

Головокружения в практике врача-интерниста

О.М. Драпкина, С.М. Чапаркина, В.Т. Ивашкин

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова. Москва, Россия

Vertigo in internist's practice

O.M. Drapkina, S.M. Chaparkina, V.T. Ivashkin

I.M. Sechenov Moscow Medical Academy. Moscow, Russia

Головокружение – проблема, с которой сталкивается врач любой специальности. Головокружение наблюдается у 30% людей > 65 лет и у 50% > 80 лет. Этот симптом существенно влияет на качество жизни пациента, может быть причиной падений и травм, приводить к нетрудоспособности и даже инвалидизации. Различают три основных типа головокружений: «истинное» головокружение или системное; липотимические состояния и обмороки различной природы; головокружения смешанного генеза (нарушения походки и неустойчивость). Выделяют также четвертый тип головокружений психогенного происхождения. Определение типа головокружения базируется на тщательном анализе жалоб больного. Лечебная тактика врача в первую очередь должна быть направлена на устранение причин головокружения; второе касается устранения симптомов и реабилитации больного. Применяются средства, действующие на уровне вестибулярных рецепторов или центральных вестибулярных структур. Один из возможных и эффективных препаратов для симптоматического лечения – бетагистина гидрохлорид.

Ключевые слова: головокружение, вестибулярные структуры, гистаминергические нейроны, бетагистина гидрохлорид.

Vertigo is a problem faced by doctors of all specialties. Vertigo is diagnosed in 30% of people over 65 years and 50% of individuals aged over 80 years. This symptom affects quality of life, may cause falls and traumas, lead to impaired functioning and even disability. There are three main vertigo types: "true", or systemic; lipothymic states and syncope of various origin; vertigo of combined origin (trait and stature disorders), plus the fourth variant, psychogenic vertigo. Vertigo type identification is based on detailed complaint analysis. Therapeutic strategy should be aimed at eliminating vertigo causes, symptom alleviation, and patient's rehabilitation. Therapeutic agents act on the levels of vestibular receptors or central vestibular structures. One of effective agents for symptomatic therapy is betahistine hydrochloride.

Key words: Vertigo, vestibular structures, hystaminergic neurons, betahistine hydrochloride.

Чувство равновесия – одно из наиболее древних приобретений человека в процессе его развития. На биологической шкале эволюции оно возникло раньше зрения и слуха и, возможно, раньше вкусовой чувствительности и обоняния. Любое расстройство этой функции приводит к появлению у больного мрачного предчувствия, которое нередко доводит его до состояния ужаса. Хотя под головокружением обычно понимают иллюзорное движение окружающей среды или самого больного, расстройства равновесия могут принимать самые разнообразные формы, и, к огорчению страдающих головокружением, не всегда просто аналитическим методом распознать природу их недуга. Для клинициста такой пациент всегда создает трудноразрешимую

проблему. Ввиду сложных и обширных связей в центральной нервной системе (ЦНС), вестибулярная система (ВС) чувствительна ко многим патологическим процессам, каждый из которых может тем или иным образом нарушить чувство равновесия.

В процессе эволюции человека развился крайне утонченный механизм поддержания равновесия, который зависит от зрительной, вестибулярной, проприоцептивной и поверхностно-сенсорной информации. Вся эта информация интегрируется в ЦНС и модулируется активностью ретикулярной формации, экстрапирамидной системы, мозжечка и коры головного мозга. Первостепенную роль в этой сложной системе играют вестибулярные рецепторы. Реагируя на изменения линейного и углового уско-

©Поступила 08/05-2007
Коллектив авторов, 2007
e-mail: drapkina@yandex.ru;
drapkina@mail.magelan.ru



Рис. 1 Схема действия механизмов равновесия [6].

рений, силы гравитации, рецепторы переводят эту информацию в электрические импульсы, которые могут быть расшифрованы мозгом. В результате, человек осознает положение головы и тела в пространстве, и ему доступна информация, необходимая для инициации и управления позными и двигательными рефlekсами (рисунок 1).

Периодическое ощущение головокружений относится едва ли не к самым частым жалобам больных соматического профиля, уступая лишь головной боли. Ощущение головокружения и головная боль знакомы практически каждому человеку. Но если в отношении головной боли достигнут явный прогресс в создании унифицированных подходов к терминологии, классификации, патогенетическим трактовкам и лечению, то головокружение остается недостаточно разработанной проблемой.

