

## ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ

*Замерград М.В.*

Клиника и кафедра нервных болезней ГБОУ ВПО Первого МГМУ им И.М. Сеченова, АНО Гута Клиник

*Головокружение — частая причина обращения пациентов на амбулаторный прием к неврологу. Цель исследования — проанализировать причины головокружения у пациентов разного возраста и, тем самым косвенно установить влияющие возрастных и сосудистых факторов на развитие системного и несистемного головокружения. Обследовано 590 пациентов, обратившихся на амбулаторный прием к неврологу по поводу системного и несистемного головокружения. Выявлено, что системное головокружение во всех возрастных группах чаще всего обусловлено доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением, синдромом (болезнью) Меньера, вестибулярным нейронитом и мигренью. Инсульт в качестве причины головокружения выявлялся лишь в 0,8% случаев. Причины несистемного головокружения различались в разных возрастных группах: у молодых пациентов преобладала постуральная фобическая неустойчивость, у пациентов старшей возрастной группы — нейродегенеративные заболевания (болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона), дисциркуляторная энцефалопатия и мультисенсорная недостаточность.*

**Ключевые слова:** головокружение; доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение; болезнь Меньера; вестибулярный нейронит; постуральная фобическая неустойчивость; мультисенсорная недостаточность.

CLINIC AND NEUROLOGICAL DEPARTMENT OF I.M. SECHENOV FIRST MOSCOW STATE

*Zamergrad M.V.*

Medical University, 119991, Moscow, Russian Federation, Medical center Guta Clinic, 127006, Moscow, Russian Federation

*Dizziness is a frequent complaint in the practice of a neurologist in out-patient department. The purpose of the study was to analyze the main reasons of vertigo in patients of different age and to reveal the impact of vascular and age-related factors on vertigo appearance. Five hundred and ninety patients (590) with complaints on systemic and non-rotary dizziness were examined in out-patient department. The study revealed that systemic dizziness in all age groups is provided by benign position paroxysmal dizziness, Meniere's disease, vestibular neuronitis and migraine. Stroke was a reason of dizziness only in 0,8% cases. The causes of non-rotary dizziness were heterogeneous in different age groups: posture instability was revealed in young people, neurodegenerative diseases (Alzheimer disease, Parkinson's disease), discirculatory encephalopathy and multisensory insufficiency were revealed in elderly group.*

**Key words:** dizziness; benign paroxysmal position dizziness; Meniere's disease; vestibular neuronitis; postural phobic imbalance; multisensory insufficiency.

Головокружение — частая жалоба у пациентов, обращающихся на амбулаторный прием к неврологу. Оно встречается у пациентов практически всех возрастов. Особенно часто на головокружение жалуются пожилые. Так, в возрасте старше 65 лет головокружение испытывают до 30% людей, а в возрасте старше 85 лет — до 50% [1—3].

Диагностируя причины головокружения, врачи неизменно сталкиваются со значительными трудностями, поскольку головокружение — субъективное ощущение, и нередко больные называют этим термином самые разные симптомы, подчас не имеющие никакого отношения к чувству вращения или «кружения». Попытка систематизировать ощущения, описываемые больными как «головокружение», привела к созданию классификации, в которой головокружение подразделяют на системное и несистемное. Системным головокружением обозначают чувство мнимого движения или вра-

щения окружающих предметов или самого больного в пространстве. Оно обусловлено повреждением вестибулярной системы и ее многочисленных связей с другими отделами головного мозга. Несистемным головокружением больные называют самые разные ощущения, но прежде всего — чувство неустойчивости, расстройства равновесия, «легкости в голове» или дереализации. Несистемное головокружение сравнительно редко бывает связано с заболеваниями вестибулярной системы. Оно может возникать при: 1) нарушениях походки и равновесия вследствие различных неврологических заболеваний, 2) липотимических (предобморочных) состояниях и 3) психических расстройствах [4].

Сложности, возникающие при диагностике заболеваний, сопровождающихся головокружением, приводят к тому, что на практике больным молодого возраста нередко ошибочно ставят диагноз «шейного головокружения» или «вегетативной дистонии», а пациентам пожилого возраста — вертебрально-базилярной недостаточности или инсульта в вертебрально-базилярном бассейне. Между тем, исследования последних лет показывают, что системное головокружение чаще всего бывает следствием заболеваний периферического отдела вестибулярного

Сведения об авторе:

Замерград Максим Валерьевич (Zamergrad Maksim Valer'evich) — канд. мед. наук, вед. науч. сотр. научно-исследовательского отдела неврологии НИЦ Первого МГМУ им И.М. Сеченова; e-mail: zamergrad@hotmail.com.

анализатора или мигрени, тогда как несистемное головокружение может быть обусловлено психогенными расстройствами или заболеваниями нервной системы, приводящими к неустойчивости (например, полиневропатией, мозжечковой дегенерацией и т. д.) [5—9].

Целью исследования было установить основные причины головокружения у пациентов в разных возрастных группах.

### Пациенты и методы исследования

Обследовано 590 пациентов, обратившийся на амбулаторный прием к неврологу с жалобами на головокружение. В исследование не включались пациенты с выраженными когнитивными нарушениями (деменцией), психическими расстройствами, тяжелыми и некорректируемыми расстройствами зрения, выраженными речевыми нарушениями в виде афазии.

