

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ

М.В. Тардов

Московский научно-практический центр оториноларингологии им. Л.И. Свержевского

Несмотря на широкое распространение головокружений в популяции, дифференциация их видов по-прежнему представляет непростую задачу для врача. В статье описаны варианты головокружений при центральных и периферических патологических процессах, при различных заболеваниях. Обсуждаются принципиальные элементы в жалобах больного и в деталях анамнеза. Предложен алгоритм диагностики, рассмотрена тактика ведения пациентов.

Ключевые слова: головокружение, нистагм, вестибулопатия, вестибулометрия, атаксия.

Головокружение – одна из самых частых жалоб на амбулаторном приеме. В это понятие пациенты вкладывают разнообразные ощущения: вращение предметов вокруг больного, мелькание в глазах, ощущение неустойчивости при ходьбе. Порой может подразумеваться тяжесть или легкость в голове, а также любое нарушение координации.

Функции поддержания позы и координации обеспечиваются совокупностью структур и механизмов: проприоцептивной, пирамидной и экстрапирамидной систем, мозжечка, зрительного и вестибулярного анализаторов (ВА). Нужный результат достигается согласованной деятельностью всех перечисленных компонентов, а клиническое исследование позволяет делать выводы о расстройствах системы на всех уровнях – от периферических рецепторов до коры головного мозга.

Слово «головокружение» предполагает ощущение аномального движения. Системное головокружение (СГ) характеризуется конкретным направлением: вращательное или линейное смещение предметов, опрокидывание стен на пациента. СГ характерно для расстройств периферического отдела ВА (ампулярный рецептор). При нарушениях отолитовой функции возникает чувство «хождения по волнам» либо «проваливания».

Если головокружение описывается как чувство «уплывания», «вращения или переливания внутри головы», «зыбкости», «ватности», шаткости или легкости в голове, как дурнота, чувство легкого

опьянения и другое, то оно считается несистемным (НГ) и чаще сопровождается повреждением центральной части ВА [1, 2].

В процессе работы с пациентами, страдающими от «головокружения», очень важен доскональный анализ жалоб и анамнеза [3]. Нередко именно эта часть процесса оказывается самой трудной. Во-первых, на многие аспекты текущего заболевания пациенты в прошлом не обращали внимания, во-вторых, едва ли не в большинстве случаев возникают затруднения при описании собственных ощущений и, в-третьих, длительно болеющие люди, многократно опрошенные врачами ранее, неохотно вновь отвечают на вопросы о своем состоянии. В подобной ситуации диагносту необходимо терпение, внимание и наличие достаточного времени.

Ниже будут описаны компоненты клинического и вестибулометрического обследования пациента с жалобами на нарушение координации и головокружение, составляющие единый диагностический алгоритм, который позволяет точно определить характер заболевания и обосновать выбор соответствующего лечения.

Прежде всего, необходимо определить, системный или несистемный вариант головокружения беспокоит больного. Далее уточняют временные свойства, условия возникновения и сопутствующие явления (табл. 1). Уже на стадии описания переживаний пациента можно диагностировать такое состояние, как доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), связанное с каналолилизмом и не требующее медикаментозной терапии. Эффективно лечение при помощи маневра Эпли, выполняемого врачом, и вестибулярной гимнастики [4].

Другой вариант приступообразного СГ с шумом в ухе и снижением слуха, тошнотой, рвотой, обильной вегетативной симптоматикой, длящегося несколько часов, характерен для болезни Меньера (БМ). Следует отметить, что истинная БМ встречается достаточно редко; в большинстве случаев речь идет о вторичной водянке лабиринта, что требует поиска ее причин: аномалий краниовертебральной области, сосудистого поражения головного мозга и др. Дополнительные