Головокружение может быть симптомом многих патологических состояний. А сами пациенты одним словом «головокружение» называют самые разные ощущения. Следовательно, первоочередная задача врача — выяснить, какие реальные ощущения испытывает больной, называя их головокружением.

Важность анамнеза. В 1928г А.М.Левин и Д.Д.Плетнев в «Основах клинической диагностики для врачей и студентов» писали: «Первые жалобы больного, его общий вид возбуждают в уме врача целый ряд подозрений, пока еще весьма смутных. Дальнейший рассказ больного, его воспоминания о прежде бывших заболеваниях, о ходе нынешнего заболевания укрепляют некоторые из этих подозрений и делают маловероятными все остальные. Постепенно из хаоса возможных предположений выделяется несколько таких, которые в данном случае сравнительно более вероятны, и врач, исследуя больного, по-возможности всесторонне, главным образом, те органы, вокруг которых сосредотачиваются его подозрения, — обыкновенно скоро прихо-

дит к заключению относительно того, которые из возможных в данном случае предположений наиболее вероятны. Это последнее и есть диагноз».

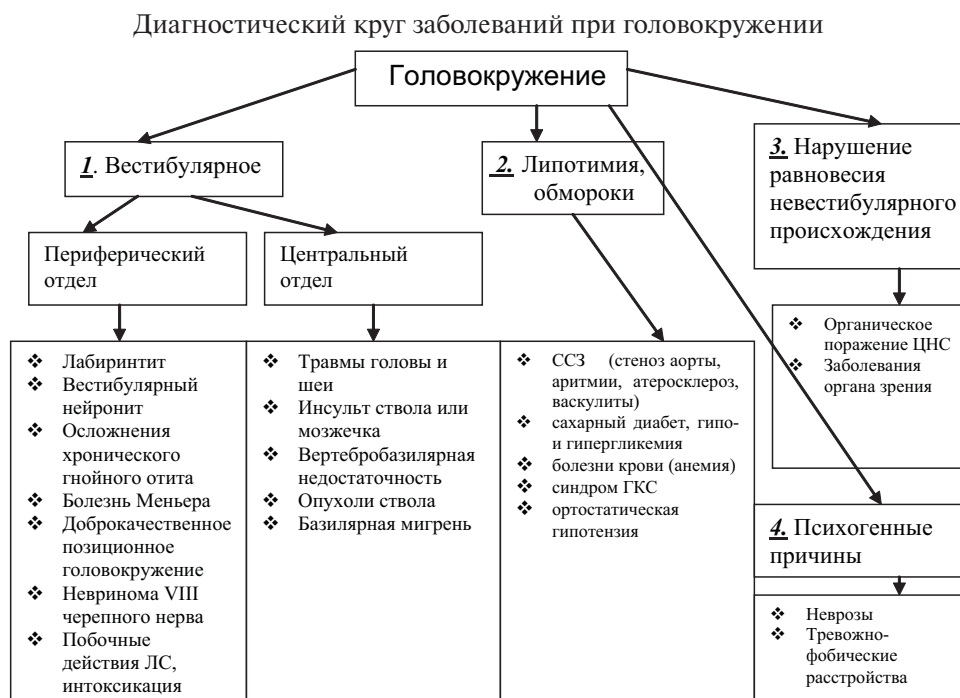
Жалуясь на головокружение, пациент обычно имеет в виду один из трех его типов [1]: «истинное» головокружение, к которому рекомендуют относить системное (вращательное, круговое) головокружение; липотимические состояния и обмороки различной природы; головокружения смешанного генеза (нарушения походки и неустойчивость). На современном этапе выделяют еще один, четвертый тип головокружений психогенного происхождения [2].

Определение типа головокружения базируется на тщательном анализе жалоб. Существует вопрос, который обязательно следует задать пациенту: «Ощущаете ли Вы вращение собственного тела или окружающих предметов?». При таких утверждениях, как: «Мне казалось, что комната вращается вокруг меня», — можно с уверенностью судить о наличии системного (вестибулярного, истинного) головокружения. Важным является наличие таких сопутствующих симптомов, как тошнота и рвота. Такой тип головокружений усиливается при вставании, поворотах головы, ходьбе [1,3].

Состояние «дурноты» в виде ощущения общей слабости, тошноты, «потемнения в глазах», холодного пота, предчувствия неминуемого падения и потери сознания характерно для невестибулярного головокружения, объединяющего липотимические состояния и психогенный тип.

Третий вариант головокружений подразумевает трудноописуемые ощущения, возникающие иногда во время перемещения взора, в процессе передвижения больного с дискоординацией движений, неустойчивостью тела, при нарушениях походки разного типа и связан с постуральными, зрительно-вестибулярными, апракто-атактическими и другими подобными расстройствами [1,2].