Средний возраст пациентов составил 49,4±14,6 года. Среди включенных в исследование пациентов было 416 (70,5%) женщин и 174 (29,5%) мужчины.

По характеру головокружения пациенты распределились следующим образом: в 385 (65,3%) случаях головокружение было системным, в 205 (34,7%) случаях — несистемным. Средний возраст пациентов с жалобами на системное головокружение составил 49,8±13,2 года, средний возраст пациентов с жалобами на несистемное головокружение составил 48 [34; 64] лет. Среди пациентов с системным головокружением — 271 (70,4%) женщина и 114 (29,6%) мужчин (соотношение женщин и мужчин составило 2,4). Среди пациентов с несистемным головокружением — 145 (70,7%) женщин и 60 (29,3%) мужчин (соотношение женщин и мужчин составило 2,4). Таким образом, различий по соотношению мужчин и женщин среди пациентов с системным и несистемным головокружением выявлено не было: в обоих случаях женщины обращались на амбулаторный прием по поводу головокружения почти в 2,5 раза чаще.

Все пациенты, включенные в исследование, были разделены на 4 возрастные группы: в 1-ю группу были включены пациенты в возрасте 16—44 года, во 2-ю — 45—59 лет, в 3-ю — 60—74 года и в 4-ю — 75 лет и старше. Внутри каждой возрастной группы отдельно анализировались причины системного и несистемного головокружения. Характеристика групп по полу, среднему возрасту и распространенности

системного и несистемного головокружения представлена в табл. 1.

Самой многочисленной оказалась группа пациентов в возрасте 16—44 лет, самой малочисленной — 75 лет и старше. Малочисленность ее, вероятно, обусловлена объективными причинами: многие пациенты такого возраста при возникновении головокружения обращаются не на амбулаторный прием, а в скорую помощь, и бывают госпитализированы. Кроме того, в целом популяция людей старше 75 лет меньше таковой в более младших возрастных группах.

Во всех возрастных группах преобладали женщины. Во всех возрастных группах, кроме самой старшей, было больше пациентов с системным головокружением. При этом, если в самой младшей возрастной группе доли пациентов с несистемным и системным головокружением различались сравнительно мало (43,1 и 56,9% соответственно), то в возрастных группах 45—59 лет и 60—74 года число пациентов с системным головокружением было более чем в 2 раза большим. В самой старшей возрастной группе отмечалась обратная зависимость: число пациентов с несистемным головокружением в 2 раза превышало число больных с системным головокружением ( $p > 0,05$ ).

Средний возраст пациентов с системным и несистемным головокружением внутри каждой возрастной группы достоверно не различался ( $p > 0,05$ ).

Причины системного и несистемного головокружения в каждой из этих возрастных групп были проанализированы по отдельности. В дальнейшем было проведено сравнительное исследование частоты встречаемости различных причин системного и несистемного головокружения в этих возрастных группах.

Проводилось стандартное соматическое и неврологическое исследование. Особое внимание при исследовании соматического статуса уделялось состоянию сердечно-сосудистой системы (артериальное давление, частота сердечных сокращений, наличие отеков, одышки при физической нагрузке и других признаков сердечной недостаточности; при подозрении на ортостатическую гипотензию проводилась ортостатическая проба).

Пациентам проводились специфические тесты для оценки состояния вестибулярной системы: позиционные пробы Дикса—Холлпайка и МакКлюра—Пагинни, проба Хальмаги, проба с встряхиванием

Таблица 1

Характеристика различных возрастных групп по полу, возрасту, распространенности системного и несистемного головокружения

Пол больных и характер головокружения	Возраст 16—44 года	Средний возраст, годы	Возраст 45—59 лет	Средний возраст	Возраст 60—74 лет	Средний возраст	Возраст 75 лет и старше	Средний возраст
М	81 (36%)		58 (28%)		29 (22,7%)		6 (20%)	
Ж	144 (64%)		149 (72%)		99 (77,3%)		24 (80%)	
Сист.	128 (56,9%)	35,1±6,7	158 (76,3%)	51,3±4,1	89 (69,5%)	65,1±4,2	10 (33,3%)	77,6±3,0
Несист.	97 (43,1%)	33,5±6,1	49 (23,7%)	51,8±4,7	39 (30,5%)	67,9±3,4	20 (66,7%)	78,6±3,6
Всего...	225		207		128		30	

Таблица 2

**Причины головокружения у пациентов, обратившихся на амбулаторный прием к неврологу**

Диагноз	Число больных	
	абс.	%
Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение	200	33,9
Постуральная фобическая неустойчивость	126	21,4
Синдром и болезнь Меньера	118	20
Вестибулярный нейронит и лабиринтит	48	8,1
Мигрень-ассоциированное головокружение	24	4,1
Дисциркуляторная энцефалопатия	16	2,7
Двусторонняя вестибулопатия	16	2,7
Нейродегенеративные заболевания (болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера)	13	2,2
Мультисенсорная недостаточность	6	1
Полиневропатия (алкогольная, диабетическая)	5	0,8
Инсульт в вертебрально-базилярной системе	5	0,8
Вестибулярная пароксизмия	4	0,7
Объемное образование в области задней черепной ямки	4	0,7
Отосклероз	2	0,3
Рассеянный склероз	1	0,2
Инфаркт лабиринта	1	0,2
Токсическая (алкогольная) энцефалопатия	1	0,2
<b>Всего</b>	<b>590</b>	<b>100</b>

головы, проба Фукуда, проба Вальсальвы и гипервентиляционная проба. Кроме того, выполняли видеонистагмографию с исследованием спонтанного, установочного и позиционного нистагма, зрительных саккад, плавных следящих движений глаз, оптикинетического нистагма, калорического нистагма.

