

*И.А. БЕЛЯКОВА, В.И. ЛУЦЕНКО, С.П. ЧАЙКА*

## **ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА «ВЕРТИНЕКС®» ПРИ СИМПТОМАТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ (ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ I-III СТЕПЕНИ И БОЛЕЗНЬ МЕНЬЕРА)**

*ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Колумийченко НАМН Украины»  
(дир. – акад. НАМН Украины, проф. Д.И. Заболотный)*

Диагностика, лечение и реабилитация больных с вестибулярной дисфункцией остаются актуальной медико-социальной проблемой в современной оториноларингологии, неврологии [1, 2, 4, 9, 11, 13]. В последние годы увеличилось количество пациентов с жалобами на головокружение, неустойчивость при ходьбе, с возможным развитием временной или постоянной нетрудоспособности, изменением профессии. Сложность этой проблемы состоит в том, что вестибулярные нарушения возникают как при заболевании уха (периферический отдел вестибулярного анализатора), так и при патологии различных органов и систем (центральный отдел вестибулярного анализатора). Анализ данных литературы и собственные наблюдения свидетельствуют о том, что около 4 % всех сурдологических больных имеют нарушение вестибулярной функции [7, 8].

Предложено много схем лечения пациентов с вестибулярными нарушениями, которые включают сосудистые препараты, диуретики, антикоагулянты, глюкокортикостероиды, витамины и прочее [6, 10, 12]. Поэтому, выбор наиболее оптимальных и результативных методов терапии при вестибулярной дисфункции является основной задачей для практических врачей.

Исходя из вышеизложенного, изучение новых препаратов для лечения больных с вестибулярными нарушениями является особенно актуальным и своевременным на сегодняшний день.

«Вертинекс®» (прохлорперазина малеат, таблетки по 5 мг) производства «Кусум

Хелтхкер ПБТ. ЛТД» (Индия) применяется при симптоматическом лечении пациентов с головокружением (вестибулярная дисфункция I-III степени). Вертинекс – новый препарат в Украине, он обладает комплексным вестибулолитическим, противорвотным, противомигреновым действием, что в итоге способствует устранению не только головокружения, но и вегетативных проявлений (тошнота, рвота, головная боль, гиперсаливация, брадикардия). Данный препарат показан для симптоматического лечения больных с вестибулярным головокружением (периферическим и центральным), в том числе с головокружением, сопровождающимся вегетативными расстройствами.

**Фармакокинетика.** После приема внутрь «Вертинекс®» быстро всасывается в желудочно-кишечном тракте, но поддается значительному пресистемному метаболизму в стенках кишечника. Он также активно метаболизируется в печени и полностью выводится из организма с мочой и желчью.

**Показания к применению.** Препарат показан при вестибулярных нарушениях с головокружением, шумом в ушах, тошнотой, рвотой, снижением слуха, гидропсом лабиринта внутреннего уха, включая мигрень, а также может применяться как дополнительное лечебное средство для кратковременного воздействия при тревожных состояниях.

**Способ применения и дозы.** Вертинекс назначается per os взрослым по 1-2 таблетки 3 раза в день до еды. Дозу следует устанавливать индивидуально, в зависимости от эффекта. Через несколько недель

суточную дозу можно постепенно уменьшать.

Для определения эффективности и переносимости препарата «Вертинекс®» в лаборатории клинической аудиологии и вестибулологии ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины» проведено аудио-вестибулометрическое исследование и лечение пациентов с различной степенью вестибулярной дисфункции и болезнью Меньера.

Исследование остроты слуха, степени и характера его нарушений проводили в звукоизолированной камере с помощью акуметрии и комплекса тональных и речевых аудиометрических тестов по традиционной методике с использованием аудиометра МА-31 (Германия) и фонетически сбалансированных артикуляционных речевых тестов [12,13].

На основании результатов аудиометрии давалась оценка степени тяжести слуха, выявлялись характеристики надпороговых тестов и уровень разборчивости речи. Степень нарушения слуховой функции оценивались по классификации В.Г. Базарова, А.И. Розкладки, принятой на VIII съезде отоларингологов Украины (г. Одесса, 1995) и рекомендованной для применения в сурдологической практике [12].