Таблица 1. Характеристика головокружения

Параметры	Возможные нозологические формы
Продолжительность А. Постоянное несистемное	Головокружение визуальное, фобическое или хроническое мигренозное; поздняя стадия болезни Меньера; двусторонняя вестибулярная недостаточность; хронические неврологические расстройства с нарушением походки и координации (инфаркты головного мозга, миелопатии, полиневропатии, мозжечковые и экстрапирамидные расстройства, нормотензивная гидроцефалия)
Б. Приступообразное несистемное	Связанные с ортостатической гипотензией, нарушением ритма сердца, приемом лекарственных препаратов; психогенные головокружения
В. Приступообразное системное	Длительность головокружения несколько секунд – ДППГ, вестибулярная пароксизмия, перилимфатическая фистула; минуты-часы – б-нь Меньера, мигренозное головокружение, мигрень базилярного типа, ТИА; более суток – вестибулярный нейронит, лабиринтит, инфаркт головного мозга (ствола, мозжечок, лабиринт)
Условия возникновения Колебания АД, ритма сердечных сокращений	ТИА или инфаркт головного мозга
Поворот в постели, резкий поворот головы в сторону, запрокидывание головы	ДППГ, вестибулярная пароксизмия
Изменение положения тела, запрокидывание головы	Вертеброгенное или центральное позиционное головокружение (в том числе при мигрени)
Провокация громкими звуками или манипуляциями в наружном слуховом проходе	Перилимфатическая фистула, синдром Минора при дегисценции верхнего полукружного канала
Движение вдоль повторяющихся элементов среды	Визуальное головокружение
Определенные жизненные обстоятельства (выход из дома)	Фобическое головокружение
Сопровождающие явления Головная боль, тошнота, рвота, фото- и фонофобия	Мигрень
Страхи, вегетативные расстройства	Фобическое головокружение
Снижение слуха, шум в ушах	Б-нь Меньера, лабиринтит

методы обследования – электрокохлеография, МРТ внутреннего уха на высокочастотном аппарате – позволяют обнаружить признаки гидропса лабиринта; также проводится комплексное аудиометрическое обследование. Для купирования приступов используют сочетание антигистаминных препаратов, атропина и бензодиазепинов.

Эффективна дегидратационная терапия, бетажистин [5].

Сочетание приступов головокружения с нарушением слуха и появлением мимической асимметрии, изменением вкуса и чувствительности половины лица может указывать на патологический процесс в мостомозжечковом углу.

План действий: МРТ мостомозжечкового угла, консультация нейрохирурга.

Секундные головокружения, связанные с поворотом головы, могут соответствовать вестибулярной пароксизмии, обусловленной вазоневральным конфликтом: компрессия VIII нерва извитым артериальным сосудом в области мостомозжечкового угла. Патология подтверждается МРТ головного мозга с обработкой в программе FIESTA, может быть разрешена микроваскулярной декомпрессией.

Более длительные позиционные варианты приступов головокружения заставляют предполагать цервикогенный характер страдания – от миофасциального синдрома шейных мышц, сопровождающегося псевдоголовокружением [6], до синдрома позвоночной артерии. Подтверждающие обследования: ультразвуковое ангиосканирование брахиоцефальных артерий с поворотами головы, функциональное рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника. По результатам последнего может потребоваться рентгенологическое или КТ-исследование основания черепа. Лечение: сочетание НПВС и миорелаксантов, а также локальные воздействия, включающие упражнения постизометрической релаксации, физиотерапевтические воздействия, мягкотканевые методики мануальной терапии.

Первичный опрос позволяет выделить головокружение, связанное с нарушением зрения, и направить пациента к офтальмологу. Если расстройство координации совпадает по времени возникновения с ухудшением зрения,

появлением двоения в глазах и головной боли, то вероятность визуального головокружения велика. При нарушении рефракции можно услышать жалобы не только на двоение предметов перед одним глазом, но также и на множественность контуров: такую жалобу не следует сразу относить к расстройствам психиатрического спектра.

Следующий вариант головокружения, нозологическая принадлежность которого может быть определена уже при опросе, – это мигрень. Характерная цефалгия с аурой в виде головокружения и нарушения координации в Международной классификации головной боли 2-го пересмотра соответствует мигрени базиллярного типа [7] и требует курации согласно протоколам межприступного лечения и купирования приступов [8].

При сборе анамнеза необходимо остановиться на факторах и событиях, предшествовавших возникновению головокружения. Травма головы или уха до начала приступов в сочетании с провокацией головокружения громкими звуками или манипуляциями в наружном слуховом проходе служит признаком перилимфатической фистулы. Требуется МСКТ височной кости и хирургическое закрытие дефекта в ЛОР-стационаре.

Воспалительное заболевание уха или ОРВИ, зафиксированное незадолго до развития многодневного системного головокружения, указывает на вестибулярный нейронит. Необходима КТ височных костей и курс антибиотикотерапии в сочетании с назначением дегидратирующих средств.