Для уточнения диагноза по показаниям выполнялись лабораторные исследования (общий анализ крови с исследованием уровня гемоглобина и эритроцитов, оценка уровня глюкозы), проводилось исследование вызванных вестибулярных миогенных потенциалов, тональная пороговая аудиометрия, импедансометрия, электрокохлеография, постурография или стабилметрия, ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, магнитно-резонансная или рентгеновская компьютерная томография головного мозга.

При постановке диагноза использовались принятые на сегодняшний день диагностические критерии. Критерии различных заболеваний, сопровождающихся системным головокружением, были описаны в нашей предыдущей статье, опубликованной в прошлом номере Неврологического журнала [10]. Диагноз постуральной фобической неустойчивости устанавливался на основании общепринятых диагностических критериев [11, 12].

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы SPSS 19. Для оценки популяции пациентов, включенных в иссле-

дование, использовались методы описательной статистики. Данные выборки, являющейся репрезентативной, представлялись средним ( $M$ ) и стандартным отклонением ( $\sigma$ ). Количественные признаки, которые не подчинялись нормальному закону распределения и количество которых было менее 30 наблюдений, описывались медианой ( $Me$ ) и квартилями [ $Q_1$ ;  $Q_3$ ]. Для сравнения двух независимых групп между собой применялись методы Стьюдента. Если выборка не подчинялась нормальному закону распределения, то использовался критерий Манна—Уитни. Для оценки характера распределения групп применялся метод Колмогорова—Смирнова. Для сравнения качественных признаков использовался критерий  $\chi^2$ .

### Результаты

Были установлены следующие причины системного и несистемного головокружения у 590 проанализированных нами пациентов (табл. 2).

Наиболее частой причиной головокружения у амбулаторных пациентов оказались заболевания периферического отдела вестибулярного анализатора (65,9% пациентов). Среди них чаще всего встречались доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) (33,9%), болезнь Меньера (20%), вестибулярный нейронит или лабиринтит (8,1%). Этим заболеваниям значительно уступали по частоте другие расстройства периферического отдела вестибулярного аппарата, такие как двусторонняя вестибулопатия, вестибулярная пароксизмия или инфаркт лабиринта.

Второй по частоте встречаемости причиной головокружения оказалась постуральная фобическая неустойчивость, которая была диагностирована у 21,4% пациентов.

Заболевания центральной нервной системы в качестве причины головокружения у амбулаторных пациентов значительно уступали по частоте расстройствам периферического отдела вестибулярного анализатора и постуральной фобической неустойчивости. В целом, поражения центральной нервной системы были выявлены у 10,9% пациентов, включенных в исследование. Из них наиболее распространенными оказались мигрень-ассоциированное головокружение (4,1%) и дисциркуляторная энцефалопатия (2,7%).

В табл. 3 представлены наиболее распространенные причины системного головокружения в разных возрастных группах.

Головокружение в возрастной группе 16—44 года в основном было обусловлено заболеваниями периферической вестибулярной системы (92,9%), причем на долю трех из них (ДППГ, болезнь или синдром Меньера, вестибулярный нейронит/лабиринтит) пришлось 90,5% всех случаев системного головокружения. Эти заболевания встречались достоверно чаще других причин головокружения ( $p < 0,05$ ). Самой частой причиной головокружения у пациентов этой возрастной группы было ДППГ (46,8%). Расстройства центральных отделов вестибулярного анализатора стали причиной 7,1% случаев головокру-

Заболевания, сопровождающиеся системным головокружением, у пациентов разных возрастных групп

Диагноз	16—44 года		45—59 лет		60—74 года		75 лет и старше	
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
ДППГ	60*	46,8	79*,**	50	48*,**	53,9	7*	70
Болезнь и синдром Меньера	31*	24,2	50*,**	31,6	30*,**	33,7	2	20
Вестибулярный нейронит и лабиринтит	25*	19,5	15	9,5	5	5,7	0	0
Мигрень-ассоциированное головокружение	6	4,7	11	7,0	3	3,4	1	10
Вестибулярная пароксизмия	2	1,6	1	0,6	1	1,1	0	0
Инсульт в вертебрально-базилярной системе	0	0	2	1,3	1	1,1	0	0
Объемное образование в области задней черепной ямки	1	0,8	0	0	1	1,1	0	0
Отосклероз	1	0,8	0	0	0	0	0	0
Рассеянный склероз	1	0,8	0	0	0	0	0	0
Токсическая энцефалопатия	1	0,8	0	0	0	0	0	0
Всего...	128	100	158	100	89	100	10	100

\*Сравнение частоты встречаемости различных причин головокружения внутри возрастной группы по критерию  $\chi^2$  ( $p < 0,05$ ).