Исследование вестибулярной функции осуществлялось по методике, разработанной в ГУ «Институт отоларингологии

им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины» В.Г. Базаровым и А.И. Розкладкой (1978), которая включала в себя определение спонтанных вестибулярных реакций: спонтанного и позиционного нистагма с использованием метода электронистамографии; устойчивости статического равновесия методом кефалографии; изучение состояния динамического равновесия по результатам «шагающего» теста и фланговой походки, учет выраженности вестибулосенсорной и вегетативной реакций, поствращательного нистагма [2, 14]. Регистрация нистагма выполнялась на восьмиканальном энцефалографе EEG-8 S (ВНР) на бумажной ленте, движущейся со скоростью 7,5 мм/с.

Для диагностики болезни Меньера применялся глицериновый тест, при котором больному предлагалось выпить натощак смесь глицерина пополам с кислым соком из расчета: 1,5 мл раствора на 1 кг массы тела. Аудиометрическое и вестибулометрическое исследование осуществлялось дважды: до и через 2 часа после приема смеси глицерина с кислым соком [5].

По клинической схеме было обследовано 50 больных в возрасте от 28 до 65 лет, из них было 19 мужчин и 31 женщина с вестибулярной дисфункцией и болезнью Меньера. В табл. 1 представлены данные о распределении больных в зависимости от пола и возраста.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от пола и возраста

Степень вестибулярной дисфункции	Возраст больных, лет	Количество больных	
		мужчин	женщин
I степень	30,5±0,5	0	2
II степень	44,1±10,8	7	17
III степень	54,4±10,9	6	5
Болезнь Меньера	49,0±15,3	6	7

После проведенного вестибулометрического обследования у больных была выявлена вестибулярная дисфункция различной степени тяжести, а именно: I степень вестибулярной дисфункции зарегистрирована у 2 человек, II степень – у 24, III степень – у 11, болезнь Меньера – у 13 (после проведения глицерол-теста).

Больные в зависимости от степени нарушения вестибулярной функции были подразделены на 3 группы:

I степень вестибулярной дисфункции характеризовалась нарушением статокINETической устойчивости I степени: средний индекс кефалографии равен  $3,8 \pm 0,1$  усл.ед, «шагающий» тест Фукуда –  $60,0 \pm 0,1$  град.

На электронистагмограмме (ЭНГ) в покое и при различных положениях головы спонтанный и позиционный нистагм не был зарегистрирован.

При вращательной пробе по методике Барани (10 оборотов за 20 сек.) – нистагм ритмичный, вестибуло-вегетативная реакция I степени, продолжительность вестибуло-сенсорной реакции со стороны правого лабиринта –  $25,3 \pm 2,6$  с, левого –  $21,8 \pm 2,4$  с (табл. 2).

У больных со II степенью вестибулярной дисфункции средний индекс кефалографии равен  $5,3 \pm 0,4$  усл.ед, «шагающий» тест Фукуда – угол отклонения  $65,0 \pm 8,0$  град. На ЭНГ в покое и при различных положениях головы только у 5 лиц зарегистрирован спонтанный нистагм I степени.

При вращательной пробе по методике Барани (10 оборотов за 20 сек.) – нистагм дизритмичный, вестибуло-вегетативная реакция II степени, продолжительность вестибуло-сенсорной реакции со стороны правого лабиринта –  $38,3 \pm 3,6$  с, левого –  $37,8 \pm 3,4$  с (табл. 2).

У пациентов с III степенью вестибулярной дисфункции средний индекс кефалографии равен  $7,3 \pm 0,5$  усл.ед, «шагающий» тест Фукуда –  $75,5 \pm 10,7$  град. На ЭНГ в покое и при различных положениях головы зарегистрирован спонтанный нистагм II степени.

При вращательной пробе по методике Барани (10 оборотов за 20 сек.) – нистагм дизритмичный, вестибуло-вегетативная реакция III степени, продолжительность

вестибуло-сенсорной реакции со стороны правого лабиринта –  $42,3 \pm 3,6$  с, левого  $43,8 \pm 3,4$  с (табл. 2).

