

В соответствии с Классификацией нарушений ходьбы (J.G.Nutt, C.D.Marsden, P.D.Thompson, 1993, с дополнениями, О.С.Левин, 2008) выделяют следующие группы нарушений ходьбы в зависимости от этиопатогенетических механизмов и уровня нарушения генерации локомоторных и постуральных синергий:

1. Нарушения ходьбы при поражениях костно-суставного аппарата и периферических нервов, а также нарушениях сенсорной афферентации (нарушения спинального уровня регуляции ходьбы):

1.1. Нарушения ходьбы при поражениях костно-суставной системы (артрозы, артриты, рефлекторных синдромы остеохондроза позвоночника, сколиоз, ревматической полимиалгия и др.), которые часто имеют анталгический характер.

1.2. Нарушения ходьбы при дисфункции внутренних органов и систем (тяжелая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность, облитерирующее поражение артерий нижних конечностей, ортостатическая артериальная гипотензия).

1.3. Нарушения ходьбы при дисфункциях афферентных систем (сенситивная, вестибулярная, зрительная атаксии, мультисенсорная недостаточность).

2. Нарушения ходьбы, вызванные поражением двигательных структур: пирамидной, парапирамидной, мозжечковой и экстрапирамидной систем (нарушения стволово-мозжечкового уровня регуляции ходьбы):

2.1. Нарушения ходьбы при заболеваниях с ведущим пирамидным синдромом (спастичность, парезы, параличи, контрактуры).

2.2. Нарушения ходьбы при заболеваниях с ведущим мозжечковым синдромом (статическая, локомоторная, динамическая атаксия, астазия-абазия).

2.3. Нарушения ходьбы при заболеваниях с ведущими экстрапирамидными синдромами (паркинсонизм, дистонии, гиперкинезии и др.).

3. Интегративные (первичные) нарушения ходьбы или сложные интегративные нарушения двигательного контроля: нарушения ходьбы, вызванные нарушением выбора и инициации локомоторных и постуральных синергий, а не их реализации, не зависящие от какой-либо иной неврологической патологии и не связанные с какими-либо другими неврологическими нарушениями (нарушения высшего, корково-подкоркового уровня регуляции ходьбы).

4. Психогенные нарушения ходьбы (психогенная атаксия, психогенная дисбазия при истерии, депрессии и других психических расстройствах).

Важное значение в объективизации нарушений ходьбы и характеристики феноменологии нарушений походки имеет анализ ряда особенностей походки у пациентов. К таким характеристикам относятся: изменения позы при вставании; равновесие в покое; реактивные постуральные реакции (толчковый тест); база опоры при стоянии и ходьбе (расстояние между ступнями); сохранность инициации ходьбы (произвольное начало); исполнительные характеристики ходьбы (длина шага, ритм, скорость, траектория движений конечностями). Тщательный анализ особенностей нарушений локомоции и постурального контроля позволяет получить уже на этапе клинического обследования больного клиничко-феноменологический

анализ походки, правильная интерпретация которой лежит в основе алгоритма последующего диагностического поиска, а также позволяет очертить наиболее значимый круг реабилитационных мероприятий, направленных на компенсацию имеющихся двигательных нарушений.

#### **040. ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ОСТРОГО ВЕСТИБУЛЯРНОГО СИНДРОМА: КЛАССИФИКАЦИЯ И КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ**

**Г.Р. Хузина, Э.И. Богданов, Д.Р. Закирова**

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Минздрава России» (г.Казань)

ФКУЗ "Клинический госпиталь медико-санитарной части МВД по РТ" (г.Казань)

Головокружение остается одним из наиболее частых клинически значимых симптомов в неврологической и общетерапевтической практике и регистрируется у более, чем 40% пациентов амбулаторно-поликлинического звена в качестве основного проявления заболевания. Острое начало вестибулярного синдрома, или «острый вестибулярный синдром» (ОВС) может быть как изолированным, так и сопровождаться фокальными признаками неврологического дефицита: нарушением зрения, гемипарезом, нарушениями чувствительности и слуха. Патофизиологической основой ОВС является дисбаланс тонической нейрональной активности вестибулярной коры в ответ на остро возникшую ассиметричную дисфункцию вестибулярного аппарата, что закономерно приводит к рассогласованию функций вестибулярной, зрительной и сомато-сенсорной систем.

Головокружение является ведущим, иногда единственным симптомом ОВС и Около 80 различных заболеваний неврологического и терапевтического профиля сопровождаются симптомами ОВС и феноменами, но одним из ведущих этиологических факторов являются цереброваскулярные расстройства. Клинически поражения центральных и/или периферических отделов вестибулярного аппарата при цереброваскулярных заболеваниях характеризуются развитием вестибулярного синдрома (ВС) различной степени выраженности, часто усиливающегося при движениях головы симптомами головокружения, постуральной неустойчивости, зрительно-пространственных и сопутствующих вегетативных нарушений (тошнота, рвота).

С учетом разнообразия характеризуемых пациентами проявлений головокружения уже на первом диагностическом этапе важна дифференциация истинного вестибулярного головокружения (типа vertigo), сопровождающегося чувством вращения, и невестибулярного головокружения (типа dizziness), которое проявляется в нескольких вариантах. В этой связи основные формы ОВС центрального генеза

классифицируются следующим образом (Bisdorff A., von Brevern M., Lempert T. et al., 2009):

1. **Internal vertigo** или головокружение как возникающее в покое ощущение мнимого перемещения **собственного тела**, либо искаженное ощущение перемещения собственного тела при движениях головы. Этот вид головокружения включает иллюзию вращательного, линейного или другого не вращательного (качание, подпрыгивание) перемещения собственного тела или статического наклона собственного тела по направлению к действию гравитации.

2. **Вестибуло-визуальные симптомы** – зрительные симптомы, возникающие при патологии вестибулярного аппарата или его связей – ощущение мнимого движения или наклона окружающего или его визуальное искаженное восприятие в результате вестибулярных, но не оптических нарушений. Они исчезают при закрытии глаз. Варианты этой группы симптомов включают: (а) головокружение как ощущение мнимого кругового движения (вращения) или текущего перемещения **окружающих предметов** (external vertigo), которое может быть плавным или толчкообразным и проходить однонаправлено в какой-либо (например, горизонтальной) плоскости; (б) осцилопсию – ощущение мнимых колебательных (прыгающих, толчкообразных «вперед-назад») движений видимого окружающего; (в) зрительную задержку (visual lag) – ощущение мнимого движения окружающих предметов, возникающее вслед за движением головы или медленного их перемещения возникающее после остановки движения головой; (г) зрительный наклон (visual tilt) – мнимое статическое восприятие наклонного положения окружающих предметов по отношению к вертикали.

3. **Non-vertiginous dizziness** - головокружение как ощущение нарушенной или ослабленной пространственной ориентации без ощущения мнимого или искаженного движения. Этот вид головокружения не применим к описанию симптомов психических расстройств - деперсонализации, дереализации или спутанности сознания, - хотя формально может соответствовать им.

4. **Dizziness** - постуральные симптомы, или нарушения равновесия, появляющиеся в вертикальном положении (при сидении, стоянии и ходьбе) и уменьшающиеся, если пациент имеет опору (поддержку). К постуральным симптомам относятся неустойчивость, направленная пульсия, завершённые и незавершённые падения.

Дифференциация основного клинического феномена ОВС позволяет обеспечить правильную трактовку топического уровня поражения структур головного мозга, варианта рассогласования вестибулярно-зрительной-сомато-сенсорной системы и лежит в основе нозологической интерпретации ОВС.