

Т.А. Хомазюк, д.м.н., профессор, кафедра пропедевтики внутренних болезней, ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

На приеме у семейного врача. Почему кружится голова?

В сфере мировосприятия нет более емкого понятия чем «головокружение», определяющее состояние человека от восторженного до тяжелого, инвалидизирующего и приводящего к страданиям. Именно гамма индивидуальной эмоциональной составляющей толкования собственного состояния как головокружение определяет трудности его принятия окружающими и врачебного анализа как субъективного симптома болезни – жалобы.

Согласно эпидемиологическим исследованиям, головокружением страдают от 5 до 16% населения развитых стран. Статистика свидетельствует о том, что в общей врачебной практике жалобы на головокружение занимают третье место после жалоб на головную боль и боль в спине. Головокружение является симптомом нескольких сотен заболеваний, не всегда (в 40% случаев) правильно диагностируется и часто трудно поддается лечению. Показано, что более 20% населения в возрасте от 18 до 65 лет на протяжении последнего месяца перенесли приступ головокружения. По данным отечественных и зарубежных авторов, головокружением страдают 10-20% пациентов, посещающих врачей-неврологов или оториноларингологов, и 5-10% больных, обращающихся за помощью к врачам общей практики. Анализ причин обращаемости за медицинской помощью в мире за последние 10-15 лет свидетельствует об увеличении количества больных с головокружением (почти в 2 раза!), что связано с ростом сосудистой патологии, психических расстройств, заболеваний шейного отдела позвоночника; травматизмом; побочными действиями лекарственных средств, иными словами, с социальными и техногенными проблемами нового витка развития общества в XXI веке.

Медико-социальная значимость проблемы

К головокружению невозможно привыкнуть! Это состояние характеризуют социально-психологическая дезадаптация, снижение собственных физических резервов, что лишает больного возможности вести привычный образ жизни в социуме и семье, выполнять профессиональные обязанности, зачастую вынуждает сменить профессию либо приводит к инвалидности.

Значительный процент больных приходится на возрастные группы высокой социальной и профессиональной активности. В возрастной категории 65 лет распространенность головокружения оценивают в 30%, среди людей, достигших 80 лет, данный показатель составляет 75% у женщин и 35% у мужчин.

Таким образом, повышение качества диагностики и эффективности лечения головокружения – одна из актуальных нерешенных проблем практической медицины, имеющих важное медико-социальное значение. Выявление причин головокружения и его лечение требуют широкого профессионального кругозора и мультидисциплинарного диагностического подхода, что в некоторых случаях и определяет объективные трудности установления правильного диагноза и адекватного лечения, которое получают, по мнению экспертов, не более 20% пациентов.

Определение и классификация

Наиболее часто используемое определение головокружения – «иллюзия движения», субъективное искаженное восприятие перемещения своего тела в пространстве, ощущение нарушения равновесия, иллюзорного вращения окружающих предметов. При этом следует учитывать, что до настоящего времени нет единства мнений в трактовке понятия «головокружение», под которым нередко понимают либо сенсорное ощущение пациента, либо вестибулярную дисфункцию, зарегистрированную на основании инструментальных методов исследования.

Головокружение (dizziness) – искаженное восприятие положения своего тела в пространстве, ощущение нарушения равновесия и кажущегося вращения окружающих предметов.

Общепринятой в клинической практике является классификация, предполагающая деление головокружения на системное (вращательное, вертиго; чаще обусловленное периферическим уровнем поражения вестибулярного анализатора) и несистемное (преимущественно возникающее при центральных вестибулярных расстройствах без вовлечения в патологический процесс вестибулярных анатомических образований, например, при психовегетативных расстройствах).