У обследованных с болезнью Меньера вестибулярная дисфункция выражалась отклонением всех показателей статокINETической устойчивости. Так, средний индекс кефалографии равен  $5,8 \pm 0,5$  усл.ед, «шагающий» тест Фукуда –  $57,6 \pm 9,7$  град., при этом отклонение индекса кефалографии, фланговой походки и шагающего теста отмечалось в сторону здорового уха. На ЭНГ был зарегистрирован спонтанный нистагм в сторону здорового лабиринта. При экспериментальных исследованиях по методике Барани (10 оборотов за 20 с) отмечен ритмичный нистагм, вестибуло-вегетативная реакция II степени, продолжительность вестибуло-сенсорной реакции со стороны правого лабиринта –  $32,3 \pm 3,6$  с, с левого –  $22,8 \pm 3,4$  с (табл. 2). Полученные данные подтверждают асимметрию вестибулярных реакций.

Показатели экспериментального нистагма, полученного при раздражении лабиринтов методом вращательной стимуляции у пациентов с вестибулярной дисфункцией различной степени тяжести и болезнью Меньера, представлены в табл. 3.

Препарат «Вертинекс®» назначался больным по 2 таблетки 3 раза в день на протяжении 21 суток.

Была проанализирована динамика изменений субъективных и объективных симптомов заболевания под воздействием проводимой терапии.

Таблица 2

Значения показателей статического и динамического равновесия у пациентов с вестибулярной дисфункцией и болезнью Меньера до начала лечения

Степень вестибулярной дисфункции	Вестибулярная дисфункция (M±m)	
	индекс КФГ, усл. ед.	«шагающий» тест Фукуда, град.
I	$3,8 \pm 0,1$	$60,0 \pm 0,1$
II	$5,3 \pm 0,4$	$65,0 \pm 8,0$
III	$7,3 \pm 0,5$	$75,5 \pm 10,7$
Болезнь Меньера	$5,8 \pm 0,5$	$57,6 \pm 9,7$

Показатели вращательной пробы у пациентов с вестибулярной дисфункцией и болезнью Меньера до начала лечения

Степень вестибулярной дисфункции, лабиринт	Поствращательный нистагм, с	Ср. амплитуда, град	Частота, гц	Ритм	ВИП	ВВР
	M±m				M±m	
Контрольная группа	185,0±12,8	2,9±0,4	43,3±2,4	ритм.	10,2±1,5	0
I (10 об. за 20 с) правый	<u>16,3±1,2</u>	<u>10,2±0,6</u>	<u>2,1±0,2</u>	<u>ритм.</u>	<u>25,3±2,6</u>	<u>1</u>
	17,2±1,2	10,2±1,1	2,2±0,4	ритм.	21,8±2,4	1
II (10 об. за 20 с) правый	<u>18,3±1,6</u>	<u>14,3±1,6</u>	<u>3,2±1,6</u>	дизритм.	<u>38,3±3,6</u>	<u>2</u>
	17,8±1,4	14,2±1,7	3,3±1,4	дизритм.	37,8±3,4	2
III (10 об. за 20 с) правый	<u>14,3±3,6</u>	<u>8,2±0,6</u>	<u>0,8±1,6</u>	дизритм.	<u>42,3±3,6</u>	<u>3</u>
	13,8±3,4	7,9±0,7	0,7±1,8	дизритм.	43,8±3,4	3
Болезнь Меньера	<u>22,3±3,7</u>	<u>8,6±1,7</u>	<u>2,2±0,6</u>	дизритм.	<u>32,3±3,6</u>	<u>2</u>
	18,5±3,4	7,2,2±1,8	1,1±0,9	дизритм.	22,8±3,4	1

*Примечание.* В числителе – показатели поствращательного нистагма с правого лабиринта, в знаменателе – с левого лабиринта.

При оценке эффективности лечения показано, что улучшение состояния обследуемых происходило после приема лекарственного препарата «Вертинекс®» уже на 7-й день. В последующие дни эффективность увеличивалась, достигая максимального уровня к 21 дню лечения.

Субъективно больные с I степенью вестибулярной дисфункции до лечения жаловались на редкие приступы головокружения, головную боль, неустойчивость походки, укачивание в транспорте, одного пациента беспокоил умеренно выраженный шум в ушах.

