

В результате проведенной работы во всех наблюдениях была выявлена стабилизация когнитивных, мнестических функций на исходном до терапевтического вмешательства уровне, то есть отсутствие прогрессирования интеллектуально-мнестических расстройств. Также отмечены сохранность навыков самообслуживания, способность правильно выполнять простые бытовые обязанности. У всех больных, обнаруживавших психопатоподобные расстройства, в том числе агрессивность, в течение 3–5 недель терапии наблюдалось упорядочивание поведения.

У 16 больных (88,9%) отмечена хорошая переносимость лекарственного препарата: у них не регистрировались нежелательные лекарственные реакции. Лишь в одном случае, у пациента с имевшейся ранее брадикардией, терапия была прервана в связи с ее нарастанием (менее 50 в 1 минуту). В другом случае лечение было прекращено в связи с финансовой невозможностью приобретения препарата.

У этих пациентов в течение одного-двух месяцев после прекращения терапии регистрировались признаки прогрессирования болезни в виде нарастания расстройств речи, прогрессивного снижения памяти, утраты бытовых и социальных навыков.

Таким образом, препараты – ингибиторы ацетилхолинэстеразы показали свою эффективность при деменциях альцгеймеровского типа. Учитывая тот факт, что они являются препаратами заместительной терапии, необходим их постоянный прием, поскольку в случае отмены препарата наблюдается прогрессивное нарастание болезненных расстройств. Важным, по нашему мнению, результатом исследования является то, что их прием не только замедляет нарастание интеллектуально-мнестических расстройств, но и способствует упорядоченности поведения, снижению агрессивных тенденций, сохранности бытовых навыков и способности к самообслуживанию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилова С. И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. – М.:Пулс, 2003. – 320 с.
2. Гаврилова С. И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. – М.:Пулс, 2007. – 359 с.
3. Гаврилова С. И., Калын Я. Б., Колыхалов И. В. и др. Новые возможности холинэргической терапии болезни Альцгеймера// Психиатрия. – 2005. – №2. – С. 39-47.
4. Чухловина М. Л. Деменция. Диагностика и лечение. – СПб.: Питер, 2010. – 272 с.
5. Farlow M. Pharmacokinetic profiles of current therapies for Alzheimer's disease: Implications for switching to Galantamine\\ Clin. Therapeutics. – 2001. – Vol 23. – Suppl. A. – P. 13-24.

УДК 616.28-008.55

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ

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

В статье отражены результаты клинико-психологического анализа различных вариантов головокружения. Представлены современные данные о клинических проявлениях, диагностике при наиболее часто встречающихся причинах центрального и периферического головокружения.

Ключевые слова: головокружение, клинико-психологический анализ, диагностика.

CLINICAL-PSYCHOLOGICAL ANALYSIS OF DIZZINESSES

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

The article contains results of clinical-psychological analysis of different variant dizzinesses. The article presents modern data concerning clinical manifestations, diagnostic approaches in cases resulted from the most frequent causes of the central vertigo, peripheral vertigo and dizziness.

Key words: vertigo, clinical-psychological analysis, diagnostic approaches.

Головокружение – один из наиболее часто встречающихся в медицинской практике симптомов.

В течение жизни более чем у 20% людей возникает вестибулярное головокружение [3, 4]. Вестибулярное

головокружение может быть центральным, т. е. связанным с поражением вестибулярных ядер ствола и их связей, вестибулярных центров головного мозга, или периферическим, обусловленным поражением вестибулярного нерва и лабиринта [1, 3]. В 85% случаев симптомы головокружения обусловлены так называемым доброкачественным позиционным пароксизмальным головокружением (ДППГ), вестибулярным нейронитом и болезнью Меньера [5].

В дальнейшем было показано, что наряду с ДППГ вторым по частоте было фобическое постуральное головокружение – в 16%, третьим – центральное вестибулярное головокружение – в 14% случаев, далее шли базилярная и вестибулярная мигрень (9%) и вестибулярный нейронит (8%) с болезнью Меньера (8%) [1]. Данные о частоте тех или иных форм головокружения, полученные разными исследователями, сравнивать трудно, так как само понятие головокружения трактуется то слишком широко, то слишком узко. В одних случаях под головокружением понимают лишь субъективное ощущение, в других – нарушение функции вестибулярной системы, подтвержденное объективным исследованием [1, 5].

Цель работы – изучить клинические и психологические особенности больных с различными типами головокружения.

