

Головокружение: особенности диагностики и лечения

Аленикова О.А., Марьенко И.П.

РНПЦ неврологии и нейрохирургии, Минск

Alenicova O.A., Maryenko I.P.

Republican Research Center of Neurology and Neurosurgery, Minsk, Belarus

Dizziness: features of diagnostics and treatment

Резюме. Спектр заболеваний, вызывающих головокружение, очень широк. Четкое описание симптомов поможет установить правильный диагноз, определить направленность дальнейших обследований и выбрать правильную тактику лечения. Различают несколько клинических типов головокружения, знание которых поможет правильно сориентировать врача и самого пациента в причинах его возникновения. Лечение головокружения, особенно у пожилых пациентов, является трудной задачей. При развитии приступа головокружения на первый план обоснованно выходит симптоматическое лечение, направленное на его купирование. В дальнейшем актуальность приобретает реабилитация больного и восстановление вестибулярной функции, профилактика рецидивов приступов головокружения.

Ключевые слова: головокружение, вестибулярный синдром, Кавинтон, вестибулярная реабилитация.

Summary. The spectrum of the diseases causing dizziness is very wide. The accurate description of symptoms will help to establish the correct diagnosis, to determine the direction of the further research and select the right treatment strategy. There are several clinical types of vertigo, the knowledge of which will help to guide the doctor and the patient in the reasons for its occurrence. Treatment of vertigo, especially in elderly patients is a difficult problem. At development of an attack of vertigo on the first plan goes symptomatic treatment to his relief. Further the urgency is got by rehabilitation of the patient and recovery of vestibular function, prevention of recurrence of vertigo.

Keywords: dizziness, vestibular syndrome, Cavinton, vestibular rehabilitation.

Головокружение и расстройство равновесия – проблемы, которые беспокоят до 30% людей старше 50 лет [1, 10]. Жалобы на головокружение и нарушение статики предъявляют около 15% лиц пожилого и старческого возраста, обращающихся к врачам общей практики, неврологам и специалистам другого профиля. У женщин старше 70 лет головокружение представляет собой одну из наиболее частых жалоб [10].

Головокружение – искаженное восприятие положения своего тела в пространстве с ощущением мни-

мого движения собственного тела или окружающей обстановки. Может возникать не только при разнообразных заболеваниях нервной системы, но также и при изменении в работе других органов и систем, например, при обострении язвенной болезни желудка, желчнокаменной болезни и других состояниях. При этом причины возникновения головокружения различны. Различают несколько клинических типов головокружения, знание которых поможет правильно сориентировать врача и самого пациента в причинах его возникновения.

Выделяют истинное (системное), или вестибулярное головокружение, которое представляет собой ощущение вращения, падения, наклона или раскачивания собственного тела или окружающих предметов. Оно нередко сопровождается тошнотой, рвотой, побледнением, потоотделением, иногда нарушением слуха и равновесия и некоторыми другими симптомами.

Головокружение, которое не сопровождается иллюзорным восприятием вращения окружающих предметов вокруг или собственного тела, расценивается как несистемное. Оно может ощущаться в виде чувства опьянения, неустойчивости и пошатывания при ходьбе. Эти расстройства возникают, как правило, при органических поражениях нервной системы и, конечно, не являются истинным головокружением.

Нередко под головокружением понимают совершенно разные ощущения в виде дурноты, общей слабости, «тумана» в голове, «потемнения в глазах». Такие состояния нередко возникают в предобморочном состоянии, связанном с падением артериального давления и ортостатическими реакциями вследствие заболеваний сердца или с нарушением сердечного ритма, а также при снижении уровня глюкозы в крови, что может встречаться у пациентов, страдающих сахарным диабетом, вследствие передозировки инсулина или при голодании.

Психогенное (психофизиологическое) головокружение развивается у лиц с невротами и изменениями личности. Такие пациенты предъявляют жалобы на «туман», «тяжесть» в голове, чувство опьянения, дурноту. У них обычно наблюдаются тревога, депрессия, внутреннее напряжение. Иногда психогенное головокружение возникает в определенной ситуации, например, при посещении магазина, поездке в общественном транспорте или переходе через мост, в пустой комнате или при посещении концерта. Подобное головокружение не имеет вращательного характера, связано с ощущением неустойчивости и, как правило, усиливается при ходьбе.

Спектр заболеваний, вызывающих головокружение, очень широк. Четкое описание симптомов поможет установить правильный диагноз и определить направление дальнейших обследований и успешность лечения. Поэтому необходимо уточнить следующее:

- в какие моменты времени возникает головокружение;
- чем провоцируется (повороты головы, изменения положения тела в пространстве, изменение атмосферного давления, эмоциональное или физическое напряжение и др.);
- какими симптомами сопровождается (тошнота, шум в ушах, снижение слуха, повышение артериального давления, потоотделение, головная боль, падения, двоение и др.);

– какие лекарства принимает пациент, так как головокружение может быть побочным эффектом ряда лекарственных препаратов (антигипертензивные, транквилизаторы, противоревматические, противоэпилептические и др.);

– не предшествовали ли головокружению травмы головы и шеи. Например, головокружение часто может возникать при так называемой хлыстовой травме, часто случающейся при автомобильных авариях, когда при резком торможении или ударе машины голова рывковым движением отклоняется вперед и/или назад.