Очень важны сведения о фоновых заболеваниях (табл. 2), многие из которых вызывают

Таблица 2. Диагностически значимые данные анамнеза

Сведения	Синдром, нозология
Заболевания Гипертоническая болезнь; полинейропатия (сахарный диабет, гипотиреоз и др.); б-нь Паркинсона; тревожные и фобические расстройства; мигрень; эпилепсия; рассеянный склероз (в том числе дебют)	Ишемия головного мозга; сенситивная атаксия; неустойчивость, падения; психогенное головокружение; мигренозное головокружение, аура; вестибулярная аура; мозжечковая атаксия
Прием лекарств Гипотензивные, бензодиазепины, финлепсин, диуретики, нестероидные противовоспалительные, аминокликозиды и др.	Ортостатическое головокружение, ототоксическая вестибулопатия
Предшествовавшие события Травма головы; травма шеи (в том числе хлыстовая); воспалительное заболевание уха	ДППГ, кровоизлияние в мозг, перилимфатическая фистула; диссекция ПА, миофасциальный синдром; лабиринтит, вестибулярный нейронит

характерные нарушения координации. В каждом случае залогом успешного лечения служит адекватная терапия основной проблемы.

Обязательный компонент опроса – получение сведений о принимаемых пациентом препаратах. В табл. 2 перечислены лишь наиболее распространенные средства, которые могут вызывать нарушение координации, головокружение, чувство легкости в голове и иные ощущения. Перечисленные симптомы, как правило, связаны с ортостатической гипотензией или с прямым ототоксическим действием на вестибулярные рецепторы, что требует отмены препарата и коррекции терапии.

После дифференцировки СГ и НГ необходимо отличить периферический и центральный вестибулярный синдромы. Неврологический осмотр проводится по стандартной схеме. Одним из основных элементов, оцениваемых у больного с жалобами на головокружение, является нистагм – произвольные быстро повторяющиеся колебательные движения глазных яблок двухфазного характера со сменой медленной и быстрой фаз [9]. Принято считать, что медленная фаза обусловлена раздражением ВА, а быстрая фаза – это компенсирующее влияние центральной нервной системы.

Роль нистагма в топической диагностике ограничена, однако некоторые его виды могут соответствовать определенным локальным повреждениям головного мозга. Следует также отметить отсутствие нозологической специфичности различных видов нистагма.

Считается, что горизонтальный нистагм чаще соответствует повреждению периферической части ВА, а ротаторный компонент нистагма указывает на вовлечение в процесс центральных структур.

Вертикальный нистагм с направлением быстрой фазы вниз может соответствовать повреждению цервико-медуллярной области и нижних ножек мозжечка, а с направлением быстрой фазы вверх может регистрироваться при поражении передних отделов червя или верхних ножек мозжечка (мальформация Арнольда-Киари I типа). Также с патологическими процессами в области краниовертебрального перехода связан периодический альтернирующий нистагм – циклическое расстройство, при котором горизонтальный толчкообразный нистагм самопроизвольно приобретает обратное направление с периодичностью от 1 до 3 минут.

Ретракционный нистагм, характеризующийся нерегулярными подергиваниями глаз внутрь орбиты, чаще связывают с поражением покрышки среднего мозга или четверохолмия. Подобное повреждение может спровоцировать также пульсирующий или конвергентный нистагм, который характеризуется медленными дивергентными

движениями глазных яблок, прерываемыми быстрыми конвергентными толчками.

При патологическом процессе в каудальных отделах моста могут возникать поплавковые движения глазных яблок – быстрые толчки вниз с последующим возвращением в исходное положение. Грубое повреждение среднего мозга и нижних отделов моста может провоцировать нистагмоидные подергивания одного глаза.

Пилообразный нистагм – быстрые несодружественные движения глаз – возможен при поражениях каудальных отделов ствола мозга. При этом одно глазное яблоко поворачивается кверху и внутрь, а другое – вниз и кнаружи.

Опсоклонус, редкий и необычный феномен, представляет собой приступ последовательных саккад. Причиной может быть патологический очаг в мозжечке, стволе мозга или таламусе. Вариант горизонтальных саккад называют глазным миоклонусом или синдромом пляшущих глаз.