\*\*Сравнение частоты встречаемости различных причин головокружения в разных возрастных группах по критерию  $\chi^2$  ( $p < 0,05$ ).

жения у пациентов этой возрастной группы, причем инсульт не был диагностирован ни в одном случае.

В группе пациентов 45—59 лет самыми частыми причинами головокружения также были заболевания периферического отдела вестибулярного анализатора: ДППГ, болезнь или синдром Меньера, вестибулярный нейронит или лабиринтит. На долю этих заболеваний пришлось 91,1% случаев головокружения. Достоверно чаще других причин головокружения встречались ДППГ, болезнь и синдром Меньера ( $p < 0,05$ ). Всего же периферические вестибулярные расстройства составили 91,7% всех случаев головокружения в этой возрастной группе. Расстройства центральных отделов вестибулярного анализатора стали причиной головокружения в 8,3% случаев. У 2 (1,3%) пациентов был диагностирован ишемический инсульт в вертебрально-базилярной системе.

Подобно первой возрастной группе, наиболее распространенной причиной головокружения у пациентов в возрасте 45—59 лет было ДППГ. Это заболевание было диагностировано у 50% пациентов.

Заболевания периферического отдела вестибулярного анализатора оказались самой частой причиной головокружения и в группе пациентов в возрасте 60—74 года. Они были выявлены в 94,4% случаев. Чаще всего диагностировали ДППГ, болезнь или синдром Меньера ( $p < 0,05$ ). На долю трех наиболее распространенных заболеваний периферического отдела вестибулярного анализатора — ДППГ, болезни или синдрома Меньера и вестибулярного нейронита или лабиринтита — пришлось 93,3% всех случаев головокружения в этой группе пациентов. Значительно реже головокружение было обусловлено расстройствами центральных отделов вестибулярного анализатора. Такие заболевания выявлялись в 5,6% случаев. Среди центральных вестибулярных дисфункций чаще всего встречалось мигрень-ассоции-

рованное головокружение (3,4% случаев). Инсульт в вертебрально-базилярной системе был выявлен у 1 пациента из этой группы.

Самой частой причиной головокружения в группе пациентов 60—74 лет вновь оказалось ДППГ; оно было выявлено у 53,9% больных и встречалось достоверно чаще других причин головокружения ( $p < 0,05$ ).

Группа пациентов в возрасте 75 лет и старше слишком малочисленна для того, чтобы делать заключение о распространенности тех или иных причин головокружения. Полученные данные позволяют говорить лишь об общих тенденциях. Самой частой причиной головокружения у пациентов этой возрастной группы оставалось ДППГ ( $p < 0,05$ ). Ни у одного из 10 пациентов этой возрастной группы головокружение не было обусловлено инсультом.

Причины несистемного головокружения в разных возрастных группах представлены в табл. 4.

Самой распространенной причиной несистемного головокружения у пациентов в возрастной группе 16—44 года оказалась постуральная фобическая неустойчивость. Она выявлялась в 86,6% случаев несистемного головокружения (84 человека) и регистрировалась достоверно чаще других причин несистемного головокружения в этой возрастной группе ( $p < 0,05$ ). Из 70 пациентов с постуральной фобической неустойчивостью, которым было проведено углубленное инструментальное исследование вестибулярного анализатора, у 33 (47%) были выявлены субклинические изменения, свидетельствующие о минимальной дисфункции центральных или периферических вестибулярных структур в виде негрубой одно- или двусторонней периферической вестибулярной гипорефлексии при отокалоризации, дирекционного преобладания калорического нистагама, скрытого спонтанного нистагама, отчетливого нарушения рандомизированных зрительных саккад.

Таблица 4

## Заболевания, сопровождающиеся несистемным головокружением, у пациентов разных возрастных групп

Диагноз	16—44 года		45—59 лет		60—74 года		75 лет и старше	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Постуральная фобическая неустойчивость	84*,**	86,6	30**	61,2	12**	30,7	0	0
Двусторонняя вестибулопатия	6	6,2	7**	14,4	3	7,7	0	0
Болезнь или синдром Меньера	3	3,1	2	4,1	0	0	0	0
Мигрень-ассоциированное головокружение	2	2,1	0	0	1	2,6	0	0
Полиневропатия (алкогольная, диабетическая)	1	1,0	1	2,0	2	5,1	1	5
Вестибулярный нейронит и лабиринтит	1	1,0	2	4,1	0	0	0	0
ДППГ	0	0	3	6,1	1	2,6	2	10
Нейродегенеративные заболевания (болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона)	0	0	2	4,1	7**	17,9	4*	20
Инсульт в вертебрально-базилярной системе	0	0	1	2,0	1	2,6	0	0
Отосклероз	0	0	1	2,0	0	0	0	0
Объемное образование задней черепной ямки	0	0	0	0	1	2,6	1	5
Инфаркт лабиринта	0	0	0	0	1	2,6	0	0
Дисциркуляторная энцефалопатия	0	0	0	0	10**	25,6	6*,**	30
Мультисенсорная недостаточность	0	0	0	0	0	0	6*,**	30
Итого...	97	100	49	100	39	100	20	100

\* Сравнение частоты встречаемости различных причин головокружения в разных возрастных группах по критерию  $\chi^2$  ( $p < 0,05$ ).