Системное (вестибулярное) головокружение (25-30%), как правило, связано с раздражением определенного участка вестибулярного анализатора. Данное состояние представляет собой ощущение векторного перемещения самого пациента или окружающей обстановки и сопровождается нарушением равновесия, страхом, желанием крепко держаться за опору, тошнотой, рвотой, вегетативными расстройствами. Рассматривают следующие варианты вестибулярного головокружения:

- проприоцептивное: ощущение вращения собственного тела – при резком раздражении любого отдела вестибулярного анализатора;
- тактильное (осозательное): ощущение движения, качания, неустойчивости опоры под ногами – при слабом патологическом воздействии на вестибулярные структуры;
- зрительное: ощущение векторного движения окружающей обстановки вокруг собственного тела в сторону быстрого компонента спонтанного нистагма.

Несистемное (невестибулярное) головокружение (70-75%) – нарушение равновесия, странные ощущения в голове, сопровождающиеся нечеткостью восприятия окружающего мира, шаткостью походки, потерей ориентации в пространстве.

В настоящее время научно обосновано, что разные типы головокружения генерируются различными ядрами на различных уровнях мозга, практически все ядра связаны с вестибулярной системой. Таким образом, следует отметить, что практически все виды головокружений демонстрируют связь с нарушением функции вестибулярной системы.

Причины головокружения

Головокружением может сопровождаться множество патологий. Для общей врачебной практики рациональной является нижеприведенная систематизация причин головокружения (по G.R. Holt и J.R. Thomas, 1980):

- сердечно-сосудистые заболевания;
- метаболические и гематологические причины;
- патология опорно-двигательного аппарата (с вовлечением шейного отдела), в т.ч. дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника;
- нарушения, вызванные приемом лекарственных средств;
- заболевания центральной нервной системы;
- заболевания среднего и внутреннего уха воспалительного и невоспалительного характера;
- инфекционные поражения;
- другие.

Клиническая картина

Клиническая картина периферических вестибулярных нарушений во многом определяется тесной связью вестибулярного анализатора с другими органами и системами и зависит от локализации вестибулярных нарушений.

- ✓ Центральная локализация:
 - постепенное начало;
 - продолжительное (длится в течение недель, месяцев);
 - умеренное нарушение равновесия;
 - отсутствует или минимальное ухудшение симптоматики при поворотах головы.
- ✓ Периферическая локализация:
 - внезапное начало;
 - кратковременное (в течение нескольких дней);
 - интенсивное нарушение равновесия;
 - выраженное ухудшение состояния при поворотах головы;
 - слуховые симптомы (часто односторонние);
 - отсутствие очаговой неврологической симптоматики.

Периферическое головокружение характеризует векторное сенсорное ощущение – вращение либо самого пациента по отношению к окружающим предметам, либо окружающей

обстановки по отношению к пациенту. Ощущение векторного перемещения сопровождается нарушением равновесия, страхом, желанием крепко держаться за опору, тошнотой, рвотой, вегетативными расстройствами. Наиболее частый вариант периферического вестибулярного головокружения – доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), отмечается у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин, преимущественно в возрасте от 45 до 60 лет и проявляется кратковременным (до 20 до 60 с) приступом вращательного головокружения в положении лежа на спине при повороте головы, поворотах в положении лежа, сгибании и разгибании шеи, попытке лечь в кровать. Характерны наличие кратковременного (до 5 с) латентного периода и появление ярко выраженного геотрипического – ротаторного нистагма в положении лежа на стороне поражения. При ДППГ отсутствуют головная боль и неврологические нарушения. Субъективно и по данным аудиометрии слух не нарушен, шум в ушах отсутствует. Описаны вегетативные нарушения, феномен постуральной тревожности. Важным для клинициста, проводящего обследование больного с подозрением на ДППГ, является знание симптомов интракраниальных новообразований, имеющих схожую клиническую картину.

Клинические проявления вестибулярных расстройств при повышении артериального давления (АД) либо нестабильной артериальной гипертензии (АГ) – неустойчивость, «уплывание земли из-под ног», «мельканье мушек перед глазами», потемнение в глазах, вялость, головная боль, учащенное сердцебиение, рвота, приносящая облегчение – объективно характеризуются:

- индивидуальным повышением АД;
 - тревожными симптомами, страхом;
 - бледностью кожных покровов;
 - тахикардией, аритмией;
 - гипергидрозом.
- При головокружении на фоне стабильной АГ:**
- наблюдается взаимосвязь с провоцирующими факторами (поворотами головы, метеорологическими условиями, эмоциями);
 - выявляются клинические симптомы, типичные для дестабилизации течения заболевания при отсутствии существенных колебаний АД.