Таблица 1



Выявление жалоб помогает определить наличие у больного системного или несистемного типа головокружения.

Следующий этап – диагностический поиск причины головокружения. Головокружение наблюдается у 30% людей > 65 лет и у 50% > 80 лет [3, 10]. Этот симптом существенно влияет на качество жизни (КЖ) пациента, может быть причиной падений и травм, приводить к нетрудоспособности и даже инвалидизации. Спектр причин, вызывающих головокружение, очень широк и представлен в таблице 1. Хотя течение многих болезней доброкачественно, в круг диагностики заболеваний включены такие жизненно угрожающие состояния, как цереброваскулярная патология – транзиторные ишемические атаки (ТИА), инсульт и сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – аритмии, пороки. При таком разнообразии этиологических факторов целесообразен междисциплинарный подход к диагностике и реабилитации таких пациентов [4].

Системное (вестибулярное) головокружение

Вестибулярное головокружение может возникать при вовлечении ВС на любом уровне, начиная от внутреннего уха в пирамидке височной кости, вестибулярного нерва, мостомозжечкового угла, ствола головного мозга и заканчивая подкорковыми структурами и корой головного мозга (в височных и теменных долях).

Окончательный диагноз уровня вестибулярной дисфункции устанавливается на основании показателей вестибулярного паспорта и сопутствующей неврологической симптоматики. Анализ последней более доступен для практического врача и не менее

важен, чем изучение нистагма при специальных вестибулярных нагрузках [1].

Любые процессы, поражающие вестибулярные проводники на периферическом уровне (от внутреннего уха и вестибулярного нерва до мостомозжечкового угла и ядер вестибулярного нерва в стволе головного мозга), как правило, сопровождаются не только вестибулярным симптомокомплексом, но и нарушением слуха, т. к. на этом уровне вестибулярный и слуховой нервы идут вместе, образуя 8-ю пару краниальных нервов. Таким образом, системный характер головокружения и снижение слуха без других неврологических знаков – характерный признак поражения периферических отделов ВС. При процессах этой локализации головокружение часто носит характер острых приступов (таблица 2).

Указанный комплекс пароксизмальных слуховых и вестибулярных расстройств носит название синдрома Меньера (не путать с болезнью Меньера) [1,2]. До сих пор спорят об отличиях, но все больше сходятся в том, что болезнь Меньера первична, синдром вторичен. Синдром состоит из слуховых и вестибулярных компонентов. К слуховым компонентам относят: шум, звон в ушах или понижение слуха на пораженной стороне. Вестибулярные компоненты включают: вестибулярное (системное) головокружение; спонтанный нистагм; вестибулярную атаксию; тошноту, рвоту, гипергидроз и другие вегетативные нарушения.

Для выявления вестибулярной атаксии используют пробу Ромберга [5]. Обследуемого просят плотно сдвинуть стопы, голову слегка приподнять, руки поднять до горизонтального уровня, вначале стоять с открытыми глазами, а затем закрыть глаза.

Дифференциальная диагностика центральной и периферической вестибулопатии [5]

Клинические признаки	Центральная вестибулопатия	Периферическая вестибулопатия
Нистагм	Вертикальный, ротаторный, горизонтальный; Направлен в сторону взора; усиливается при взгляде в сторону поражения	Горизонтально-ротаторный; направлен в определенную сторону; усиливается при взгляде в противоположную сторону
Головокружение	Обычно легкое, но постоянное	Выраженное, часто преходящее
Тошнота, рвота	Нередко отсутствуют	Обычно присутствуют
Направление падения	Вариабельно	В сторону поражения
Фиксация взора, закрывание глаз	Не влияют на симптомы или усиливают их	Уменьшают нистагм и головокружение
Стволовые симптомы	Выявляются часто	Отсутствуют
Снижение слуха, шум в ушах	Отсутствуют	Выявляются часто

При одностороннем периферическом поражении пациент постоянно отклоняется в сторону поражения. В случаях нарушения равновесия истерического характера, пациент начинает падать назад как оловянный солдатик, но всегда вовремя восстанавливает равновесие.

Для того чтобы заподозрить воспалительные заболевания периферического отдела вестибулярного анализатора, необходимо задать следующие вопросы: Не перенес ли больной недавно простуды? Не было ли травм и операций на ухе? Нет ли снижения слуха?