\*\*Сравнение частоты встречаемости различных причин головокружения внутри возрастной группы по критерию  $\chi^2$  ( $p < 0,05$ ).

Значительно реже несистемное головокружение было обусловлено другими причинами, такими, например, как двусторонняя вестибулопатия и полиневропатия (при которой несистемным головокружением пациенты называли неустойчивость, обусловленную проприоцептивными нарушениями). У небольшой части пациентов (6,2%) несистемное головокружение было вызвано такими повреждениями вестибулярной системы, которые обычно сопровождаются системным головокружением. Среди них болезнь Меньера, вестибулярный нейронит и вестибулярная мигрень.

В возрастной группе 45—59 лет наиболее распространенными причинами несистемного головокружения оказались постуральная фобическая неустойчивость и двусторонняя вестибулопатия ( $p < 0,05$ ). При этом на долю постуральной фобической неустойчивости пришлось 61,2% всех случаев несистемного головокружения у пациентов в возрасте 45—59 лет. Так же, как в группе молодых пациентов, углубленное инструментальное обследование пациентов с постуральной фобической неустойчивостью нередко выявляло негрубые субклинические отклонения от нормы в виде скрытого спонтанного нистага, дирекционного преобладания калорического нистага или минимальной односторонней периферической гипорефлексии при отокалоризации. Из 26 пациентов с постуральной фобической неустойчивостью, которым было проведено такое обследование, отклонения от нормы были выявлены у 13 (50%) пациентов.

Реже причиной несистемного головокружения оказывались расстройства периферического отдела вестибулярного анализатора (двусторонняя вестибуло-

патия, ДППГ, болезнь и синдром Меньера, вестибулярный нейронит и лабиринтит). На долю периферических вестибулярных расстройств пришлось 28,7% случаев несистемного головокружения. Самым частым периферическим вестибулярным расстройством, вызывающим несистемное головокружение в анализируемой возрастной группе, стала двусторонняя вестибулопатия, обусловленная в основном приемом ототоксических лекарственных препаратов (аминогликозидов, противотуберкулезных средств), реже — идиопатическая.

У 1 пациента, обратившегося на амбулаторный прием к неврологу по поводу несистемного головокружения, был диагностирован ишемический инсульт в вертебрально-базилярной системе.

Несистемное головокружение в группе пациентов 60—74 лет было чаще всего обусловлено тремя состояниями: постуральной фобической неустойчивостью (30,7%), дисциркуляторной энцефалопатией (25,6%) и нейродегенеративными заболеваниями (17,9%) ( $p < 0,05$ ), причем на долю первых двух из них пришлось более половины всех случаев несистемного головокружения у пациентов данной возрастной группы. Из 12 пациентов с установленным диагнозом постуральной фобической неустойчивости детальное инструментальное обследование вестибулярной системы прошли 10 человек. Из них субклинические изменения в виде минимальной односторонней периферической вестибулярной гипорефлексии при калорической пробе, скрытого спонтанного нистага и нарушений плавного зрительного слежения были выявлены у 4 (40%) пациентов.

Периферические вестибулярные расстройства сравнительно редко становились причиной несистемного

головокружения у пациентов в возрасте 60—74 лет. Они были выявлены лишь у 5 (12,9%) пациентов.

В возрастной группе 75 лет и старше несистемным головокружением пациенты чаще всего называли неустойчивость, расстройства равновесия. В связи с этим основными причинами несистемного головокружения оказались дисциркуляторная энцефалопатия и мультисенсорная недостаточность ( $p < 0,05$ ).

## Обсуждение

Головокружение — очень частая причина обращения к врачу [13]. Как правило, пациенты с головокружением обращаются на амбулаторный прием, реже (в основном при первом и сильном головокружении) — в стационар. Чаще всего пациенты с головокружением обращаются к врачу общей практики, неврологу или оториноларингологу.

Среди обследованных нами пациентов преобладали женщины. Эта закономерность отмечалась во всех возрастных группах, причем наши результаты в целом соответствуют данным литературы, согласно которым с жалобами на головокружение к врачу чаще обращаются женщины [14].

Анализ распределения пациентов по характеру головокружения показал, что во всех возрастных группах, кроме самой старшей, преобладали пациенты с жалобами на системное головокружение. Вероятно, это обусловлено тем, что системное головокружение представляет собой острое состояние, пугает больного и во многих случаях вынуждает безотлагательно обращаться к врачу, тогда как несистемное головокружение чаще бывает хроническим и пациенты не спешат консультироваться. Преобладание пациентов с несистемным головокружением в самой старшей возрастной группе обусловлено, скорее всего, тем, что пациенты такого возраста при возникновении системного головокружения обычно немедленно направляются в стационар, а не обращаются к неврологу амбулаторно.