Лица со II степенью вестибулярной дисфункции до лечения жаловались на частые приступы головокружения, постоянное ощущение давления и головную боль, умеренно выраженный шум в ушах. Все пациенты отмечали неустойчивость походки, ухудшение памяти. Треть из них укачивались в транспорте, тошноту испытывали более 30 % обследованных. Снижение слуха, которое оставалось практически неизменным как в процессе, так и после проведенного лечения, наблюдалось у 20 % больных.

Пациенты с III степенью вестибулярной дисфункции до лечения испытывали частое головокружение. Все они жаловались на постоянное ощущение давления и головную боль, ухудшение памяти, укачивание в транспорте, приступы тошноты, а 2

из них на рвоту. 7 больных жаловалась на умеренно выраженный шум в ушах, а 4 – на сильный. У 4 больных наблюдалось снижение слуха, которое оставалось практически неизменным как в процессе, так и после проведенного лечения.

Все обследуемые с болезнью Меньера жаловались на приступы головокружения в виде вращения, которые сопровождалась тошнотой, рвотой, на постоянный шум в ушах, одностороннее понижение слуха (100%), неустойчивость при ходьбе, слабость, усталость. 100 % пациентов укачивались в транспорте. Снижение слуха оставалось практически неизменным как в процессе, так и после проведенного лечения.

В первый день приема препарата (1-й визит) изменений в состоянии больных, определяемых по вышеперечисленным показателям, не наблюдалось. Положительную динамику мы смогли выявить на 7-й день от начала лечения. При этом 1 больной с I-й степенью вестибулярной дисфункцией отмечал отсутствие жалоб на головокружение, головную боль, шум и звон в ушах исчез. У другого пациента этой группы указанные симптомы умеренной выраженности еще сохранялись.

У половины больных со II-й степенью вестибулярной дисфункции на 7-й день лечения отмечались редкие приступы головокружения. 8 пациентов перестали жаловаться на чувство давления и головную боль,

исчезла рвота, улучшилась походка, перестали укачиваться в транспорте. У 5 обследованных больных наблюдалось снижение слуха, которое осталось практически неизменным как в процессе, так и после проведенного лечения.

На 7-й день от начала лечения только 3 пациента с III степенью вестибулярной дисфункции не определяли уменьшения выраженности и частоты головокружения. Все больные до лечения испытывали постоянное ощущение давления, головную боль, а на 7-й день после лечения – только 7. Начиная с этого периода всех обследуемых перестала беспокоить рвота, а 3 из них – тошнота. У 4 пациентов сильно выраженный шум стал умеренно выраженным, 2 пациента перестали укачиваться в транспорте, у 7 – наблюдалось снижение слуха, которое оставалось практически неизменным как в процессе, так и после проведенного лечения.

У 6 лиц с болезнью Меньера на 7-й день имели место редкие приступы головокружения. Все больные перестали жаловаться на ощущение давления и головную боль, исчезла рвота, улучшилась походка, 6 – перестали укачиваться в транспорте, тошнота беспокоила только 3. У всех 100 % пациентов наблюдалось снижение слуха, которое осталось практически неизменным как в процессе, так и после проведенного лечения.

По окончании курса лечения исследуемым препаратом мы провели сравнительную оценку степени выраженности симптомов вестибулярной дисфункции до лечения и после него. Из представленных таблиц (табл. 4, 5) наглядно следует, что выявляется улучшение показателей статокINETической устойчивости, поствращательного нистагма, уменьшение выраженности вестибуловегетативной реакции и продолжительности вестибулосенсорной реакции.

У 2 больных с I степенью вестибулярной дисфункции имела место нормализация показателей вестибулометрии. Нистагм – ритмичный. Вестибулосенсорная реакция – 0 степени.

У пациентов со II степенью обнаружено 100 % улучшение статокINETической

устойчивости. Спонтанный или позиционный нистагм отсутствовал. Отмечалось уменьшение выраженности вестибуловегетативной реакции и продолжительности вестибулосенсорной реакции. Реакция нистагма – ритмичная. У 15 больных определялась нормализация вестибулярной возбудимости, у остальных – улучшение показателей (II степень вестибулярной дисфункции снижалась до I) с последующей тенденцией к нормализации.

