

Головокружение: от симптома к болезни

По итогам международной конференции

17-18 февраля в г. Яремче состоялась I Международная конференция «Вейновские чтения в Украине», организованная Украинской ассоциацией по изучению боли при поддержке Министерства здравоохранения Украины, Луганского государственного медицинского университета, Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова и Международной ассоциации по изучению боли (IASP). В рамках прошедшего мероприятия с докладом о причинах возникновения приступов головокружения и методах их диагностики выступила профессор кафедры нервных болезней факультета последипломного профессионального образования врачей ГОУ ВПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, доктор медицинских наук Елена Глебовна Филатова.



Е.Г. Филатова

— Актуальность проблемы головокружения обусловлена прежде всего ее широкой распространенностью. В настоящее время эту жалобу предъявляют около 5% пациентов, обращающихся за медицинской помощью к врачам общей практики; в практике неврологов и отоларингологов количество таких больных достигает 40%. В частности, в неврологии головокружение наряду с головной болью и болями в спине относится к категории наиболее часто встречающихся патологических состояний. Существенное значение имеет и тот факт, что оно не всегда верно диагностируется и трудно поддается лечению, зачастую с необоснованным использованием множества лекарственных средств.

! Необходимо помнить, что головокружение — это всего лишь симптом, а не самостоятельное заболевание. В связи с тем что вертиго может сопутствовать около 80 различным патологиям, даже самый тщательный клинический и параклинический анализы примерно в 40% случаев не позволяют установить истинную причину этого состояния.

На сегодняшний день принято выделять 2 типа головокружения: системное (вестибулярное, истинное), связанное с раздражением одного или нескольких участков вестибулярного анализатора, и несистемное (невестибулярное). Истинное головокружение можно определить как иллюзорное движение неподвижной окружающей среды в любой плоскости, а также ощущение пациентом вращения или движения собственного тела. Для невестибулярного головокружения типичны чувство опьянения, дурноты, качания, потемнения или пелены перед глазами, движения или шевеления в голове, случаи атаксии, синкопы, липотимии.

К развитию вестибулярного головокружения могут приводить поражения как периферического, так и центрального отдела вестибулярной системы. К наиболее частым причинам периферического вестибулярного головокружения относятся доброкачественное позиционное головокружение (ДПГ), болезнь Меньера, вестибулярный нейронит, травмы и хирургические операции на внутреннем ухе, лабиринтиты, опухоли преддверно-улиткового нерва и прием ототоксичных препаратов (неомицина, салицилатов, некоторых диуретиков и др.). Центральный тип обусловлен преимущественно вертебробазилярной недостаточностью, атеросклерозом, мигренью, рассеянным склерозом, хлыстовой травмой шеи и травмами головного мозга.

Центральное вестибулярное головокружение в отличие от периферического чаще бывает постоянным и, как правило, носит менее выраженный характер. При этом обычно сопутствующий головокружению нистагм может отсутствовать либо быть разнообразным по направлению (горизонтальным, вертикальным, диагональным, ротаторным, многонаправленным). В свою очередь, периферическому

головокружению больше свойственен пароксизмальный характер с односторонним и только горизонтальным нистагмом.

Невестибулярное (несистемное) головокружение в основном является следствием обморока или предобморочного состояния (зачастую на фоне соматической патологии), неустойчивости и нарушений походки при мозжечковых, экстрапирамидных и проприоцептивных расстройствах, а также тревожных, тревожно-депрессивных и конверсионных состояниях.

Успех диагностического поиска при выявлении жалоб на головокружение неразрывно связан с детальным расспросом больного. Прежде всего врач должен выяснить, что именно пациент понимает под «головокружением»: потемнение, двоение в глазах, мерцание предметов, появление «сетки» или «тумана» перед глазами, состояние «дурноты», предобморочное

с п. vagus), сопровождающими вестибулярное головокружение. Болезнь Меньера отличается снижением слуха, шумом и звоном в ушах, а страх, сердцебиение, нарушение дыхания, ощущение кома в горле, боли в голове, сердце или животе, озноб, полиурия и другие психоvegetативные симптомы, протекающие по перманентному или пароксизмальному типу в рамках панической атаки, указывают на психогенное головокружение. В то же время признаки поражения ствола головного мозга (двоение, слабость и онемение в конечностях, атаксия) свидетельствуют о нарушении кровообращения в вертебробазилярном бассейне.