Головокружение при синдроме вегетативной дисфункции:

- возникает на фоне патологии климактерия и андропauses;
- имеет несистемный характер;
- сопровождается соматическими симптомами: головной болью, парестезией, потливостью, тахикардией, диспепсией, метеоризмом, терморегуляторными нарушениями и др.;
- может сочетаться с психоэмоциональными симптомами: беспричинной тревожностью, раздражительностью, нарушениями сна, трудностями при концентрации внимания и др.;
- характеризуется ощущением дурноты, пустоты и легкости в голове, приближающейся потери сознания в сочетании с вегетативно-висцеральными нарушениями.

При типичном несистемном головокружении возникают липотимии (ощущение дурноты, пустоты и легкости в голове, приближающейся потери сознания в сочетании с вегетативно-висцеральными нарушениями, такими как бледность, учащенное сердцебиение, тошнота, потемнение в глазах, гипергидроз).

Головокружение при неврозах имеет несистемный характер, ему свойственны туман в голове, ощущение легкого опьянения, тяжести в голове, внутреннего головокружения, дурноты, неустойчивость, усиливающаяся при ходьбе. Возникает при эмоциональных стрессах, ипохондрическом или истерическом неврозе, тревожных и тревожно-депрессивных расстройствах, постуральном фобическом синдроме.

Головокружение при головной боли напряжения (так называемый синдром менеджера) сопровождается головной болью, болью в глазных



Т.А. Хомазюк

яблоках, переутомлением, перевозбуждением (долгим засыпанием/затрудненным пробуждением), транзиторным головокружением при резкой перемене положения головы, периодическими расстройствами равновесия.

Головокружение при мигрени отмечается почти в 70% случаев мигрени и сопровождается тошнотой, рвотой, нарушениями статистики и координации; может быть предвестником головной боли и сопровождать фазу цефалгии.

Диагностика

Диагностика головокружения предполагает детальный анализ жалоб больного и проведение специальных диагностических проб, направленных на выявление возможных причин головокружения:

- поражения вестибулярной системы на любом уровне;
- соматических и неврологических заболеваний, сопровождающихся липотимией;
- неврологических заболеваний, сопровождающихся нарушением ходьбы и равновесия.

Для этого необходимо тщательное обследование больного, в ряде случаев с привлечением оториноларингологов, отоневрологов, кардиологов, гематологов и др., а также с проведением тщательного параклинического исследования.

Таким образом, при обследовании больного с головокружением на первом этапе важным является определение типа головокружения. Для этого следует тщательно собрать анамнез – подробно расспросить пациента, что он подразумевает под словом «головокружение» (рис. 1). При вестибулярном (системном, истинном) головокружении пациент испытывает иллюзорное ощущение движения неподвижной окружающей обстановки в любой плоскости, а также ощущение движения или вращения собственного тела. Причиной системного головокружения является поражение вестибулярного анализатора на периферическом или центральном уровне.

При дифференциальной диагностике в случае несистемного головокружения чрезвычайно важным является определение и уточнение характера соматических и неврологических проявлений для выявления органических причин. С этой целью проводят исследование нистагма, тесты на равновесие, аудиографическое исследование, компьютерную или магнитно-резонансную томографию, ультразвуковую доплерографию магистральных артерий головы, компрессионно-функциональные пробы, рентгенографию черепа, внутреннего слухового прохода, шейного отдела позвоночника, общий анализ крови, исследование уровня глюкозы крови натощак, азота мочевины в крови и др.

Для диагностики ДППГ используют пробу Дикса-Холлпайка: пациент поворачивает голову на 30° в сторону и перемещается из вертикального положения в горизонтальное со слегка запрокинутой головой; при этом у него возникает выраженное системное головокружение и нистагм. Заболевание является доброкачественным, однако возможны рецидивы.