У лиц с III степенью вестибулярной дисфункции после лечения прослеживались следующие изменения. У них всех улучшилась статокINETическая устойчивость. На ЭНГ регистрировался единичный, слабо выраженный спонтанный нистагм у 2 больных, у остальных 8 он отсутствовал. Уменьшалась выраженность вестибулосенсорной реакции с III на I степень, а также продолжительность вестибуловегетативной реакции. Снижалась степень выраженности вестибулярной дисфункции с III до I-0.

У пациентов с болезнью Меньера отмечалось 100 % улучшение статокINETической устойчивости. Спонтанный или позиционный нистагм отсутствовали. Уменьшалась выраженность вестибуловегетативной реакции и сокращалась продолжительность вестибулосенсорной реакции. Реакция нистагма – ритмичная. У 9 больных наблюдалась нормализация вестибулярной возбудимости, у остальных – улучшение показателей с последующей тенденцией к нормализации (табл. 4, 5).

Наблюдение за состоянием пациентов во время проведения лечения позволило сделать вывод о хорошей переносимости исследуемого препарата. На протяжении всего периода лечения больные не отмечали каких-либо неприятных симптомов и ощущений, побочных реакций, что свидетельствует о высокой степени переносимости препарата «Вертинекс®». Побочные реакции при приеме препарата «Вертинекс®» зарегистрированы не были.

Таким образом, при клиническом изучении эффективности препарата «Вертинекс®» (прохлорперазина малеат) в виде таблеток по 5 мг № 10 в контурных ячейковых упаковках производства «Кусум Хелтхкер Пвт ЛТД» (Индия) полученные резуль-

таты свидетельствуют о выраженной фармакотерапевтической активности у пациентов с вестибулярными нарушениями I-III степени и болезнью Меньера.

Препарат «Вертинекс®» хорошо переносится больными и проявил высокую эффективность у 37 (74 %), среднюю эффективность – у 13 (26 %) из них.

Таблица 4

Показатели статического и динамического равновесия у пациентов с вестибулярной дисфункцией и болезнью Меньера после лечения

Степень вестибулярной дисфункции	Индекс КФГ, усл. ед.	«Шагающий» тест Фукуда, град.
	M±m	
I	2,2±0,9	25,9±5,0
II	3,4±0,6	40,1±12,0
III	4,8±0,4	48,3±14,0
Болезнь Меньера	2,3±0,8	26,5±5,0

Таблица 5

Показатели вращательной пробы у пациентов с вестибулярной дисфункцией I-III степени и болезнью Меньера после лечения

Степень вестибулярной дисфункции	Поствращательный нистагм, с	Ср. амплитуда, град	Частота, гц	Ритм	ВИП, с	ВВР
	M±m				M±m	
Контрольная группа	185,0±12,8	2,9±0,4	43,3±2,4	ритм.	10,2±1,5	0
I (10 об. за 20 с) правый	<u>21,3±3,6</u>	<u>13,5±0,6</u>	<u>3,3±0,2</u>	ритм.	<u>10,3±1,6</u>	<u>0</u>
	22,7±3,4	13,4±5,4	3,1±0,4	ритм.	10,8±1,4	0
II (10 об. за 20 с) правый	<u>21,4±3,6</u>	<u>12,5±1,6</u>	<u>3,1±1,6</u>	ритм.	<u>12,8±2,1</u>	<u>0-1</u>
	22,5±3,4	12,3±1,7	3,2±1,4	ритм.	13,8±2,4	0-1
III (10 об. за 20 с) правый	<u>20,3±3,6</u>	<u>10,8±0,6</u>	<u>2,7±1,6</u>	ритм.	<u>23,4±3,6</u>	<u>1</u>
	21,8±3,4	11,3±0,4	2,6±1,8	ритм.	22,9±3,4	1
Болезнь Меньера	<u>23,3±3,6</u>	<u>12,5±1,3</u>	<u>3,2±1,5</u>	ритм.	<u>12,3±3,6</u>	<u>0</u>
	22,8±3,4	12,4±1,4	3,3±1,4	ритм.	11,8±3,4	0

*Примечание.* В числителе – показатели поствращательного нистагма с правого лабиринта, в знаменателе – с левого лабиринта.

### Выводы

1. У всех больных с вестибулярной дисфункцией I-III степени тяжести и болезнью Меньера прием лекарственного средства «Вертинекс®» (прохлорперазина малеат) в виде таблеток по 5 мг № 10 в контурных ячейковых упаковках производства «Кусум Хелтхкер ПВТ ЛТД» (Индия) способствовал уменьшению или исчезновению ушного шума.