Вестибулярный нейронит (частота распространения 4,3%) — заболевание с неизвестным патогенезом, которое встречается, по-видимому, чаще, чем диагностируется. Болезнь часто начинается после острой респираторной инфекции, реже связана с метаболическими расстройствами. Развитие симптомов острое: системное головокружение, тошнота, рвота, которые могут продолжаться несколько дней. Прогноз благоприятный. Заболевание полностью регрессирует, хотя возможен «хвост» плохого самочувствия в виде общей слабости, легкой неустойчивости, субъективного ощущения «отсутствия равновесия» особенно при резких поворотах головы. Кроме нистагма других неврологических симптомов при этом синдроме не бывает [3,6].

Известны и другие, помимо вестибулярного нейронита, заболевания, при которых наблюдается головокружение без очаговых неврологических знаков: острый лабиринтит или лабиринтопатия (снижается слух), доброкачественное позиционное головокружение, мигрень, артериальная гипертензия (АГ), алкогольная интоксикация, височная эпилепсия, посткоммоционный синдром, болезнь движения.

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) диагностируется с частотой 34,3% [2,7]; проявляется короткими (от нескольких секунд до нескольких минут) приступами головокружения, возникающими при перемене положения тела. В типичных случаях головокружение развивается в строго определенном положении головы, смена положения которой (больной поворачивается, например, на другой бок) приводит к прекраще-

нию головокружения. Прогноз благоприятный. ДППГ обычно проходит самостоятельно в течение нескольких месяцев. ДППГ может возникать после черепно-мозговой травмы, среднего отита или стапедэктомии, а также при интоксикациях и вирусных инфекциях. Идиопатические случаи заболевания связаны с дегенеративным процессом образования отоконияльных отложений в полукружном канале, в результате чего повышается чувствительность этого канала к гравитационным воздействиям при изменении положения головы. Однако диагноз этого синдрома всегда требует тщательного исключения других возможных причин головокружения [1,5,9]. Важным диагностическим критерием служит нистагм. Нистагм — непроизвольное ритмическое колебание глазных яблок. Его можно наблюдать, если больной держит голову прямо при отведении глазных яблок в стороны; нистагм может быть спровоцирован изменением положения головы. При специальном исследовании у отоларинголога используются температурные тесты, когда наружный слуховой проход орошается водой с температурой на 7°C выше или ниже температуры крови. Температурные тесты могут провоцировать чувство вращательного движения и нистагм. Нистагм наблюдается во время головокружения и является объективным критерием наличия истинного головокружения. Наконец, используют ротационное тестирование, при котором пациента вращают на специальном стуле вокруг вертикальной оси и регистрируют движения глазных яблок [2,3].

Основные вопросы, которые необходимо задать при подозрении на ДППГ: длительность приступов головокружения; как влияет на головокружение положение головы и тела и их изменение?

Болезнь Меньера выявляется с частотой 5,9% [2]. Она служит классическим примером острого рецидивирующего системного (вестибулярного) головокружения и считается самостоятельной нозологической формой. При этом поражается преимущественно внутреннее ухо. Возраст начала заболевания 20-50 лет. Головокружение приступообразное, продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов. Частота приступов от одного раза в год до нескольких раз в день.

Течение волнообразное: периоды обострения сменяются ремиссией. Для приступа, помимо головокружения, характерны появление шума в ухе, тошнота и рвота, бледность и повышенное потоотделение. Больные в момент приступа ищут определенное положение, избегая резких звуков, яркого света, мелькания предметов перед глазами. Обострению часто предшествуют определенные признаки: аура — усиление шума, заложенности, расстройство равновесия и др. Со временем у пациентов развивается прогрессирующая тугоухость. Патогенез болезни до сих пор не ясен, известен лишь ее патоморфологический субстрат — эндолимфатический гидропс. Периферическое головокружение при болезни Меньера всегда сопровождается спонтанным нистагмом — горизонтальным или горизонтально-ротаторным различной интенсивности. Характеристика нистагма зависит от положения глаз: нистагм усиливается при взоре в сторону быстрого компонента и ослабевает в сторону медленного компонента. Состояние глаз при этом нормальное, нарушения со стороны глазодвигательных нервов отсутствуют. Пациентов с болезнью Меньера направляют в специализированное учреждение для обследования у специалистов: сурдолога, отоневролога, невропатолога [1,3,6].