Материалы и методы. Нами было обследовано 13 пациентов, предъявляющих жалобы на головокружение (10 женщин, 3 мужчин), в возрасте от 45 до 65 лет. Клинические особенности головокружения оценивались с учетом длительности, интенсивности, продолжительности приступа головокружения, времени его возникновения, сопутствующих симптомов и провоцирующих факторов. Клинический метод исследования включал оценку неврологического статуса, с определением нистагмических и глазодвигательных реакций: саккадический тест, тест зрительного слежения, позиционный нистагм, с проведением пробы Дикса-Холлпайка. Проводились камертональные пробы Ринне и Вебера (С 128, С 2048).

Психологическое исследование включало проведение теста на наличие и выраженность депрессии с помощью опросника Бека и теста на определение личностной и реактивной тревожности с помощью шкалы самооценки и оценки тревоги Ч. Спилбергера, Л. Ханина. Объективизация головокружения и оценка качества жизни проводилась нами с помощью вестибулярного опросника VRBQ.

Вестибулярный опросник (VRBQ) помогает оценить количество различий между состоянием пациента с головокружением и его состоянием до появления головокружения, что позволяет судить о влиянии головокружения на больного. Кроме этого опросник позволяет оценить профиль симптомов головокружения и его влияние на качество жизни пациента.

Результаты оценки вестибулярного опросника преобразованы в процентное выражение для удобства интерпретации.

В качестве дополнительных методов исследования мы использовали консультацию оториноларинголога и сурдолога, инструментальные методы: общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ, УЗДГ интра- и экстракраниальных сосудов с проведением ротационных нагрузочных проб и УЗИ сердца, ЭЭГ, аудиометрию, рентгенологическое исследование краниовертебральной зоны, магнитно-резонансную томографию головного мозга.

Результаты и их обсуждение. Почти половину больных (45% пациентов) составили неработающие пенсионеры, 40% – люди умственного труда и 15% – физического труда. 46% пациентов сообщили, что приступы головокружения существуют у них на протяжении до 12 месяцев, 2 и 3 года у 38% пациентов; более 10 лет вестибулярные нарушения беспокоили 16% больных. Ежедневно головокружение возникало у 23% больных. Продолжительность приступа головокружения была от 30 секунд до 1–2 минут у 54%, 2–4 часа (23%).

Наиболее типичным временем возникновения головокружения больные называли утренние часы, но у 54% опрошенных оно возникало в любое время суток. Для 2/3 пациентов приступ головокружения всегда был внезапен, а в 1/3 случаев опрошенные сообщали о постепенном появлении вестибулярных симптомов.

Определение головокружения, как иллюзии четко направленного вращения больного или внешней среды, встречается не часто. Существует большая группа пациентов, жалобы которых не подпадают под это определение, но, по их мнению, они испытывают «головокружение».

16% больных сообщили об ощущении неустойчивости, столько же процентов о «проваливании», 7% – ощущении пустоты в голове, 16% – толчков в сторону, сочетание этих ощущений отмечено у 23%. Совершенно точно очевидно, что эти жалобы не соответствуют критериям истинного головокружения, для которого характерны четкая направленность движения, ощущение вращения окружающих предметов или собственного тела, кроме того, частое вегетативное сопровождение в виде тошноты, рвоты, гипергидроза. Эти признаки истинного вестибулярного головокружения были зарегистрированы у 31% пациентов.

Таким образом, три четверти пациентов предъявляли жалобы, не соответствующие критериям истинного вестибулярного головокружения.

Объективная оценка головокружения всегда затруднительна. С этой целью мы использовали Вестибулярный опросник VRBQ. В результате те-

стирования 54% больных сообщили, что их типичный приступ головокружения имеет умеренную интенсивность и лишь незначительно ограничивает их физическую активность. Но 31% больных испытывают приступы столь сильного головокружения, что они вынуждены оставаться дома и лежать в постели. Около 16% пациентов испытывают головокружение, которое не ограничивает их физической активности.

Причинами сильного головокружения являлись доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (2 больных), болезнь Меньера (1 больной), вестибулярный нейронит (1 больной).

При оценке провоцирующих факторов нами выявлено, что наиболее частой причиной (54% пациентов) были: перемена положения тела, повороты и запрокидывание головы. Повышение артериального давления в качестве провоцирующего фактора назвали 23% больных. Также вестибулярные расстройства вызывали физическая нагрузка, изменения погоды, стресс, поездки на транспорте, низкое артериальное давление, нарушения ритма сердца, лекарства. Исследование неврологического статуса не выявило признаков очагового поражения нервной системы.