Сравнительный анализ частоты встречаемости различных причин системного головокружения во всех возрастных группах показал, что независимо от возраста головокружение в большинстве случаев бывает обусловлено 4 основными заболеваниями: ДППГ, болезнью (синдромом) Меньера, вестибулярным нейронитом (за исключением группы пациентов в возрасте 75 лет и старше, у которых это заболевание не было выявлено ни в одном случае, что, вероятнее всего, объясняется малым числом наблюдений) и мигренью (мигрень-ассоциированное головокружение). ДППГ достоверно чаще встречается у пациентов в возрастных группах 45—59 и 60—74 лет ( $p < 0,05$ ), что согласуется с данными литературы, в соответствии с которыми пик заболеваемости ДППГ приходится на возраст 50—70 лет [11, 15].

Также достоверными оказались различия частоты встречаемости болезни Меньера в разных возрастных группах. Она преобладает в возрастной группе 45—59 лет и 60—74 года ( $p < 0,05$ ). По данным других исследований, пик заболеваемости болезнью Меньера приходится на 30—50 лет [11, 16]. Возмож-

но, эти различия объясняются тем обстоятельством, что мы объединили в одну группу пациентов с болезнью Меньера и синдромом Меньера, т.е. отсроченным эндолимфатическим гидропсом, который дебютирует, как правило, позже болезни Меньера.

Достоверных различий по частоте встречаемости в разных возрастных группах других наиболее распространенных причин системного головокружения выявлено не было. Из этого можно заключить, что, вероятно, возрастные и, отчасти связанные с возрастом наиболее распространенные сосудистые факторы, такие как атеросклероз и артериальная гипертензия, вряд ли оказывают существенное влияние на развитие основных вестибулярных заболеваний. Например, ДППГ в равной степени распространено у пациентов самой младшей и самой старшей возрастной групп. Эти данные, на наш взгляд, не позволяют рассматривать хроническую цереброваскулярную недостаточность («вертебрально-базилярную недостаточность») в качестве важной причины головокружения системного характера у пациентов любого возраста.

Более того, инсульт сравнительно редко становился причиной системного головокружения у обследованных нами пациентов всех возрастных групп. Так, в группе больных 45—59 лет инсульт был причиной системного головокружения в 1,3% случаев (2 пациента), а в возрастной группе 60—74 года — в 1,1% случаев (1 пациент). В целом среди всех 590 пациентов с системным и несистемным головокружением, принявших участие в исследовании, инсульт в качестве причины головокружения был диагностирован лишь у 5 человек (0,8% случаев). Трое из них предъявляли жалобы на системное головокружение и 2 — на несистемное. Эти данные соответствуют результатам другого недавнего исследования, согласно которому, инсульт или транзиторная ишемическая атака у пациентов, госпитализированных с изолированным головокружением, были диагностированы лишь у 0,7% случаев [17].

Причины несистемного головокружения существенно различались в разных возрастных группах. Так, среди пациентов в возрасте 16—44 года достоверно чаще, чем в других возрастных группах, встречалась постуральная фобическая неустойчивость ( $p < 0,05$ ). У пациентов самой старшей возрастной группы в качестве причин несистемного головокружения постуральной фобической неустойчивости выявлено не было. Вместе с тем у пациентов этой группы достоверно чаще, чем в других группах, встречались нейродегенеративные заболевания (болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона), дисциркуляторная энцефалопатия и мультисенсорная недостаточность ( $p < 0,05$ ). Неустойчивость у пациентов с нейродегенеративными заболеваниями и дисциркуляторной энцефалопатией, вероятно, во многом обусловлена повреждением базальных ганглиев и лобно-подкорковых связей. При мультисенсорной недостаточности неустойчивость обусловлена сочетанием проприоцептивных, зрительных, слуховых и вестибулярных нарушений, вызванных, скорее все-

го, различными возрастными изменениями соответствующих сенсорных систем.

Выявленные различия в причинах несистемного головокружения у пациентов разных возрастных групп свидетельствуют о важности сосудистых и возрастных факторов в развитии несистемного головокружения у пациентов старческого возраста и несомненно должны учитываться при разработке тактики лечения [18, 19].

Постуральная фобическая неустойчивость была основной причиной несистемного головокружения у пациентов в возрасте 16—44 лет. При этом и в других возрастных группах, кроме самой старшей, постуральная фобическая неустойчивость среди причин головокружения занимала важное место. Существенным представляется выявление у пациентов с постуральной фобической неустойчивостью при детальном отоневрологическом обследовании различных неспецифических изменений, свидетельствующих о возможном негрубом идиопатическом повреждении вестибулярной системы. Аналогичные результаты получены и в ряде других исследований, проведенных в последние годы [12, 20—23]. Происхождение этих изменений и их роль в клинической картине заболевания неясны. С учетом отсутствия достоверных различий в частоте встречаемости таких изменений у пациентов разных возрастных групп (среди пациентов в возрасте 16—44 лет эти изменения были выявлены у 47% прошедших детальное обследование, у пациентов в возрасте 45—59 лет — у 50% обследованных, в возрасте 60—74 года — у 40%), возрастные, дегенеративные и сосудистые факторы вряд ли существенно влияют на появление этих изменений. Скорее всего, их следует рассматривать в структуре определенных преморбидных особенностей, возможно обуславливающих склонность определенной категории пациентов с тревожными расстройствами к появлению устойчивого ощущения несистемного головокружения. С другой стороны, если предположить, что эти изменения имеют определенную патогенетическую связь с клиническими проявлениями заболевания, то некоторые из них (например, расстройства плавных следящих движений глаз) могут быть не только причиной, но и следствием тревоги, составляющей основу клинической картины постуральной фобической неустойчивости. В таком случае выявленные при объективном обследовании изменения могут быть следствием повышения произвольного контроля за бессознательными реакциями у пациентов с хроническими тревожными расстройствами.