Невринома VIII черепного нерва (распространенность 0,4%) [2]. Начало заболевания постепенное. Головокружения редкие. Снижение слуха наступает быстро при развитии опухоли во внутреннем слуховом проходе, но чаще она локализуется в области мостомозжечкового угла, и тогда тугоухость развивается годами. Невринома VIII нерва в некоторых случаях может проявиться острым системным головокружением, что приводит к ошибочному диагнозу болезни Меньера, вестибулярного нейронита, лабиринтита и др. Для невриномы характерны сочетанное поражение лицевого, тройничного нервов, признаки поражения мозжечка, изменения на глазном дне. Необходимо раннее обследование с привлечением отоневролога, окулиста, невропатолога, однако наибольшую диагностическую ценность имеет магнитно-резонансная или компьютерная томография [3,6].

Поражение вестибулярного анализатора центрального уровня может быть обусловлено ишемией ствола мозга, рассеянным склерозом, опухолями задней черепной ямки, а также опухолями других отделов. Патологические процессы, развиваясь в мозге, нарушают связи вестибулярного аппарата (ВА) с корой головного мозга (стволовые энцефалиты, выраженная внутричерепная гипертензия, вертебробазиллярная недостаточность, дегенеративные заболевания мозга). При центральном поражении ВА вестибуловегетативные реакции в большинстве случаев слабо выражены. Понижение слуха не характерно (таблица 2).

Вертебробазиллярная недостаточность. В течение длительного времени вертебробазиллярная недостаточность являлась главной причиной головокружения, хотя на самом деле это состояние встречается достаточно редко (< 1,0% всех консультаций по поводу головокружений) [2,11]. По другим данным ТИА у пациентов с жалобами, включающими головокружения, диагностируются в 3,2% случаев; у пациентов с единственной жалобой на головокружения — в 0,7% случаев [7, 8].

Однако в отношении пожилых людей, имеющих дополнительные факторы риска, всегда существует осторожность в отношении нарушений мозгового кровообращения [1]. Головокружение начинается остро, продолжается несколько минут, сопровождается нарушением равновесия. Кардинальным признаком вертебробазиллярной недостаточности являются дополнительные симптомы: нарушение зрения, двоение, дизартрия, падения, слабость и онемение в конечностях. Приступы головокружения нередко бывают первым симптомом вертебробазиллярной недостаточности, но если эти эпизоды повторяются на протяжении многих месяцев и тем более лет, а другие симптомы не появляются, то диагноз вертебробазиллярной недостаточности сомнителен. Такие признаки, как остеохондроз шейного отдела позвоночника, иногда изгиб одной или обеих позвоночных артерий, обнаруженный при ультразвуковом исследовании сосудов шеи, не являются достаточными основаниями для заключения о недостаточности вертебробазиллярного кровообращения. В настоящее время доказано, что изолированное системное головокружение, не сопровождающееся очаговыми неврологическими симптомами, в подавляющем большинстве случаев является признаком поражения периферических отделов ВС [3,6]. Эпизоды изолированного системного головокружения часто служат причиной гипердиагностики вертебробазиллярной недостаточности. Такие больные нуждаются в тщательном обследовании для верификации предполагаемого сосудистого заболевания [1].

Побочные действия лекарственных средств (ЛС), интоксикация. Следует помнить, что побочным эффектом некоторых антигипертензивных, противоэпилептических и противоревматических средств может быть головокружение (таблица 3). Какие лекарственные препараты Вы принимаете или принимали в последнее время? Употребляете ли Вы спиртное или наркотики? Эти вопросы следует задать больному с жалобами на головокружения при диагностическом обследовании. В случаях, когда головокружение связывается с приемом ЛС или интоксикацией достаточно заменить препарат или его дозу, устранить интоксикацию [12].

Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с симптомами системного (вестибулярного) головокружения, требует компетенции невролога. Однако знание приемов клинической

Таблица 3

Лекарственные средства,
вызывающие головокружения

- Алкоголь
- Антибиотики (аминогликозиды, тетрациклины)
- Аспирин
- Антидепрессанты
- Диуретики в больших дозах
- Нитроглицерин
- Кокаин, марихуана
- Фенотиазины, бензодиазепины, барбитураты
- Хинин, хинидин
- Антигипертензивные средства

ориентации в жалобах и основных неврологических проявлениях может быть полезным врачу любой специальности. Врач общей практики чаще сталкивается с головокружениями другого типа, когда они наблюдаются при липотимических состояниях при ортостатических расстройствах кровообращения.

