В ПОМОЩЬ МОЛОДЫМ СПЕЦИАЛИСТАМ, АСПИРАНТАМ, ОРДИНАТОРАМ

УДК 616.28-008.55-07

ДИАГНОСТИКА ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

Е. М. Илларионова, И. В. Отвагин, Н. П. Грибова
Смоленская государственная медицинская академия

Представлены современные данные о клинических проявлениях, диагнозе, врачебной тактике при наиболее часто встречающихся причинах центрального и периферического головокружения, основных видов несистемного головокружения. Отмечается, что в настоящее время, несмотря на появление многочисленных новых и высокоточных приборов, основой диагностики остается подробный анализ жалоб и анамнеза пациента, страдающего головокружением.

Ключевые слова: вестибулярное головокружение, несистемное головокружение, диагностика.

DIAGNOSIS OF DIZZINESSES IN CLINICAL PRACTICE

E. M. Illarionova, I. V. Otvagin, N. P. Gribova
Smolensk State Medical Academy

The article presents modern data concerning clinical manifestations, diagnostic approaches and management in cases resulted from the most frequent causes of the central vertigo, peripheral vertigo and dizziness. An accurate history and thorough clinical examination can provide a diagnosis in the majority of patients.

Key words: vestibular vertigo, dizziness, diagnostic approaches.

Под головокружением понимают иллюзорное движение неподвижной окружающей среды в любой плоскости, а также ощущение вращения или движения собственного тела [2]. Головокружение – одна из самых распространенных жалоб среди пациентов любого возраста. В различных возрастных группах частота жалоб на головокружение составляет от 5 до 30% [3]. Головокружение может быть симптомом более 80 различных заболеваний как доброкачественных, так и угрожающих жизни больного. До сих пор не существует унифицированных подходов в терминологии, классификации, изучении патогенетических факторов формирования головокружения. Сложными и дискутабельными являются вопросы диагностики и дифференциальной диагностики головокружений. Остаются недостаточно разработанными вопросы лечения. Одним словом, «головокружением» могут обозначаться самые разные и часто трудно вербализуемые ощущения. И, следовательно, первой задачей врача является выяснение того, какие реальные ощущения испытывает больной, называя их головокружением. Во-вторых, необходимо знать, что головокружение может быть основным проявлением очень большого числа заболеваний самой разной природы и происхождения. При этом быстро сориентироваться в вопросах дифференциальной диагностики нелегко даже опытному врачу.

Ошибки в диагностике могут возникать из-за недостаточных знаний о причинах головокружения. Часто переоценивается роль изменений шейного отдела позвоночника, выявляемых при рентгенологическом обследовании у большинства лиц среднего и пожилого возраста, и результатов ультразвукового исследования позвоночных артерий [3].

Головокружение может быть вестибулярным (системным, или истинным) или несистемным («псевдоголовокружение»). В свою очередь, вестибулярное головокружение может быть центральным, за счет поражения вестибулярных ядер ствола мозга, вестибулярных путей в головном мозге или поражения мозжечка, или периферическим, связанным с поражением вестибулярного нерва и лабиринта. Под несистемным головокружением обычно скрываются три группы состояний: липотимические (предобморочные) состояния, нарушения равновесия и походки (неустойчивость) и психические расстройства [4, 5].

Основная цель диагностических мероприятий при вестибулярном головокружении – определить, какой отдел вестибулярного аппарата поврежден: центральный или периферический.

В большинстве случаев причиной головокружения бывает одно из трех заболеваний: доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, болезнь Меньера или вестибулярный нейронит. Реже

встречаются перилимфатическая фистула, лабиринтит и невринома преддверно-улиткового нерва. Все эти заболевания представляют собой повреждение периферического вестибулярного аппарата [1,3].