Чрезвычайно актуальной в общей врачебной практике в настоящее время является диагностика **психогенного головокружения**, которая включает два последовательных и обязательных этапа. На первом этапе – выявление возможных соматических причин головокружения (негативная диагностика). Информативна с этой целью детализация жалоб: психогенное головокружение всегда имеет несистемный характер. Пациент описывает любые ощущения, кроме вращения: туман в голове, неустойчивость, страх упасть и др. При проведении дифференциальной диагностики чрезвычайно важны определение и уточнение характера сопутствующих соматических и неврологических нарушений для исключения других органических причин несистемного головокружения, поскольку диагноз психогенного головокружения является диагнозом исключения. Второй этап – позитивная диагностика невротических



Рис. 1. Алгоритм обстеження при головокруженні в амбулаторних умовах

расстройств, связанных со стрессом. Среди эмоциональных нарушений наиболее частой причиной головокружения являются тревожные или тревожно-депрессивные расстройства. Именно частота тревоги, которая является наиболее распространенным эмоциональным нарушением и наблюдается в популяции в 30% случаев, определяет частоту психогенного головокружения.

Лечение

Терапия головокружения включает четыре направления:

1. Купирование приступа (симптоматическая терапия).
2. Воздействие на причину (этиологическая терапия).
3. Коррекция механизмов головокружения (патогенетическая терапия).
4. Обеспечение вестибулярной компенсации (воздействие на процессы нейропластичности) и реабилитации.

При развитии головокружения основным является симптоматическое лечение, направленное на купирование острого приступа. В дальнейшем актуальность приобретает реабилитация больного, восстановление вестибулярной функции и ее максимальная компенсация (вестибулярная реабилитация). Стратегия лечения зависит от основного диагноза.

Фармакотерапия головокружения должна быть комплексной и включать применение препаратов, нормализующих:

- кровоснабжение лабиринта (в частности устраняющих явления вестибулярной дисфункции);
- церебральный кровоток;
- АД;
- проявления гиперхолестеринемии, гиперлипидемии;
- углеводный обмен;
- моторные нарушения кишечника;
- эмоциональную лабильность, тревожность, страх.

Тактика лечения

- ✓ **Медикаментозная терапия**
 - Препараты вертиголитической направленности (бетагистин дигидрохлорид) как первая линия либо дополнительно.
 - Глюкокортикоиды (по показаниям).
 - Дегидратационная терапия (маннитол, ацетазоламид).
- ✓ **Немедикаментозные лечебные мероприятия** (по показаниям)
 - Вестибулярная реабилитация.
 - Рефлексотерапия.
 - Гипербарическая оксигенация.
 - Лечебные процедуры (маневры) при ДППГ.
- ✓ **Хирургическое лечение** (по показаниям)
 - Интратимпанальное введение гентамицина.
 - Нейрэктомия, лабиринтэктомия.

Основные принципы фармакотерапии головокружения:

- своевременное начало;
- индивидуальный подход;
- длительная медикаментозная вертиголитическая терапия (бетагистин дигидрохлорид по 24 мг 2 р/сут в течение 2-3 мес);
- вегетотропная терапия;
- коррекция психоэмоциональных нарушений.

Таким образом, головокружение – распространенный симптом многих заболеваний, с которыми сталкиваются в своей практике врачи разных специальностей. Одно из наиболее сложных направлений в решении проблемы головокружения – оптимизация лечебных мероприятий, в частности рациональный выбор фармакотерапии. Для лечения головокружения используется большое количество лекарственных средств разных терапевтических групп, однако только лишь очень небольшое количество из них обладает доказанным в международных клинических исследованиях вертиголитическим эффектом. Одним из наиболее часто используемых препаратов для лечения и профилактики головокружения различной этиологии является бетагистин дигидрохлорид (оригинальный препарат – Бетасерк, «Абботт», Германия), аналог гистамина, влияющий на H₁- и H₃-гистаминовые рецепторы, за счет чего происходит улучшение кровообращения во внутреннем ухе и вертебробазиллярном бассейне, а также нормализация работы вестибулярных рецепторов в лабиринте и вестибулярных ядер в стволе мозга (рис. 2). Подтвержденную биологическую и терапевтическую эквивалентность, а также фармакоэкономическое преимущество для долговременной медицинской реабилитации больных при всех клинических вариантах головокружения в амбулаторной практике семейного врача как препарат первой линии либо как дополнительное средство симптоматической терапии имеет отечественный генерик – препарат Вестинорм («Фармак», Украина).