Симптомы, сопутствующие головокружению, его характер, частота и длительность приступов помогают установить его истинную причину.

Головокружение – очень распространенное состояние у людей всех возрастов. Чаще всего оно вызвано атеросклеротическими изменениями артерий головного мозга, а также приемом гипотензивных средств при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. По данным обращений к врачу общей практики, при обследовании пожилых пациентов, наиболее часто вестибулярные расстройства и головокружения отмечаются при дисциркуляторной энцефалопатии, обусловленной гипертонической болезнью и атеросклерозом [4–6]. Следует отметить, что у данных пациентов головокружение и наруше-

ния равновесия носят длительный характер, симптомы обычно присутствуют постоянно, но их выраженность может варьироваться в зависимости от множества факторов.

Вторая по частоте причина вестибулярных расстройств и головокружения – недостаточность мозгового кровообращения, вызванная остеохондрозом шейного отдела позвоночника. Большинство пациентов, страдающих шейным остеохондрозом, еще до возникновения приступообразного головокружения жалуются на почти постоянную неустойчивость при ходьбе (шаткость походки без акцента стороны), ощущение зыбкости почвы под ногами, неясность контуров предметов, что может быть расценено как несистемное головокружение [1, 4, 5]. Характерный признак вертеброгенного вестибулярного синдрома – нарушение равновесия, усиливающееся при поворотах и запрокидывании головы. Предпосылкой развития вертеробазиллярной недостаточности могут быть деформации и аномалии позвоночных артерий, атеросклероз брахиоцефальных сосудов.

Еще одной причиной головокружения, возникающего в ответ на изменение положения головы, может являться каналолитиаз, или доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение. Эта форма головокружения спонтанно развивается и чаще встречается у

лиц с сопутствующими нарушениями обмена веществ (мочекаменная болезнь, желчнокаменная болезнь, дислипидемия) или после черепно-мозговой травмы. Для этого состояния характерно кратковременное истинное головокружение при изменении положения тела (при вставании с постели, наклоне или запрокидывании головы, переворачивании с боку на бок) [6, 7].

Остро возникшее, особенно впервые, продолжительное головокружение в отличие от доброкачественного пароксизмального позиционного всегда является грозным сигналом, свидетельствующим о развитии острого нарушения мозгового кровообращения. При этом часто отмечается тошнота, рвота, нарушением равновесия. Ишемия прилегающих отделов ствола обычно вызывает дополнительные симптомы: нарушение зрения, двоение, падения, слабость и онемение в конечностях и др. [8]. В этой ситуации нужно принять неотложные меры (в кратчайший срок больной должен быть осмотрен специалистом и госпитализирован в стационар).

Повторные спонтанные приступы головокружения, не спровоцированные резкими движениями головой, как правило, служат проявлением аритмий, транзиторных ишемических атак в вертебробазилярном бассейне, болезни Меньера или эпилептических припадков.

Перечисляя наиболее частые причины головокружения и нарушения равновесия, необходимо заметить, что одной из особенностей старших возрастных групп населения является социально-психологическая дезадаптация, в основе которой лежит изменение социального статуса, снижение собственных физических резервов, появление фобий, которые способствуют развитию тревожно-депрессивного расстройства, приводящего (на фоне перечисленных выше неврологических, соматических, в т.ч. сосудистых, причин головокружения и нарушения равновесия) к развитию постуральной фобической неустойчивости, обозначаемой пожилыми пациентами как «головокружение», шаткость и неустойчивость при ходьбе, чувства опьянения, тяжести «внутри головы» и др.

Таким образом, многообразие причин головокружения и расстройств равновесия делает крайне необходимым тщательное обследование таких пациентов, поскольку установление точной причины заболевания существенно влияет на тактику лечения, его эффективность, а соответственно на качество жизни человека и риск получения травм вследствие падения.

Лечение головокружения, особенно у пожилых пациентов, является трудной задачей. При развитии приступа головокружения на первый план обоснованно выходит симптоматическое лечение, направленное

на его купирование. В дальнейшем актуальность приобретает реабилитация больного и восстановление компенсации вестибулярной функции, профилактика рецидивов приступов головокружения.