Несистемное головокружение в картине липотимического состояния

Этот тип головокружения проявляется внезапно наступающей общей слабостью, ощущением дурноты, «потемнения в глазах», звоном в ушах, предчувствием неминуемого падения и потери сознания, что нередко происходит на самом деле (обморок). В последнем случае, т. е. когда головокружение предшествует потере сознания (обмороку), оно носит название липотимического (предобморочного) состояния. Липотимическое состояние не обязательно переходит в обморок; это зависит от скорости и степени падения артериального давления (АД). Липотимические состояния могут часто повторяться, тогда основной жалобой больного будет головокружение. Анализ этих жалоб не оставляет сомнений в том, что они не имеют ничего общего с системным головокружением [1,6].

Для клинициста важно помнить, что липотимические состояния и обмороки бывают двух типов: нейрогенные и соматогенные. Такая несколько упрощенная классификация не всегда применима к любому клиническому наблюдению, однако, в целом она верно указывает на разное происхождение головокружений. Выделяют: вазодепрессорный синкоп; гипервентиляционный синдром, в т.ч. и психогенного генеза; синдром гипервозбудимости каротидного синуса (ГКС); кашлевой синкоп; никтурический синкоп; гипогликемический синкоп; ортостатические обмороки разного происхождения.

Самый частый тип липотимий и обмороков — вазодепрессорная синкопа, обычно провоцируемая теми или иными стрессовыми воздействиями: ожидание боли, вид крови, страх, духота и т.п. До сих пор недооценивается, особенно терапевтами, гипервентиляционный обморок; при выраженной нейрогенной гипервентиляции закономерно возни-

кает головокружение, которое не всегда заканчивается обмороком. Психогенная гипервентиляция может приводить к респираторному алкалозу с такими типичными симптомами, как головокружение, легкая головная боль, онемение и покалывание в конечностях и лице, зрительные нарушения, мышечные спазмы, сердцебиения, обморок. Выраженная гипервентиляция способна спровоцировать эпилептический припадок при соответствующей предрасположенности. Важно знать, что такие больные нередко жалуются на стесненность в груди, неспособность сделать глубокий вдох, чувство «нехватки воздуха». Можно наблюдать аэрофагию с последующими абдоминальными болями. На фоне диспноэ возможно появление дрожания, ознобоподобного гиперкинеза, тетанических судорог («карпо-педальные спазмы») в конечностях [1,3].

Ортостатическая гипотензия и обмороки (5,9% всех пациентов с головокружениями) — другая важная причина несистемных головокружений [2]. Она может иметь как нейрогенное — первичная периферическая вегетативная недостаточность (ПВН), так и соматогенное происхождение (вторичная ПВН). Первичная ПВН представлена такими заболеваниями как идиопатическая ортостатическая гипотензия, синдром Шая-Дрейджера. Вторичная ПВН развивается на фоне соматических заболеваний [1,3].

Для клинициста важно помнить, что предрасполагают к головокружениям второго типа артериальная гипотония; астенические состояния после острых инфекционных и соматических заболеваний, а также при хронических процессах; состояния, связанные со снижением общего объема циркулирующей крови: острая потеря крови, анемия, гипопроотеинемия. У больных с предполагаемым дефицитом объема крови важное диагностическое значение имеет тахикардия в покое.

Известны головокружения и синкопы при брадикардии вследствие усиления вагального рефлекса. В этом случае происходит остановка сердца и потеря сознания при отсутствии какого-либо заболевания сердца. Предполагают, что стимулы, способные вызвать такой необычный вегетативный ответ, могут исходить из разных органов, афферентная иннервация которых бывает вагальной, тригеминальной, глоссофарингеальной или спинальной. Головокружения и синкопы вследствие усиленного вагального рефлекса могут развиваться при давлении на глазное яблоко, эзофагальной дилатации, растянутой прямой кишке или растянутом влагалище. Общим фактором здесь, вероятно, служит висцеральная боль [1].

Если ортостатические нарушения кровообращения протекают не только с головокружением, но сопровождаются потерей сознания, то часто возникает необходимость проведения дифференциального диагноза с эпилепсией, что находится в компетенции невролога. Обмороки исключительно редки

в горизонтальном положении пациента и никогда не наступают во сне; в то же время они возможны при вставании с постели ночью. Ортостатическую гипотензию можно легко обнаружить на поворотном столе (пассивная смена положения тела). После нескольких минут горизонтального положения больного переводят вертикальное. При ПВН в течение короткого времени АД падает, а частота сердечных сокращений (ЧСС) повышается недостаточно или не увеличивается вообще, что приводит к головокружению и обмороку. Результаты диагностических ортостатических проб всегда рекомендуется сопоставлять с другими клиническими данными.