Особенности лечения головокружения в особых группах пациентов

- Особенности лечения ДППГ:**
- ✓ Используют специальные позиционные приемы Эпли, задачей которых является механическое удаление дегрита из заднего полукружного канала внутреннего уха, после чего головокружение прекращается.
 - ✓ Повторное проведение лечебных манипуляций требуется в 30% случаев.
 - ✓ Коррекция феномена постуральной тревожности.
 - ✓ Необходимость медикаментозной коррекции.

Лечение головокружения при стабильной АГ. Современные международные стандарты лечения пациентов с АГ общеприняты и имплементированы национальными руководствами большинства развитых стран в общей врачебной практике, причем в большинстве случаев нормализация АД не способна устранить головокружение. В то же время дополнительная эффективная вертиголитическая коррекция, исчезновение или ослабление чрезвычайно неприятного ощущения головокружения становится определяющей в улучшении самочувствия, способствует большей приверженности больных к приему антигипертензивных препаратов и нормализации АД без дополнительной коррекции доз. Следовательно, существенное значение в программах лечения больных с АГ с головокружением приобретает симптоматическая, патогенетически обоснованная терапия, ориентированная на основную жалобу больного, с включением вертиголитического препарата бетагистина дигидрохлорид в дозе 48 мг/сут курсом до 3 мес (в последующем – по показаниям).

Лечение психогенного головокружения сочетает как немедикаментозные, так и медикаментозные методы лечения.



Рис. 2. Механизм действия бетагистина дигидрохлорида

Немедикаментозные методы лечения включают:

- вестибулярную гимнастику, направленную на тренировку и снижение возбудимости вестибулярного аппарата;
- дыхательную гимнастику: переход на брюшной тип дыхания, при котором выдох превосходит вдох по длительности в 2 раза. Подобные дыхательные упражнения уменьшают гипервентиляционные расстройства, коморбидные психогенному головокружению. Для купирования выраженных гипервентиляционных нарушений при гипервентиляционном кризе можно рекомендовать дыхание в бумажный или целлофановый пакет;

- психотерапию (наиболее результативный метод лечения).
- Медикаментозные методы:**
- **психотропная терапия** (приоритетная в лечении психогенного головокружения); препаратами первого ряда для лечения тревожных нарушений являются антидепрессанты. В ряде случаев положительный эффект при лечении тревожных расстройств достигается при применении малых нейрелептиков (сульпирида, тиоприда, тiorидазина) в низких дозах;
 - **дополнительная терапия** (используют бетагистин дигидрохлорид, который уменьшает возбудимость вестибулярного аппарата, эффективен при всех видах головокружения, в т. ч. психогенном).

Головокружение в практике семейного врача не является редкостью, достаточно часто данное состояние осложняет течение соматической патологии и формирует психосоматические расстройства. Основной задачей на этапе оказания первичной медицинской помощи пациенту с головокружением является правильная организация диагностического процесса с привлечением в сложных клинических ситуациях специалистов вторичного и третичного уровня оказания медицинской помощи (кардиолога, невролога, оториноларинголога и др.), решить которую максимально успешно может специалист широкого профессионального кругозора, которым сегодня и является семейный врач.

Именно семейный врач способен обеспечить долговременную медицинскую немедикаментозную и медикаментозную реабилитацию больных с головокружением в амбулаторных условиях, обеспечить их приверженность к лечебным программам при коморбидных состояниях, повысить эффективность лечебных стратегий, улучшить качество жизни пациентов и восстановить их позицию в социуме.

Статья печатается в сокращении.
Список литературы находится в редакции.