Как бы то ни было, выявление при детальном отоневрологическом обследовании тех или иных объективных признаков скрытой вестибулярной дисфункции почти у половины пациентов с постуральной фобической неустойчивостью, по-видимому, позволяет рекомендовать вестибулярную реабилитацию в качестве обязательного компонента комплексной терапии таких пациентов.

Таким образом, проведенное исследование показывает, что независимо от возраста системное голо-

вокружение чаще всего бывает обусловлено 4 основными заболеваниями: ДППГ, болезнью (или синдромом) Меньера, вестибулярным нейронитом и мигренью. Вклад сосудистого фактора в развитие этих заболеваний сомнителен. Инсульт в качестве причины головокружения у амбулаторных пациентов любых возрастных групп встречается крайне редко. Тщательный анализ жалоб и анамнестических данных, а также клиническое и инструментальное обследование позволяют установить точную причину головокружения и проводить патогенетически обоснованную терапию.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Lawson J., Fitzgerald J., Birchall J., Aldren C.P., Kenny R.A. Diagnosis of geriatric patients with severe dizziness. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1999; 47: 12—7.
2. Jönsson R., Sixt E., Landahl S., Rosenhall U. Prevalence of dizziness and vertigo in an urban elderly population. *J. Vestib. Res.* 2004; 14(1): 47—52.
3. Tinetti M.E., Williams C.S., Gill T.M. Dizziness among older adults: a possible geriatric syndrome. *Ann Intern Med.* 2000; 132(5): 337—44.
4. Вейс Г. Головокружение. В кн.: Самуэльс М., ред. Неврология. М.: Практика; 1997: 94—120.
5. Парфенов В.А., Замерград М.В. Что скрывается за диагнозом гипертонический церебральный криз. *Неврологический журнал.* 1998; 5: 29—33.
6. Парфенов В.А., Абдулина О.В., Замерград М.В. Периферическая вестибулопатия под маской инсульта. *Неврологический журнал.* 2005; 6: 28—32.
7. Парфенов В.А., Замерград М.В. Головокружение в неврологической практике. *Неврологический журнал.* 2005; 1: 4—11.
8. Brandt T., Dieterich M., Strupp M. *Vertigo and Dizziness: Common Complaints.* London: Springer; 2004.
9. Nedzelski J.M., Barber H.O., McIlmoyl L. Diagnoses in a dizziness unit. *J. Otolaryngol.* 1986; 15(2): 101—4.
10. Замерград М.В., Парфенов В.А., Яхно Н.Н., Мельников О.А., Морозова С.В. Диагностика системного головокружения в амбулаторной практике. *Неврологический журнал.* 2014; 2: 23—9.
11. Brandt T. *Vertigo. Its Multisensory Syndromes.* London: Springer; 2000.
12. Staab J.P. Chronic subjective dizziness. *Continuum (Minneapolis, Minn.).* 2012; 18(5): 1118—41.
13. Sloane P.D. Dizziness in primary care. Results from the National Ambulatory Medical Care Survey. *J. Fam. Pract.* 1989; 29(1): 33—8.
14. Bisdorff A., Bosser G., Gueguen R., Perrin P. The epidemiology of vertigo, dizziness, and unsteadiness and its links to co-morbidities. *Front. Neurol.* 2013; 4: 1—7.
15. von Brevem M., Radtke A., Lezius F., Feldmann M., Ziese T., Lempert T. et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2007; 78(7): 710—5.
16. da Costa S.S., de Sousa L.C., Piza M.R. Meniere's disease: overview, epidemiology, and natural history. *Otolaryngol. Clin. N. Am.* 2002; 35 (3): 455—95.
17. Kerber K.A., Brown D.L., Lisabeth L.D., Smith M.A., Morgenstern L.B. Stroke among patients with dizziness, vertigo, and imbalance in the emergency department: a population-based study. *Stroke.* 2006; 37(10): 2484—7.
18. Дамулин И.В., Жученко Т.Д., Левин О.С. Нарушения равновесия и походки у пожилых. В кн.: Яхно Н.Н., Дамулин И.В., ред. Достижения в нейрогеронтологии. М.; 1995: 71—97.
19. Антоненко Л. М., Дамулин И. В. Особенности нарушений