Вообще постуральная гипотензия считается установленной, если при переходе больного из горизонтального положения в вертикальное систолическое АД снижается не менее чем на 30 мм рт.ст. Для уточнения природы головокружения и обмороков необходимо кардиологическое обследование с целью исключения ССЗ. Определенное диагностическое значение имеют проба Даньини — Ашнера (замедление ЧСС более чем на 10-12 уд/мин), проба Вальсальвы. Эти пробы указывают на повышенную реактивность блуждающего нерва. Массаж каротидного синуса помогает выявить ГКС: снижение уровня АД и даже провокация головокружения. Такие больные плохо переносят тугие воротнички, душные помещения.

Головокружение смешанной природы

Третий тип головокружения имеет смешанную природу. Это состояние трудно оценить словесно; возникает оно при передвигании больного и проявляется неустойчивостью тела, нарушением походки, зрительными расстройствами. Характер головокружения неоднороден и не всегда четко определяется. Данный тип головокружения может возникать при патологических процессах в области шеи. Сюда относятся головокружения при врожденной костной патологии (синдром Арнольда — Киари), при шейном остеохондрозе и остеопорозе (например, задний шейный симпатический синдром), гиперэкстензии, хлыстовой травме. Нарушения равновесия и походки (дисбазия), связанные с паретическими, атактическими, гиперкинетическими, акинетическими, апрактическими или постуральными расстройствами, иногда воспринимаются и описываются больными как состояния, напоминающие головокружения. Однако анализ ощущений больного показывает в таких случаях, что головокружения в прямом смысле этого слова у пациента может и не быть, но есть снижение контроля над своим телом в процессе его ориентации в пространстве.

Головокружение может возникать у некоторых людей при неудачно подобранных линзах, а также может стать побочным эффектом некоторых ЛС [1,6].

Психогенное головокружение

Жалобы на головокружение входят в «десятку» самых частых жалоб, предъявляемых пациентами с психогенными, а именно с невротическими расстройствами. Психогенное головокружение облигатно сопровождается выраженными страхом и тревогой, а также вегетативными нарушениями — сердечно-сосудистыми и дыхательными. Наиболее часто головокружение отмечается на фоне гипервентиляционного синдрома; учащенное и поверхностное дыхание приводит к метаболическим расстройствам, повышению нервно-мышечной возбудимости и др. При этом пациенты определяют свое состояние как дурноту, легкость в голове; нередко симптомы головокружения сочетаются с шумом и звоном в ушах, повышенной чувствительностью к звуковым стимулам, неустойчивостью при ходьбе. Нередко психогенное головокружение возникает во время панической атаки. Ее симптомы в виде страха, одышки, сердцебиения, тошноты могут возникать одновременно с симптомами дурноты, «предобморочного состояния», страха падения и нарушения равновесия. Известен факт, что психогенное головокружение нередко возникает у пациентов с врожденной неполноценностью ВА, которая проявляется с детства в виде плохой переносимости транспорта, качелей, каруселей, высоты и т.д. В этих случаях существующая с детства вестибулопатия принимает участие в симптомообразовании при психогенном состоянии и тем самым играет важную роль в возникновении жалоб на головокружение [3,6].

Вестибулярная компенсация

Феномен вестибулярной компенсации состоит в том, что головокружения, нистагм и другие симптомы могут с течением времени исчезнуть при сохранении причины этих расстройств. Признаки исчезают в результате компенсаторных механизмов. Вестибулярная компенсация зависит от сенсорных импульсов, поступающих от визуальных и проприоцептивных источников, а также от работающей части ВА. Эти сенсорные импульсы, включая сложные нейрофизиологические и адаптационные механизмы, способствуют функциональному восстановлению. При лечении каждого пациента следует не забывать об этих сложных и, нередко, хрупких механизмах [2].

Улучшению вестибулярной компенсации способствует усиление визуальных, проприоцептивных и остаточных вестибулярных импульсов. Любые факторы, которые способны усилить эти импульсы, следует считать поощрительными, а те факторы, которые ослабляют их, должны быть исключены врачом [6].

Врач должен поощрять пациента к активной тактике лечения заболевания, при этом важно тесное сотрудничество с ним; необходимо заставить больного мобилизоваться, активизировать-

ся. Это особенно важно в ранней фазе восстановления после болезни, когда пациент часто предпочитает лежать один в совершенно темном помещении [6].