Также большое значение имеет оценка глазодвигательных реакций, тонуса мышц, мозжечковых функций, поверхностной и глубокой чувствительности. Головокружение, оцениваемое как центральное, требует проведения МРТ головного мозга для дифференциации характера органической проблемы: сосудистое повреждение, рассеянный склероз, нейродегенеративное заболевание или объемный процесс. Следует отметить, что доля центральной патологии в структуре причин головокружений относительно невелика: по данным Т. Бранд [1], около 13 %. В соответствии с диагностированной нозологической формой проводится лечение по принятым протоколам. При дисциркуляторных поражениях головного мозга наибольшей степенью доказательности подкреплено назначение таких препаратов, как производные гинкго билоба [10] и винпоцетин [11]. Также многими авторами рекомендованы бетагистин [12], циннаризин, ноотропные средства [13].

При нечетком описании больным жалоб, невозможности детализации анамнеза, признаках поражения вестибулярного анализатора на разных уровнях или комбинации нескольких нозологических форм возникает необходимость обследования в вестибулометрической лаборатории [14]. Поскольку существенная часть тестов основана на наблюдениях за движениями глаз, то для подавления фиксации взора используют специальные очки +20 диоптрий (очки Бертельса, Френзеля), усиливающие вестибулярный нистагм.

Вестибулометрическое обследование проводится отоневрологом или вестибулологом и включает:

- 1) исследование движений глаз: вестибулоокулярный рефлекс (ВОР), функция плавного слежения, тест подавления вестибулооку-

- лярного рефлекса, саккадические движения глаз, оптокинез;
- 2) позиционные тесты: Дикса-Холпайка, тест на выявление ДППГ горизонтального полукружного канала, определение гравипозиционного нистагма, шейный позиционный тест;
 - 3) исследование координации движений верхних конечностей: проба с вытянутыми руками (проба Фишера-Барре), пальце-пальцевая проба пальце-носовая проба, проба «вертикального» письма Фукуды, проба «горизонтального» письма Базарова;
 - 4) исследование функции статического и динамического равновесия: проба Ромберга, сенсibiliзирoванная (тандемная) проба Ромберга, проба с походкой по прямой, проба с фланговой походкой, шаговая проба (тест Унтербергерa или Фукуды);
 - 5) лабораторные тесты: калорические и вращательные пробы, компьютерная стабилметрия;
 - 6) исследование функции отолитовых рецепторов: непрямая отолитометрия, исследование субъективной визуальной зрительной вертикали, вестибулярные миогенные вызванные потенциалы.

После проведения соответствующих клинических и параклинических исследований определяется терапевтическая тактика [15, 16]. В случае преобладания в картине заболевания периферической патологии пациент продолжает терапию под наблюдением отиатра либо отоневролога. Лечение поражений центрального типа является задачей неврологов. Вопрос о курации больного осложняется, когда в составе целостного клинического синдрома в равной мере присутствуют признаки повреждения периферических и центральных звеньев вестибулярного анализатора, а также симптомы поражения лобно-мозжечковых путей, собственно мозжечка, глубокой чувствительности. По нашим данным [17], у 11 % больных с комбинированными головокружениями можно выделить 4–5 компонентов страдания. В подобной ситуации больной должен параллельно получать помощь отоневролога и невролога соответственно выявленным нозологиям.

Нередко лечение таких пациентов представляет собой не меньшую проблему, чем диагностика, так как комплекс длительно развивающихся патологических процессов приводит к формированию ограничительного поведения и социальной изоляции пациента. Такие пациенты с большим трудом соглашаются на нелекарственные методы лечения, требующие усилий от них самих: поведение диктуется страхом усугубить существующую ситуацию. В результате лечение, например, ДППГ у таких пациентов требует долгой предварительной разъяснительной работы. В то же

время существующие повреждения центральной порции вестибулярного анализатора затрудняют компенсаторные процессы при одностороннем поражении периферического компонента, снижая эффективность вестибулярных реабилитационных мероприятий.