Следует отметить, что, помимо основного заболевания, непосредственно вызывающего приступы головокружения, существует ряд факторов, способных спровоцировать их начало. В частности, поворот головы (перемещение из горизонтального

наряду с головной болью не сопровождается признаками поражения ствола мозга, поскольку тогда оно может быть проявлением общемозговой симптоматики в картине гипертонического криза. Снижение АД также способно провоцировать головокружение при возникновении у больного липотимического состояния.

Помимо изучения жалоб и анамнеза пациента, для диагностики вертиго проводятся исследования, направленные на выявление спонтанного нистагма, нистагма фиксированного взора, саккад (быстрых согласованных скачкообразных движений глаз), качания головы. Осуществляется ряд функциональных проб (Холлпайка, согласованности движений конечностей, устойчивости в позе Ромберга), тест плавного слежения; оценивается статическая поза, походка больного.

Тест саккад проводится с двумя карандашами, окрашенными на концах в разные цвета. Врач располагается с карандашами в руках на расстоянии 60 см от пациента, после чего просит его смотреть поочередно на один и другой карандаш вначале горизонтально, затем вертикально. Выявление задержки саккад может свидетельствовать о поражении ствола мозга, мозжечка, теменной или затылочной коры.

Нарушение плавного слежения определяется пробой синусоидального слежения глазами. Пациент смотрит на кончик карандаша, находящегося на расстоянии 60 см в правой руке врача, который медленно ведет его по синусоиде в горизонтальной плоскости. В норме слежение плавное, равномерное, без саккад — они возникают при поражении мозжечка, теменной или затылочной коры в обоих направлениях.

Таким образом, проведение детального обследования больного помогает диагностировать истинную природу головокружения. К сожалению, в настоящее время подавляющее большинство эпизодов вертиго отечественными специалистами ошибочно расценивается как вестибулярное головокружение центрального генеза на фоне вертебробазилярной недостаточности, остеохондроза шейного отдела позвоночника, дисциркуляторной энцефалопатии. На самом деле происхождение вертиго в основном ассоциировано с ДПГ, психическими заболеваниями, базилярной мигренью, болезнью Меньера и вестибулярным нейронитом, о чем убедительно свидетельствует клинический опыт всемирно известного невролога Томаса Брандта. Причина ошибок в диагнозе главным образом кроется в переоценке роли изменений в шейном отделе позвоночника, выявляемых при рентгенологических и нейровизуализационных исследованиях у лиц среднего и пожилого возраста, а также результатов ультразвуковых сосудистых исследований, показывающих наличие изгибов, умеренных стенозов, асимметрии кровотока, которые, как правило, не являются истинными причинами головокружения.



состояние, чувство «пустоты» или «тумана» в голове, субъективное ощущение неустойчивости, ощущение вращения окружающей среды или собственного тела. Затем необходимо установить, как протекает вертиго — остро в виде приступа или перманентно. При ДПГ приступ системного головокружения длится от нескольких секунд до минуты, при болезни Меньера — от нескольких часов до суток, при вестибулярной мигрени — не более часа. Несистемному головокружению чаще свойственен перманентный, периодически усиливающийся характер.

Неоценимый вклад в установление причин, вызвавших головокружение, вносит выявление сопутствующих ему признаков, а также анализ лекарственной терапии, которую пациент получал или продолжает получать в настоящее время (некоторые препараты обладают ототоксичным действием, за счет чего способны индуцировать вертиго). Так, нистагм характерен для поражения вестибулярного аппарата как на периферическом, так и на центральном уровнях. Тошнота, рвота, избыточное потоотделение являются типичными симптомами активации парасимпатической вегетативной нервной системы (через взаимосвязь вестибулярного анализатора

положения в вертикальное или поворот в стороны) является типичным провокатором ДПГ. Развитие системного головокружения могут вызывать переломы пирамидки височной кости и повреждения периферического вестибулярного анализатора на фоне травм головы, недавно перенесенное вирусное заболевание (осложненное вестибулярным нейронитом), нарушения целостности внутреннего уха в ходе операций на ухе, приступы мигрени (при этом головная боль носит мигренозный характер, сопровождается фото- и фонофобией, могут наблюдаться зрительные симптомы мигренозной ауры). Эмоциональный стресс, особенно чувство страха в толпе, метро, при переходе по мосту, приводит к психогенному головокружению, которое может стать перманентным и усиливаться в агорафобических ситуациях при хроническом стрессе.

Нарушения кровообращения в вертебробазилярной системе, зачастую связанные с повышением или снижением артериального давления (АД), отличаются тем, что к вертиго обычно присоединяются признаки поражения ствола головного мозга. Необходимо уделять особое внимание случаям, в которых у больного со значительно повышенным АД головокружение несистемного характера

Подготовил **Антон Пройдак**