Лечение

У некоторых больных головокружение протекает в легкой форме, и в этих случаях первое, что нужно сделать, уменьшить их беспокойство по этому поводу, создавая комфортные условия и обеспечивая спокойное состояние. В других случаях появление головокружения служит зловещим симптомом серьезной патологии. Последняя группа больных заслуживает особого внимания, поскольку даже при незначительных симптомах, применение соответствующих диагностических тестов позволяет выявить у них очень точную локализацию патологического процесса, вызвавшего вестибулярные нарушения [6].

Во многих случаях возможен лишь симптоматический контроль за течением заболевания. Такой подход значительно улучшает КЖ пациента, страдающего головокружениями [1,6]. Применяются средства, действующие на уровне вестибулярных рецепторов или центральных вестибулярных структур. Передача импульса в центральном отделе вестибулярного анализатора обеспечивается преимущественно гистаминергическими нейронами. В последние годы для купирования головокружения, а также в целях профилактики приступов успешно применяется бетагистин дигидрохлорид (Бетасерк®, СОЛВЕЙ ФАРМА, Германия). Бетасерк®, имея структурное сходство с гистамином, стимулирует H_1 -рецепторы и блокирует H_3 -рецепторы, что приводит к нормализации передачи нервного импульса в центральном отделе вестибулярного анализатора.

Препарат рекомендуется в дозе для взрослых 48 мг/сут. Отмечен положительный эффект Бетасер-

ка® при болезни Меньера. В момент приступа прием 2-3 таблеток Бетасерка® способствует купированию головокружения. Для лечения и профилактики Бетасерк® назначается по 24 мг 2 раза в сутки (по 1 таблетке, содержащей 24 мг 2 раза в сутки). Препарат снижает частоту приступов системного головокружения и уменьшает нарушение равновесия. Бетасерк® не обладает седативным эффектом и способствует становлению вестибулярной компенсации, что особенно важно при хроническом головокружении.

Заключение

Головокружение – мультидисциплинарная медицинская проблема, т. к. оно может быть следствием самых различных процессов. Врач любой специальности может столкнуться с этой проблемой. Определение причины головокружения – порой очень сложная задача, однако от ее решения зависит успех лечения. Лечебная тактика врача в первую очередь должна быть направлена на устранение причин головокружения; второе касается устранения симптомов и реабилитации больного.

Во многих случаях возможен лишь симптоматический контроль за течением заболевания. Такой подход значительно улучшает КЖ пациента, страдающего головокружениями [1,6]. Применяются средства, действующие на уровне вестибулярных рецепторов или центральных вестибулярных структур. Передача импульса в центральном отделе вестибулярного анализатора обеспечивается преимущественно гистаминергическими нейронами. Один из возможных и эффективных препаратов для симптоматического лечения – бетагистин гидрохлорид (Бетасерк®), имея структурное сходство с гистамином, стимулирует H_1 -рецепторы и блокирует H_3 -рецепторы, что приводит к нормализации передачи нервного импульса в центральном отделе вестибулярного анализатора.

Литература

1. Вейн А.М. Неврология для врачей общей практики. Москва «Эйдос Медиа» 2001; 453-73.
2. Тупе М. Основные диагнозы при головокружении и расстройствах равновесия. Москва «Медиа» 2002.
3. Соловьева А.Д. Головокружение. Cons med 2005; 3(5): 21-4.
4. Colledge NR, Barr-Hamilton RM, Lewis SJ, et al Evaluation of investigations to diagnose the cause of dizziness in elderly people: a community based controlled study. BMJ 1996; 313(7060): 788-92.
5. Штульман Д.Р., Левин О.С. Справочник практического врача по неврологии. Москва «Советский спорт» 1999; 158-67.
6. Дикс М.Р., Худ Дж.Д. Головокружение. Москва «Медицина» 1989.
7. Furman JM, Cass SP. Benign Paroxysmal Positional Vertigo. NEJM 1999; 341(21): 1590-6.
8. Savitz SI, Louis R, Vertebrobasilar Disease. NEJM 2005; 352(25): 2618-26.
9. Hotson JR, Baloh RW. Acute Vestibular Syndrome. NEJM 1998; 339(10): 680-5.
10. Kanagalingam J, Hajioff D, Bennett S. Vertigo. BMJ 2005; 330(7490): 523-7.
11. Kerber KA, Brown DL, Lisabeth LD, et al. Stroke among patients with dizziness, vertigo, and imbalance in the emergency department: a population-based study. Stroke 2006; 37(10): 2484-7.
12. Мельников О.А. Периферический вестибулярный синдром как причина развития головокружения и расстройства равновесия. Леч врач 2003; 10: 66-8.

Поступила 08/05-2007