Также непростая задача – контроль эффективности лечения: субъективные ощущения пациента недостаточны для определения динамики процесса. Целесообразно помимо объективных методик применение специальных анкет-опросников, позволяющих оценить состояние пациента по нескольким параметрам (функциональный, психологический, органический) до и после лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Адекватная диагностика причин вестибулопатии или иных координаторных нарушений у пациента с жалобами на головокружение основывается прежде всего на доскональном сборе анамнестических данных и дотошном уточнении жалоб и подкрепляется неврологическим осмотром. В случае нечетких описаний пациентом своих ощущений и истории заболевания, при выявлении признаков сочетанной патологии требуется проведение полной батареи вестибулометрических и аудиологических тестов. Дальнейший диагностический поиск продолжается при помощи дополнительных методов исследования соответственно клиническим находкам, что позволяет определить все уровни поражения нервной системы, диагностировать комбинацию нозологических форм и обосновать индивидуальную лечебную тактику.

Литература

1. Брандт Т. Головокружение. – М.: Практика, 2009. – 200 с.
2. Бронштейн А., Лемперт Т. Головокружение. – М.: Гэотар-Медиа, 2010. – 216 с.
3. Зайцева О.В. Кохлеовестибулярные нарушения: подходы к диагностике и лечению // Вестник оториноларингологии. – 2011. – № 5. – С. 206–213.
4. Herdman S.J. Vestibular rehabilitation – 3-rd edition / F.A. Davis Company, Philadelphia: 2007: 505 p.
5. Зайцева О.В. Болезнь Меньера в современной клинической практике // РМЖ. – 2010. – № 16. – С. 1022–1026.
6. Тревелл Дж.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли. – М.: Медицина, 1989.
7. Международная классификация головных болей. – 2-е изд. (полная русскоязычная версия). – М., 2003. – 219 с.
8. Артеменко А.Р., Куренков А.Л. Хроническая мигрень. – М.: ИД «АБВ-пресс», 2012. – 488 с.

9. Leigh R.J., Zee D. Neurology of eye movements – 3rd ed. / Oxford University Press, 1999: 645 p.
10. Franco L., G.Cuny, F.M.C.Nancy. Multicentre study of the efficacy of Tanakan (Egb 761) in the treatment of age-associated memory impairment // Rev de Geriatrie. – 1991. – V. 4. –P.233–236.
11. Balesteri R., Fontana L., Astengo F. A double-blind placebo controlled evaluation of the safety and efficacy of vinpocetine in the treatment of patients with chronic vascular senile cerebral dysfunction // J. Am. Geriat. Soc. – 1987. – V. 35. – P. 425–430.
12. Albera R., Ciuffolotti R., Di Cicco M., De Benedittis G., Grazioli I., Melzi G., Mira E., Pallestrini E., Passali D., Serra A., Vicini C. Double-blind, randomized, multicenter study comparing the effect of betahistine and flunarizine on the dizziness handicap in patients with recurrent vestibular vertigo // Acta Otolaryngol. 2003 Jun; 123(5): 588–93.
13. Камчатнов П.Р., Зайцев К.А., Денисов Д.Б. Хронические расстройства мозгового кровообращения: возможности нейротрофической терапии // Consilium medicum. – 2011. – Т. 13, № 9. – С. 11–14.
14. Baloh R.W., Halmagyi G.M. Disorders of the vestibular system / Oxford University Press, 1996: 687 p.
15. Крюков А.И., Петухова Н. А. Ангиогенная кохлеовестибулопатия. – М.: Медицина, 2006. – 253 с.
16. Кунельская Н.Л., Камчатнов П.Р., Гулиева А.Э. Лечебная тактика при кохлеовестибулярных нарушениях на фоне дисциркуляторной энцефалопатии // Вестник оториноларингологии. – 2008. – № 1. – С. 47–50.
17. Стулин И.Д., Кунельская Н.Л., Тардов М.В., Чугунова М.А., Байбакова Е.В., Заева З.О., Тардова И.М. Сложные виды головокружений: возможности диагностики // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – № 6. – С. 4–7.

Current approach to diagnostics and treatment of vertigo

M.V. Tardov

L.I. Svezhevsky Moscow Science and Practical Center for Otorhinolaryngology

Vertigo is widespread among patients, but its differentiation in everyday practice is still a difficult task. The paper describes types of vertigo that could be presented in case of central or peripheral neurological pathology and many diseases. It discusses key elements for diagnosis that should be obtained from patients' complaints and history, as well as diagnostics algorithm and treatment approaches.

Key words: vertigo, nystagmus, vestibulopathy, vestibulometry, ataxia.