2. У лиц с вестибулярной дисфункцией I-III степени тяжести и болезнью Меньера использование Вертинекса (прохлорпе-

разина малеат) оказывало положительное действие на функцию вестибулярного анализатора, уменьшая проявления таких субъективных ощущений, как выраженность головокружения (вплоть до полного его исчезновения), вегетативные явления (тошнота, рвота, головная боль и т.д), улучшалась походка.

3. Прием препарата положительно влияет на объективные показатели состояния вестибулярной функции, а именно: статокINETическую устойчивость (показатель КФГ, «шагающий» тест Фукуда), степень

выраженности вестибуловегетативной реакции и продолжительность вестибулосенсорной реакции (при вращательной пробе), т.е. в целом способствует нормализации состояния вестибулярного анализатора.

4. Уменьшение выраженности вестибулярной дисфункции при применении препарата «Вертинекс®» проявлялось уже на 7-й день от начала курса, достигая максимума к 21-у дню.

5. Оценка эффективности исследуемого препарата показала, что высокая эффективность наблюдалась у 37 больных (74 %), средняя эффективность – у 13 (26 %).

6. При лечении препаратом «Вертинекс®» не отмечено побочных реакций, что говорит о безопасности его использования у пациентов с вестибулярной дисфункцией I–III степени и болезнью Меньера в возрастной группе 18-65 лет.

7. Результаты клинического обследования позволяют рекомендовать препарат «Вертинекс®» (прохлорперазина малеат) в виде таблеток по 5 мг № 10 в контурных ячейковых упаковках производства «Кусум Хелтхкер ПВД ЛТД» (Индия) при лечении пациентов с вестибулярной дисфункцией I–III степени тяжести и болезнью Меньера.

## Литература

1. Алексеева Н.С. Головокружение и сосудистые заболевания центральной нервной системы // Международные медицинские новости. – 2001. – №3. – С. 1-4.
2. Базаров В.Г. Клиническая вестибулометрия. – К.: Здоров'я, 1988. – 200 с.
3. Базаров В.Г., Розкладка А.И. Оценка нарушений слуха при различных формах тугоухости // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1989. – №3. – С.28-33.
4. Благовещенская Н.С. Отоневрологические симптомы и синдромы. – М.: Медицина, 1990. – 432 с.
5. Гринберг Р.И., Зиндер Л.Р. Таблицы слов для речевой аудиометрии в клинической практике // Тр. Ленингр. науч.-исслед. ин-та по болезням уха, горла, носа и речи. – Л., 1957. – Т. 2. – С. 45-47.
6. Заболотний Д.І., Шидловська Т.В., Шидловська Т.А. Наш досвід лікування нейросенсорної приглухуватості з урахуванням стану серцево-судинної системи (перше повідомлення) // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2000. – № 3. – С. 23-30.
7. Іпатов Ф.В., Заболотний Д.І., Кліменко Д.І., Розкладка А.І., Соколенко Я.Б., Козачун І.Б., Марченко С.В. Формування індивідуальної програми реабілітації та адаптації інваліда при професійних захворюваннях і наслідках виробничих травм органа слуху та вестибулярного апарата. Методичний посібник для лікарів МСЕК, ЛКК, отоларингологів, працівників служби працевлаштування, інвалідів. – Дніпропетровськ: «Пороги». – 2005. – 154 с.
8. Кліменко Д.І., Заболотний Д.І., Розкладка А.І. Професійна реабілітація хворих та інвалідів з ураженнями і набутими захворюваннями органів слуху і рівноваги: Методичні рекомендації. – Дніпропетровськ: Б.в., 2000. – 33 с.
9. Кузнецова С.М. Вестибулярні порушення: когди земля уходить из-под ног. – Здоров'я України. – 2007. – №11-12. – С. 67.
10. Парфенов В.А. и соавт. Вестибулярное головокружение // Неврол. журн. – 2008. – № 4. – С. 42-50.
11. Парфенов В.А. и соавт. Дифференциальный диагноз, прогноз и лечение острого вестибулярного головокружения // Неврол. журн. – 2007. – № 6. – С. 25-29.
12. Шевченко Т.О., Борисенко О.М., Сербін Г.С. Сучасні аспекти лікування хвороби Меньера та їх вплив на динаміку перебігу захворювання // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2013. – № 5-с. – С. 238-339.
13. Bergamaschi R., Romani A., Zappoli F., Versino M., Cosi V. MRI and Brainstem auditory evoked potential evidens of eighth cranial nerve involvement in multiple sclerosis // Neurology. – 1997. – V.48, № 1. – P. 270-272.
14. Nylen C.O. Positional nystagmus reviev and future prospect // J. Laryngol. – 1950. – Vol. 64, № 6. – P. 125-141.