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) является самой частой причиной периферического вестибулярного головокружения и составляет почти половину всех случаев у людей в возрасте 50 лет. Однако, несмотря на то, что заболевание известно уже более 100 лет, оно остается одной из самых частых недиагностируемых причин головокружения. Заболевание обусловлено появлением в полукружных каналах свободно перемещающихся или (реже) фиксированных на купуле ампулярного рецептора отолитовых частиц. Под действием гравитации эти частицы вызывают движение купулы полукружного канала, что и является причиной головокружения. ДППГ появляется при изменении положения головы, например при ее запрокидывании. Обычно головокружению предшествует короткий (несколько секунд) латентный период. Само головокружение продолжается, как правило, не более 2 мин и сопровождается специфическим позиционным (горизонтальным или горизонтально-ротаторным) нистагмом, направление которого зависит от того, какой из полукружных каналов поражен. Диагноз ДППГ подтверждается проведением позиционных тестов, среди которых наиболее часто используется проба Дикса-Холлпайка, которая позволяет выявить самый частый вариант ДППГ, вызванный патологией заднего полукружного канала [1, 3].

Болезнь Меньера – идиопатическое заболевание внутреннего уха. Клиническая картина болезни Меньера характеризуется следующими четырьмя проявлениями: приступами системного головокружения; прогрессирующим снижением слуха; флюктуирующим шумом в ухе и ощущением распирания или давления в ухе. Приступ головокружения продолжается до нескольких часов, сопровождается тошнотой и рвотой, возникает в любое время суток. Специфических объективных методов диагностики заболевания нет. Однако характерным аудиометрическим признаком является снижение слуха преимущественно в области низких частот [1].

Вестибулярный нейронит – третья по частоте причина периферического вестибулярного головокружения после ДППГ и болезни Меньера. Развитие вестибулярного нейронита связывают с избирательным воспалением вестибулярного нерва. Считается, что причиной воспаления является вирус простого герпеса I типа. Вестибулярный нейронит проявляется внезапным и продолжительным приступом системного головокружения, сопровождающегося тошнотой, рвотой и нарушением равновесия. Длительность головокружения колеблется от нескольких часов до нескольких суток. Интересно, что вестибулярная функция после перенесенного вестибулярного нейронита восстанавливается лишь в 40% случаев. У остальных больных полное или частичное нарушение функции лабиринта сохраняется на всю жизнь, но головокружения и неустойчивости они не испытывают из-за вестибулярной компенсации [4].

Любые процессы, поражающие вестибулярные проводники на периферическом уровне, как правило, сопровождаются не только вестибулярным симптомокомплексом, но и нарушением слуха (болезнь Меньера, инфаркт лабиринта, невринома VIII нерва и т. п.), так как на этом уровне вестибулярный и слуховой нервы идут вместе, образуя VIII пару черепных нервов. Таким образом, системный характер головокружения и снижение слуха без других неврологических знаков – характерный признак поражения периферических отделов вестибулярной системы.

Центральное вестибулярное головокружение вызвано поражением проводящих путей между вестибулярными ядрами продолговатого мозга и глазодвигательными ядрами, интеграторами краниальной части среднего мозга, медиальной зоной мозжечка, таламусом и вестибулярными зонами в височно-теменной области. Головокружение при этом обычно сочетается со стволовыми симптомами, глазодвигательными расстройствами, нарушениями равновесия [1].

Причинами центрального вестибулярного головокружения могут быть инсульт, транзиторная ишемическая атака в артериях вертебрально-базилярной системы, кровоизлияние в мозжечок, базилярная мигрень, опухоль головного мозга, краниовертебральные аномалии, очаги демиелинизации либо, реже, патологическое возбуждение при пароксизмальных стволовых синдромах, вестибулярная эпилепсия.

Вертебробазилярная недостаточность как причина головокружения встречается значительно реже, чем диагностируется в общей медицинской практике. Такая ситуация возможна преимущественно при синдроме подключично-позвоночного обкрадывания, вызванном грубым стенозом или закупоркой подключичной артерии. Головокружение появляется при активной работе рукой вследствие того, что кровоснабжение руки на стороне измененной подключичной артерии начинает осуществляться за счет вертебробазилярной системы и вследствие этого вызывает ишемию вестибулярных ядер ствола мозга [3].