В связи с особой значимостью головокружения представляется целесообразным прицельное влияние на этот ведущий симптом вертебробазилярной недостаточности. Опубликованные в литературе данные о механизме действия Кавинтона (международное непатентованное название – винпоцетин) позволили предположить целесообразность его применения у данного контингента пациентов. Кавинтон – одно из наиболее известных, широко апробированных и эффективных средств, применяемых для лечения пациентов с патологией церебральных сосудов, улучшающее скорость и полноту вестибулярной компенсации. В настоящее время показано, что Кавинтон обладает целым рядом эффектов, обеспечивающих защиту головного мозга от повреждений, связанных с расстройством церебрального кровотока [2]. Учитывая вышеизложенные механизмы развития вестибулярной дисфункции, наиболее значимыми эффектами Кавинтона в лечении головокружения являются [3]: увеличение кровенаполнения в вертебробазилярном бассейне, уменьшение тонуса мелких сосудов, нормализация венозного оттока, се-

лективное увеличение церебральной циркуляции и утилизации кислорода без значительного изменения системной гемодинамики, повышение толерантности головного мозга к гипоксии и ишемии, улучшение реологических свойств крови, снижение агрегации тромбоцитов, профилактика острых ишемических повреждений головного мозга у больных артериальной гипертензией, улучшение метаболизма глюкозы. Кавинтон достаточно эффективен при сосудистых поражениях, сопровождающихся расстройствами равновесия и слуха [14, 15]. Улучшая перфузию в структурах внутреннего уха (Morimoto J. и др., 1980), Кавинтон существенно облегчает клиническую симптоматику, связанную с поражением вестибулярного аппарата, уменьшает такие симптомы, как головокружение и сопровождающие вегетативные расстройства, существенно снижает шум в ушах. Кавинтон форте применяют по 1 таблетке (10 мг) 3 раза в день после еды в течение 3 месяцев. Следует отметить, что при таком широком спектре фармакологических воздействий препарат не обладает ни седативным, ни психостимулирующим эффектом [3, 9, 15]. Повторные курсы приема Кавинтона можно рекомендовать через 3–6 мес. для профилактики приступов головокружения.

Цель вестибулярной реабилитации – ускорение компенсации

функции вестибулярной системы и создание условий для скорейшей адаптации к ее повреждению. Вестибулярная компенсация – сложный процесс, основанный на перестройке многочисленных вестибулоокулярных и вестибулоспиальных связей. Адаптивно-восстановительные процессы структур центральных звеньев вестибулярной системы тесно связаны с компенсаторными изменениями кровотока в вертебрально-базиллярном бассейне. Значительное место в вестибулярной реабилитации занимает вестибулярная гимнастика, включающая различные упражнения на движения глаз, головы, а также тренировку походки [11–13]. Правильно и своевременно подобранная вестибулярная гимнастика улучшает равновесие и походку, предотвращает падения, уменьшает неустойчивость, субъективное ощущение головокружения и повышает повседневную активность больного.

Таким образом, в настоящее время лечение головокружения делится на два этапа: в остром периоде используется в основном медикаментозная терапия, цель которой – уменьшение головокружения и сопутствующих ему вегетативных расстройств, прежде всего в виде тошноты и рвоты, достижение компенсации основного соматического заболевания. Важное значение имеет дифференцированное лечение

приступа головокружения, основанное на своевременной диагностике основного заболевания. Сразу по окончании острого периода переходят ко второму этапу лечения, основная цель которого – вестибулярная компенсация и скорейшее восстановление работоспособности пациента. На сегодняшний день общепризнано, что основу лечения на этом этапе должна составлять вестибулярная реабилитация на фоне приема лекарственных препаратов, ускоряющих процесс компенсации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виберс Д.О., Фейгин В.Л., Браун Р.Д. Руководство по цереброваскулярным заболеваниям / пер. с англ. – М., 1999. – 672 с.
2. Гусев Е.И., Бурд Г.С., Скворцова В.И. // Вестн. интенсивной терапии. – 1993. – № 1. – С. 4–9.
3. Козловский В.И. Кавинтон в клинической практике. – М., 2007. – 148 с.
4. Кунельская Е.Н., Гулиева А.Э., Янушкина Е.С., Чугунова Н.И. // Медицина. – 2010. – № 2. – С. 86–88.
5. Кунельская Н.Л., Камчатнов П.Р., Гулиева А.Э. // Вестн. оториноларингологии (прил.). – 2007. – № 5. – С. 77–79.
6. Мельников О.А. // Лечащий врач. – 2003. – № 10. – С. 66–70.
7. Мельников О.А., Замерград М.В. // Лечащий врач. – 2000. – № 1. – С. 15–19.
8. Парфенов В.А., Абдулина О.В., Замерград М.В. // Неврол. журнал. – 2005. – № 6. – С. 28–32.
9. Blaha R., Fontana L., Astengo E. // J. Am. Geriatr. Soc. – 1987. – Vol. 35. – P. 525–530.
10. Brandt T., Dieterich M. Vertigo and dizziness: common complains. – London, 2004. – 208 p.
11. Cass S.P., Borello-France D., Furman J.M. // Am. J. Otol. – 1996. – N 17. – P. 581–594.
12. Curthoys I.S. // Curr. Opin. Neurol. – 2000. – № 13. – P. 27–30.
13. Dominguez M.O. // Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. (Bord). – 2005. – N 126. – P. 283–286.
14. Houston M.C. // Aust. Fam. Physician. – 1994. – Vol. 23, N № 2. – P. 243–245.
15. Weiss R.F. Herbal Medicine. – Gothenburg, 1988. – P. 181.