это ярко проявляется в пожилом возрасте, когда вестибулярные нарушения увеличивают риск падений, усиливают психологические и когнитивные нарушения, что приводит к значительному ухудшению качества жизни пациентов, вплоть до стойкой утраты трудоспособности, делая их зависимыми от посторонней помощи [6].

Головокружения при БМ значительно ухудшают качество жизни таких пациентов, ограничивая их привычный образ жизни и профессиональные возможности. Поэтому вестибулярные нарушения очень часто сопровождаются психологическими расстройствами. В современной литературе за последние годы появились публикации, где достоверно доказана коморбидность головокружения и тревоги. 50 % пациентов с головокружениями страдают также и некоторыми психологическими проблемами.

В свою очередь, психические факторы могут усугублять головокружения и затягивать период выздоровления пациентов, страдающих нарушениями равновесия. Исследования по качеству жизни лиц с головокружениями показало, что значительное их количество (особенно женщины) страдают тревожно-депрессивным синдромом. Страх возникновения приступа головокружения напрямую связан у больных с ощущением собственной безопасности.

Основной целью лечения БМ является купирование симптомов заболевания, снижение функциональной нетрудоспособности и улучшение качества жизни пациентов [7].

Бетагистин широко применяют в комплексном лечении периферических вестибулопатий, в том числе и при БМ. При приеме бетагистина быстрее наступает процесс центральной

вестибулярной компенсации в ответ на острый приступ головокружения у человека, вследствие развития так называемого явления «мозжечковый зажим». Механизм действия бетагистина, по данным некоторых исследователей, связан с улучшением микроциркуляции в бассейне внутренней слуховой артерии и усилением высвобождения гистина в мозге и периферических рецепторах лабиринта.

Бетагистин увеличивает обмен гистамином и его высвобождение путем блокирования пресинаптических НЗ-рецепторов. Гистамин действует на прекапиллярные сфинктеры, вызывая вазодилатацию сосудов, повышает их проницаемость и таким образом устраняет гидропс лабиринта. Из вышеизложенного следует, что пероральный прием бетагистина приводит к снижению частоты и степени интенсивности приступов системного головокружения. Достоверно доказана его лучшая в сравнении с плацебо эффективность в купировании вестибулярных нарушений [8, 9].

**Цель исследования** – определить эффективность бетагистина в комплексном лечении у пациентов с БМ.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 36 пациентов с БМ, находившихся в отделении оториноларингологии Национального госпиталя МЗ КР с 1990 по 2018 г.

Всем пациентам были проведены следующие методы исследования: общий анализ крови и мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ, проба Ромберга, калорическая проба, неврологическое обследование, тональная аудиометрия, электрокохлеография, дегидротационные тесты и опросник DHI.

Все пациенты наряду с традиционными методами лечения БМ получали бетагистин (бета-серк) по 16 мг 2–3 раза в сутки, в зависимости от частоты и продолжительности приступов, в течение 3–6 месяцев.

Все пациенты были опрошены с помощью шкалы оценки головокружения Dizziness Handicap Inventory (DHI) для оценки выраженности и длительности головокружения по 100-балльной системе. Шкала DHI состоит из 25 вопросов с тремя вариантами ответов: «да» оценивается в 4 балла,

«иногда» – 2 и «нет» – 0 баллов. Так, сумма баллов от 0 до 30 свидетельствует о легкой степени головокружения, от 30 до 60 – об умеренной и свыше 60 – о выраженном головокружении. Статистическая обработка материала проводилась с использованием программ Excel и Statistica 6.

**Результаты.** Среди обследованных лиц было выявлено женщин – 25 (69,4 %) и мужчин 11 (30,6 %) в возрасте от 38–67 лет.

Тестирование с помощью опросника DHI показало различия по степени выраженности головокружения: у 58 % пациентов была выявлена тяжелая степень головокружения, у 28 % – средняя и 14 % – легкая. Легкая степень головокружения выявлена у 45 % опрошенных мужчин, а тяжелая степень у 55 % опрошенных женщин ( $p < 0,05$ ). Пациенты с тяжелым головокружением имели функциональные нарушения, которые значительно ограничивали повседневную активность. Физические нарушения больше преобладали у пациентов со средней и легкой степенью головокружения ( $p < 0,05$ ). БМ выявлена у 88 % пациентов в возрасте от 45 до 60 лет, у которых были выявлены функциональные нарушения (55 %), значительно снижающие их жизненную активность и социальную адаптацию в обществе.

Исходная оценка по шкале DHI у пациентов с БМ выявила существенное снижение функциональных, физических и эмоциональных показателей на 65 % и составила  $68,1 \pm 2,4$  балла, а на 10-й день приема бетагистина –  $31,7 \pm 1,4$  балла, к 20 суткам –  $16,8 \pm 1,2$  и оставался таковым на протяжении 6–8 недель терапии ( $p < 0,02$ ). После проведенного курса лечения уменьшилось количество ежемесячных приступов в день с 6 до 2, а также степени интенсивности и продолжительности головокружения.

#### **Вывод**

Применение бетагистина в комплексном лечении пациентов с БМ не только способствовало уменьшению частоты приступов головокружения, снижению их интенсивности и продолжительности, но и достоверно улучшало качество жизни пациентов, а также их физическое и эмоциональное состояние. Бетагистин, являясь высокоэффективным препаратом, позволяет достичь

полной вестибулярной компенсации у пациентов с БМ. Препарат нормализует как вестибулярные нарушения, так и кохлеарные расстройства, купирует шум и звон в ушах, препятствует прогрессированию нейросенсорной тугоухости.

**Литература**

1. Дайхес Н.А. Головокружение (периферическое): клинические рекомендации / Н.А. Дайхес. М., 2016. 26 с.
2. Bosner S., Schwarm S., Grevenrath P. Prevalence, aetiologies and prognosis of the symptom dizziness in primary care – a systematic review // *BNC Fam Pract.* 2018. Vol. 19 (1). P. 33.
3. Зайцева О.В. Болезнь Меньера: клинико-диагностические критерии, лечебная тактика / О.В. Зайцева // *Лечащий врач.* 2013. № 9. С. 10–14.
4. Парфенов В.А. Лечение и реабилитация основных заболеваний, проявляющихся вестибулярным головокружением / В.А. Парфенов, Л.М. Антоненко // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2015. № 7 (2). С. 56–60.
5. Парфенов В.А. Головокружение: диагностика, лечение, распространенные диагностические ошибки: учебное пособие / В.А. Парфенов, М.В. Замерград, О.А. Мельников. М.: МИА, 2011. 190 с.
6. Алимбекова Л.Р. Специфика вербализации головокружения: проблемы и методы диагностики в клинической практике / Л.Р. Алимбекова, Р.Г. Есин // *Научное наследие В.А. Богородницкого и современный вектор исследований казанской лингвистической школы.* Казань, 2018. Т. 2. С. 24–27.
7. Борнштейн А. Головокружение: практический подход к диагностике и лечению / А. Борнштейн, Т. Лемперт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. С. 138.
8. Крюков А.И. Клинические аспекты болезни Меньера / А.И. Крюков, О.К. Федорова, Р.Г. Антонян, А.С. Шермет. М.: Медицина, 2006. 348 с.
9. Образование жидких сред внутреннего уха в норме и патологии: к обоснованию патогенеза и лечения заболеваний преддверно-улиткового органа (Часть II) / Г.А. Фейгин // *Вестник КРСУ.* 2018. Т. 18. № 6. С. 96–101. URL: <http://vestnik.krsu.edu.kg/archive/6/14> (дата обращения: 01.04.2021).