## References

1. Blagoveshchenskaia NS. Otoneurological symptoms and syndromes. - Moskow: Meditsina; 1990. 432 p. Russian.
2. Bergamaschi R, Romani A, Zappoli F, Versino M, Cosi V. MRI and brainstem auditory evoked potential evidence of eighth cranial nerve in-

- volvement in multiple sclerosis. Neurology. 1997 Jan;48(1):270-2. PubMed PMID: 9008533.
3. Kuznetsova SM. Vestibular disorders: when the earth was slipping from under his feet. Zdorov'ia Ukraini. 2007;(11-12):67. Russian.
  4. Alekseeva NS. Dizziness and vascular diseases of the central nervous system. Mezhdunarodnye meditsinskie novosti. 2001;(3):1-4. Russian.
  5. Bazarov VG. Clinical vestibulometry. Kiev: Zdorov'ia; 1988. 200 p.
  6. Parfenov VA. Vestibuliarnoe golovokruzhenie. Nevrol zhurnal. 2008 ;(4) :42-50. Russian.
  7. Ipatov FV, Zabolotnyj DI, Klimenko DI, Rozkladka AI, Sokolenko JaB, Kozachun IB, Marchenko SV. An individual rehabilitation programs and adaptation of invalids with consequences of occupational diseases and occupational injuries of hearing and vestibular apparatus. Toolkit for doctors MSEK, MCC, otolaryngologists, social service workers, the disabled. Dnipropetrovsk: Porogy; 2005. 154 p. Ukrainian.
  8. Klimenko DI, Zabolotnyj DI, Rozkladka AI. Vocational rehabilitation for patients with diseases and disabilities of hearing and balance: Guidelines. Dnipropetrovsk; 2000. 33 p. Ukrainian.
  9. Shevchenko TO, Borysenko OM, Serbin GS. Modern aspects of treatment of Meniere's disease and their impact on the dynamics of the disease. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2013;(5-s):238-9. Ukrainian.
  10. Parfenov VA. The differential diagnosis, prognosis and treatment of acute vestibular vertigo. Nevrol. Zhurnal 2007;(6):25-9. Russian.
  11. Zabolotnyj DI, Shydlovs'ka TV, Shydlovs'ka TA. Our experience in treating sensorineural hearing loss in view of the cardiovascular system state (first report). Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2000;(3):23-30. Ukrainian.
  12. Bazarov VG, Rozkladka AI. Evaluation of hearing level in various forms of hearing loss. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1989;(3):28-33.
  13. Grinberg RI, Zinder LR. Tables of words for speech audiometry in clinical practice. Tr. Lenigr. Nauch. – Issled. Instituta po bolezniam ukha, gortsi, nosa i rechi. 1957;2:45-7. Russian.
  14. Nylen CO. Positional nystagmus; a review and future prospects. J Laryngol Otol. 1950 Jun;64(6):295-318. PubMed PMID: 15428772.

Поступила в редакцію 24.06.15.

© И.А. Белякова, В.И. Луценко, С.П. Чайка, 2015

### **ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТА «ВЕРТИНЕКС®» ПРИ СИМПТОМАТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПАМОРОЧЕННЯМ (ВЕСТИБУЛЯРНА ДИСФУНКЦІЯ І-ІІІ СТУПЕНЯ ТА ХВОРОБА МЕНЬЄРА)**

*Белякова І.А., Луценко В.І., Чайка С.П. (Київ)*

#### *А н о т а ц і я*

**Актуальність.** У багатьох дослідженнях останніх років відмічається збільшення кількості хворих зі скаргами на вестибулярні розлади. Запаморочення є одним з найбільш частих симптомів, що зустрічаються у медичній практиці. Серед причин звернень до лікарів різних спеціальностей запаморочення складає 3-4 %. Незважаючи на великий клінічний досвід щодо лікування хворих з вестибулярними порушеннями, залишаються дискусійними принципи і схеми їх медичної корекції. Тому вибір найбільш оптимальних та результативних методів лікування вестибулярної дисфункції являється основною задачею практичних лікарів.