Предобморочное состояние может возникать вследствие различных причин: при ортостатической гипотензии, нарушениях сердечного ритма, гипогликемии, приеме алкоголя и употреблении некоторых лекарств, острых кровопотерях, неврогенных обмороках. Для всех типов обмороков и предобморочных состояний характерно быстрое развитие. Потере со-

знания нередко предшествуют ощущения дурноты, пелены перед глазами, слабость, чувство приближающейся потери сознания, что больной часто определяет как головокружение.

Неустойчивость, нарушение равновесия и шаткая походка возникают при различных заболеваниях нервной системы вследствие поражения мозжечка, экстрапирамидной или соматосенсорной систем (неустойчивость при этом усиливается в темноте или при закрывании глаз). Нарушение точности или координации движений – атаксия – проявляется расстройством походки, нарушением равновесия в положении стоя и сидя, расстройством движений в верхних и нижних конечностях в виде промахивания и дрожания. Кроме этого, нарушение равновесия может возникнуть вследствие приема противоэпилептических препаратов, транквилизаторов, аминогликозидов, а также других препаратов. В пожилом возрасте жалоба на головокружение во многих случаях обусловлена множественой сенсорной недостаточностью (нарушение проприоцептивной чувствительности, снижение зрения, возрастные изменения вестибулярного аппарата) [3].

Психогенное головокружение – одна из самых распространенных форм головокружения. Оно может развиться у больного с вестибулярным головокружением или развиться первично без признаков повреждения вестибулярной системы. В первом случае психогенное головокружение представляет реакцию больного на стресс, вызванный возникновением сильного и необъяснимого для него вестибулярного головокружения, тошноты, рвоты, неустойчивости. Во втором случае головокружение возникает в структуре некоторых неврозов и психозов. Тогда оно не похоже ни на одно из перечисленных состояний и, как правило, возникает не приступообразно, а продолжается непрерывно в течение многих недель, месяцев и даже лет. Нередко при расспросе удается выяснить, что больные называют головокружением общую слабость, нарушение внимания или тревогу или описывают свои ощущения как «головокружение внутри головы». Для описания тех психогенных расстройств, при которых головокружение становится основной и практически единственной жалобой, предложен термин «фобическое постуральное головокружение» [3].

Основу обследования пациента с головокружением составляют тщательно собранные жалобы и анамнез. При этом выясняется, что пациент подразумевает под головокружением, какова его длительность и частота, имеются ли сопутствующие симптомы, что провоцирует, усиливает или, напротив, ослабляет головокружение.

Большое значение имеет длительность вестибулярного головокружения. От нескольких секунд до минуты продолжается приступ доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения. Также кратковременно головокружение при вестибулярной пароксизмии. От нескольких минут до нескольких часов может продолжаться головокружение при болезни Меньера, перилимфатической фистуле, мигрени, транзиторной ишемической атаке. До нескольких дней может сохраняться головокружение при инсульте в вертебрально-базилярной системе, рассеянном склерозе и вестибулярном нейроните [5].

Сердечно-сосудистые заболевания (артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, мерцательная аритмия, хроническая артериальная недостаточность сосудов нижних конечностей), гиперлипидемия и сахарный диабет – факторы риска инсульта. Они повышают вероятность головокружения, обусловленного поражением центральных вестибулярных структур.

Наряду с тщательным расспросом пациента, в алгоритм диагностики и дифференциальной диагностики входят:

1. Осмотр невролога с выполнением вестибулярных и камертональных проб. 2. Консультация оториноларинголога и сурдолога (аудиометрия). 3. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ. 4. МРТ головного мозга. 5. По показаниям – ЭЭГ и Холтеровское мониторирование. 6. Психологическое тестирование с использованием вестибулярных опросников и психометрических шкал.

Современными инструментальными методами являются: компьютерная электроокулография, компьютерная стабилография, видеонистагмография, электронистагмография, вестибулярные миогенные вызванные потенциалы.