ІНФОРМАЦІЯ
ДЛЯ МЕДИЧНИХ
ПРАЦІВНИКІВ

Регістраційний номер: № UA63550101-01,
№ UA63550102-01, № UA63550103-01
П/Т «Фармак», вул. Фрунзе, 63, м. Київ, 04080
Тел: (044) 498-87-00; www.farmak.ua

Вестіноорм®
Betahistine

8 мг
30 таблеток

16 мг
30 таблеток

24 мг
60 таблеток

24 мг зранку
48 мг на добу
24 мг ввечері

✓ **Покращує пам'ять та увагу, стійкість та рівновагу**

✓ **Нормалізує сон, зменшує тривогу при ВСД**

✓ **Зменшує вестибулоатактичний синдром при ХІМ, ВСД, після ЧМТ, інсульту**

Діє речовина: betahistine. Лікарська форма: Таблетки. Фармакотерапевтична група: Засоби, що застосовуються при лікуванні вестибулярних порушень (стабілізатори). Код АТХ: N07D A01. **Показання:** Хвороба та синдром Менієра, що характеризуються такими основними симптомами, як загорованість, що мчить, супроводжується шумом та блокуванням, зменшення слуху (гірше слуху), шуму в вухах. Симптоматичне лікування вестибулярного запорочення. **Побічні реакції:** Препарат зазвичай добре переноситься. Маб можливі алергічні реакції: набуття важкості в області грудної клітки, неможливість при прийомі препарату підняти ніс; набуття при зменшенні дозі. **Фармакологічні властивості:** Фундаментальний засіб проти запорочення. Синтетичний аналог гистаміну, чинить гистамінолітичну дію, частково агоніст гистамінових H₁- і частково H₃-гистамінових рецепторів внутрішнього вуха і вестибулярних ядер центральної нервової системи. Поширює мікроциркуляцію і проникисті капілярів внутрішнього вуха, збільшує кровіть у базиларних артеріях, нормалізує тиск ендолімфи в лабиринті і запобігає та транслює порушенню в нейронах медіальних ядер вестибулярного нерва на рівні моста сполучної частини головного мозку. Як антагоніст H₂-рецепторів ядер вестибулярного нерва, має виражений центральний судинорозширювальний ефект. **Фармакокінетика:** Після прийому внутрішньої сумішки і протити ефективно абсорбується в шлунок. Максимальна концентрація в плазмі досягається через 3 години. За кілька годин з'являється метаболізм через гістамінові бариєри. Період напіврозпаду становить 2-4 години. Метаболізується в печінку до метаболітів, які мають повільно виводяться з організму і з суміш проліть до 24 годин. За ретельним. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація про лікарський засіб для професійної діяльності студентів медичних закладів.

Література:
1. НЕВРО NEWS №2(1), март 2012. **ОРИГІНАЛЬНЕ ІССЛЕДОВАНИЕ**/ Коррекция вестибулярных нарушений у больных пожилого возраста, перенесших ишемический инсульт / д.м.н. С.М. Куриченко, Д.В. Шурляк, А.А. Евдокимов.
2. Монарховский неврологический журнал №6 (44), 2011, г.м.д.н. Куриченко С.М. Место бетагистина (Вестинорма) в лечении пациентов после ишемического инсульта.
3. Монарховский неврологический журнал №2 (44), 2012. **ОРИГІНАЛЬНЕ ІССЛЕДОВАНИЕ**/ д.м.н. Морозова О.Г. Вегетативная вегетационная дисфункция: вопросы коморбидности и возможности терапии.
4. Новости медицины и фармации №373 2011. **ОРИГІНАЛЬНЕ ІССЛЕДОВАНИЕ**/ Вестибулярные нарушения и их коррекция при легкой черепно-мозговой травме / к.м.д.н. Н.С. Кудряшова.
5. НЕВРО NEWS №6, октябрь 2011. Авторский Вестинорм в терапии лиц с ишемическим инсультом в вертебробазиллярном бассейне / д.м.н. М.В. Сивирская, А.В. Логоткова, А.В. Проценко.