**Мета та задачі дослідження.** Вивчення клінічної ефективності та безпеки лікарського засобу «Вертинекс®» (прохлорперазина maleat таблетки 5 мг) при симптоматичному лікуванні пацієнтів з запамороченням (вестибулярна дисфункція І-ІІІ ступеня тяжкості та хвороба Мен'єра).

**Матеріали і методи.** В дослідженні прийняли участь 50 хворих, віком від 28 до 65 років, з них 19 чоловіків та 31 жінка. Всім пацієнтам було проведено дослідження стану слухової та вестибулярної функції до та після лікування за традиційною методикою. У 37 пацієнтів була виявлена вестибулярна дисфункція І-ІІІ ступеня тяжкості ( у 2 пацієнтів – І ступінь, у 24 осіб – ІІ ступеня, у 11 – ІІІ), у 13 – хвороба Мен'єра.

**Результати та обговорення.** В статті представлені результати клінічного дослідження лікарського препарату «Вертинекс®» (прохлорперазина maleat) таблетки по 5 мг № 10 в контурних упаковках виробництва «Кусум Хелтхкер ПБТ ЛТД» (Індія) для лікування хворих з вестибулярною дисфункцією різного ступеня тяжкості та хвороби Мен'єра.

Проаналізувавши динаміку змін суб'єктивних та об'єктивних симптомів захворювання під впливом терапії, яка проводилась, необхідно відмітити, що зміни (зниження, зменшення, зникнення) як



суб'єктивних, так і об'єктивних симптомів під впливом проведеної терапії у пацієнтів відбувалися вже на 7 день. В наступні дні ефективність збільшувалась, досягаючи максимального рівня до 21 дня лікування.

Спостереження за станом хворих під час проведення лікування дозволило зробити висновок про задовільне перенесення препарату.

**Ключові слова:** «Вертинекс®», вестибулярна дисфункція, хвороба Мен'єра.

## EXPERIENCE USING VERTINEX® FOR SYMPTOMATIC TREATMENT IN VERTIGO PATIENTS (GRADE I-III VESTIBULAR DYSFUNCTION AND MENIERE'S DISEASE)

*Belyakova I.A., Lutsenko V.I., Chaika S.P.*

*State institution «O.S. Kolomiychenko Institute of Otolaryngology of National Academy  
of Medical Sciences of Ukraine»; amtc@kndio.kiev.ua*

### *Annotation*

Vertigo/dizziness accounts for 3-4% of all consultations in general practice and emergency departments. Vertigo is one of the most common symptoms for which patients seek medical advice. Despite broad clinical experience in management of patients with vestibular disturbances, principles and schemes of their pharmacological correction remain discussable. Choice of optimal and most effective treatment method is main physicians' task.

**Aim.** To study clinical efficacy and safety of prochlorperazine maleate (Vertinex® tablets 5 mg, Kusum Healthcare PVT Ltd, India) for symptomatic treatment in vertigo patients (grade I-III vestibular dysfunction and Meniere's disease).

**Materials and methods.** 50 patients participated in the study, aged 28 to 65 years, among them 19 men and 31 women. All patients underwent standard audiological and vestibular testing before and after treatment. 37 patients were diagnosed with vestibular dysfunction (grade I – 2 patients, grade II – 24 patients, grade III – 11 patients), 13 patients had Meniere's disease.

**Results and discussion.** Analyzing the dynamics of changes in subjective and objective symptoms of the disease before and after the therapy, we noted that the changes (decrease, disappearance) both of subjective and objective symptoms under the influence of therapy took place after 7 day. In the following days efficiency increased, reaching a maximum to 21 days of treatment.

The observation of the patient during the treatment led to the conclusion of satisfactory tolerability.

**Keywords:** Vertinex, vestibular dysfunction, Meniere's disease