Таким образом, жалобы на головокружение встречаются при самых разнообразных заболеваниях. Причину головокружения можно установить, лишь тщательно собирая анамнез, анализируя жалобы больного и используя комплексное, в том числе инструментальное, обследование. Изолированное вестибулярное головокружение, особенно рецидивирующее, очень редко бывает обусловлено повреждением центральных вестибулярных структур. В подавляющем большинстве случаев причина такого головокружения – поражение периферических звеньев вестибулярного аппарата. Установление причин головокружения весьма важно, поскольку это обеспечивает реальную возможность проведения этиопатогенетически обоснованного лечения и выбор адекватной лечебной тактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брандт Т., Дитерих М., Штрупп М. Головокружение. Пер. с англ. – М.: «Практика», 2009. – 200 с.
2. Голубев В. Л. Головокружение в неврологической и терапевтической практике // Терапевтический архив. – 2004. – №10, С. 43–49.
3. Парфенов В. А., Замерград М. В., Мельников О. А. Головокружение. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 152 с.
4. Штульман Д. Р. Головокружение и нарушение равновесия // Болезни нервной системы / Под ред. Н. Н. Яхно. – М.: Медицина, 2005. – С. 125-130.
5. Brandt T. Vertigo. Its Multicensory Syndromes. – London: Springer, 2000. – 503 p.

УДК 616.831-615.752

АНТИАГРЕГАНТЫ В НЕВРОЛОГИИ

Е. Я. Страчунская, И. В. Моткова, О. М. Устенная
Смоленская государственная медицинская академия

В статье представлены данные о применении антиагрегантов с целью профилактики ишемического инсульта и других сердечно-сосудистых заболеваний. Дана сравнительная оценка современных антитромбоцитарных препаратов. Представлены данные последних клинических исследований применения антиагрегантов с целью первичной и вторичной профилактики ишемического инсульта.

Ключевые слова: профилактика ишемического инсульта, антиагреганты, аспирин, клопидогрель, дипиридамол, терутробан.

ANTIAGGREGANTS IN NEUROLOGY

E. Y. Strachunskaya, I. V. Motkova, O. M. Ustennaya
Smolensk State Medical Academy

The article reviews the data concerning antiaggregants administration aimed to prevention of ischemic stroke and other cerebrovascular diseases. It is comparatively assessed modern classes of antiplatelet drugs. It is reviewed the data of the latest clinical trials of antiaggregants in primary and secondary prevention of ischemic events.

Key words: the prevention of ischemic stroke and other cerebrovascular diseases, antiaggregants, aspirin, clopidogrel, dipiridamol, terutroban.

Инсульт является одной из лидирующих причин заболеваемости, длительной нетрудоспособности и смертности в мире [15]. Как нозологическая форма, он имеет уникальные эпидемиологические особенности: большую частоту, высокую смертность, значительное число больных, оставшихся в живых но несущих на себе печать болезни или превратившихся в инвалидов. Около 2 500 000 человек в странах Европы каждый год переносят инсульт. В течение трех недель умирает 25–30% больных. Среди оставшихся в живых 25–50% нуждаются в постоянном уходе в семье или специальных учреждениях [17].

Актуальность проблемы инсульта в России неоднократно была озвучена на специальных Всероссийских и региональных форумах. Вкратце это можно резюмировать следующими цифрами: более 450 000 новых случаев заболевания ежегодно, из них около 200 000 смертей; на каждый 1 000 000 выживших приходится 800 000 случаев с инвалидизацией и лишь 20% пациентов возвращается к прежней работе [2, 3, 4].

За последние десятилетия в России удалось добиться снижения смертности от инсультов, но не их частоты. У выживших вероятность повторного инсульта достигает 30% и выше, что в 9 раз превышает вероятность инсульта в общей популяции; аналогичному риску подвержены и пациенты, перенесшие транзиторные ишемические атаки (ТИА). Однако у современной медицины есть оружие против повторного инсульта – антиагрегантная терапия [2, 4, 6, 8, 14].

Из всего вышесказанного вытекает важность как первичной, так и вторичной профилактики ишемических заболеваний головного мозга, где одно из главных мест принадлежит антиагрегантной терапии.