- равновесия и ходьбы при болезни Паркинсона, прогрессирующем надъядерном параличе и мультисистемной атрофии. *Неврологический журнал*. 2005; 3: 41—9.
20. Hoffman D.L., O'Leary D.P., Munjack D.J. Autorotation test abnormalities of the horizontal and vertical vestibulo-ocular reflexes in panic disorder. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 1994; 110(3): 259—69.
  21. Yardley L., Britton J., Lear S., Bird J., Luxon L.M. Relationship between balance system function and agoraphobic avoidance. *Behav. Res. Ther.* 1995; 33(4): 435—9.
  22. Teggi R., Caldirola D., Bondi S., Perna G., Bellodi L., Bussi M. Vestibular testing in patients with panic disorder and chronic dizziness. *Acta Otorhinolaryngol. Ital.* 2007; 27(5): 243—7.
  23. Jacob R.G., Furman J.M., Durrant J.D., Turner S.M. Panic, agoraphobia, and vestibular dysfunction. *Am. J. Psychiatry.* 1996; 153(4): 503—12.
- ## REFERENCES
1. Lawson J., Fitzgerald J., Birchall J., Aldren C.P., Kenny R.A. Diagnosis of geriatric patients with severe dizziness. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1999; 47: 12—7.
  2. Jönsson R., Sixt E., Landahl S., Rosenhall U. Prevalence of dizziness and vertigo in an urban elderly population. *J. Vestib. Res.* 2004; 14(1): 47—52.
  3. Tinetti M.E., Williams C.S., Gill T.M. Dizziness among older adults: a possible geriatric syndrome. *Ann. Intern. Med.* 2000; 132(5): 337—44.
  4. Veys G. Golovokruzhenie. In: Samuels M., Ed. *Nevrologiya. M.: Praktika*; 1997: 94—120 (in Russian).
  5. Parfenov V.A., Zamergrad M.V. What is behind the diagnosis of cerebral hypertensive crisis? *Nevrologicheskiy zhurnal*. 1998; 5: 29—33 (in Russian).
  6. Parfenov V.A., Abdulina O.V., Zamergrad M.V. Peripheral vestibulopathy under the guise of stroke. *Nevrologicheskiy zhurnal*. 2005; 6: 28—32 (in Russian).
  7. Parfenov V.A., Zamergrad M.V. Vertigo in neurological practice. *Nevrologicheskiy zhurnal*. 2005; 1: 4—11 (in Russian).
  8. Brandt T., Dieterich M., Strupp M. *Vertigo and dizziness: common complains*. London: Springer; 2004.
  9. Nedzelski J.M., Barber H.O., McIlmoyl L. Diagnoses in a dizziness unit. *J. Otolaryngol.* 1986; 15(2): 101—4.
  10. Zamergrad M.V., Parfenov V.A., Yakhno N.N., Melnikov O.A., Morozova S.V. Diagnosis of vertigo in out-patient practice. *Nevrologicheskiy zhurnal*. 2014; 2: 23—29 (in Russian).
  11. Brandt T. *Vertigo. Its Multisensory Syndromes*. London: Springer; 2000.
  12. Staab J.P. *Chronic subjective dizziness*. Continuum (Minneapolis, Minn). 2012; 18(5): 1118—41.
  13. Sloane P.D. Dizziness in primary care. Results from the National Ambulatory Medical Care Survey. *J. Fam. Pract.* 1989; 29(1): 33—8.
  14. Bisdorff A., Bosser G., Gueguen R., Perrin P. The epidemiology of vertigo, dizziness, and unsteadiness and its links to co-morbidities. *Front. Neurol.* 2013; 4: 1—7.
  15. von Brevern M., Radtke A., Lezius F., Feldmann M., Ziese T., Lempert T. et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2007; 78(7): 710—5.
  16. da Costa S.S., de Sousa L.C., Piza M.R. Meniere's disease: overview, epidemiology, and natural history. *Otolaryngol. Clin. N. Am.* 2002; 35 (3): 455—95.
  17. Kerber K.A., Brown D.L., Lisabeth L.D., Smith M.A., Morgenstern L.B. Stroke among patients with dizziness, vertigo, and imbalance in the emergency department: a population-based study. *Stroke.* 2006; 37(10): 2484—7.
  18. Damulin I.V., Zhuchenko T.D., Levin O.S. Disequilibrium and gait disorders in elderly patients. In: Yakhno N.N., Damulin I.V., Eds. *Advances in Neurogeriatrics*. Moscow; 1995: 71—97.
  19. Antonenko L.M., Damulin I.V. Characteristic features of disequilibrium and gait disturbances in Parkinson's disease, progressive supranuclear palsy and multisystem atrophy *Nevrologicheskiy zhurnal*. 2005; 3: 41—9. (in Russian)
  20. Hoffman D.L., O'Leary D.P., Munjack D.J. Autorotation test abnormalities of the horizontal and vertical vestibulo-ocular reflexes in panic disorder. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 1994; 110(3): 259—69.
  21. Yardley L., Britton J., Lear S., Bird J., Luxon L.M. Relationship between balance system function and agoraphobic avoidance. *Behav. Res. Ther.* 1995; 33(4): 435—9.
  22. Teggi R., Caldirola D., Bondi S., Perna G., Bellodi L., Bussi M. Vestibular testing in patients with panic disorder and chronic dizziness. *Acta Otorhinolaryngol. Ital.* 2007; 27(5): 243—7.
  23. Jacob R.G., Furman J.M., Durrant J.D., Turner S.M. Panic, agoraphobia, and vestibular dysfunction. *Am. J. Psychiatry.* 1996; 153(4): 503—12.