При головокружении высокой информативностью обладают специализированные методы исследования вестибулярной системы. В нашем исследовании использовались такие клинические способы оценки нистагма и других глазодвигательных реакций: исследование спонтанного нистагма, саккадический тест, тест зрительного слежения, исследование позиционного нистагма. Нами выявлено, что у пациентов с центральным вестибулярным головокружением был нистагм постоянный у 85%, многонаправленный – у 75%, рассогласованный – у 55% и не менялся при исключении фиксации взора, кроме того, у этих пациентов при выполнении теста зрительного слежения обнаружен симптом «спотыкания» (3/4 пациентов).

У пациентов с периферическим вестибулярным головокружением характер нистагма был горизонтальный (61%) или с ротаторным компонентом (23%), двухкомпонентный (85%), следящие движения глаз плавные, симметричные (3/4 больных), типичным явилось однонаправленность горизонтального спонтанного нистагма при всех позициях взора (прямо, направо, налево). При этом иллюзия смещения самого пациента или объектов окружающей среды совпадала с направлением быстрого компонента нистагма (55%). Кроме того, в группе пациентов с периферическим вестибулярным головокружением был выявлен позиционный нистагм, провоцирующийся проведением пробы Дикса-Холлпайка. Латентный период при этом составил около 20 секунд, со средней продолжительностью до 40 секунд.

Сведения, полученные в результате клинических способов оценки нистагма и других глазодвигатель-

ных реакций, в большинстве случаев помогают сделать заключение о наличии патологии периферического либо центрального звена вестибулярного анализатора, приводящего к возникновению истинного головокружения.

У 75% больных с центральным вестибулярным головокружением выявились унилатеральное снижение слуха и субъективный ушной шум, у 25% – головокружение не сопровождалось данной симптоматикой.

При исследовании слуха с камертонами у пациентов с периферическим вестибулярным головокружением было выявлено укорочение восприятия звучания камертона С 128 и околонормальное восприятие С 2048, что свидетельствовало о наличии кондуктивной тугоухости. При проведении пробы Вебера у этих пациентов звук латерализовался в хуже слышащее ухо. Проба Ринне у этих пациентов была отрицательная.

Использование дополнительных методов обследования позволило в итоге диагностировать наличие центрального вестибулярного головокружения у пациентов с цереброваскулярной патологией и периферического вестибулярного головокружения у пациентов с ДППГ, болезнью Меньера, вестибулярным нейронитом.

При оценке результатов тестирования по шкалам Спилбергера-Ханина получено следующее: высокий показатель реактивной тревожности (более 46 баллов) характеризовался субъективно переживаемыми эмоциями напряжения, беспокойства, нервозности, сопровождался активацией вегетативной нервной системы и свидетельствовал о выраженном психоэмоциональном напряжении в 100% случаев больных с острым вестибулярным синдромом. Высокий уровень личностной тревожности (более 46 баллов) был обнаружен у 10 из 13 больных, что составило 77%.

Используемая в нашей работе психометрическая шкала Бека позволила выявить наличие депрессивных нарушений у пациентов с разной степенью их выраженности. У 5 пациентов выявлена легкая депрессия, у 2 – умеренная и у 3 – выраженная.

Как известно, положительным свойством шкалы оценки депрессии Бека является возможность определения степени тяжести депрессивных нарушений. Депрессивные нарушения были диагностированы практически в одинаковой частоте случаев у больных с центральным и периферическим головокружением.

Использование шкал реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина позволяет быстро и надежно получить количественную оценку выраженности аффективных расстройств. Она может быть использована для выявления групп повышенного риска нервно-психической дезадаптации среди больных с головокружением.

Для больных с острым вестибулярным синдромом характерным является высокий уровень реактивной тревожности на фоне личностных тревожно-депрессивных черт характера.

Анализ результатов тестирования с помощью Вестибулярного опросника VRBQ показал, что у большинства больных с головокружением имеют место тревожные расстройства (62%), головокружение в большинстве случаев вызвано движением (54%), при этом быстрые движения головой из стороны в сторону и запрокидывание головы провоцируют приступ головокружения в большинстве случаев. Качество жизни было снижено в результате головокружения у 100% больных, причем более чем на 50% у 12 из 13 пациентов.

Анализ результатов используемых клинико-психологических методов показал, что наряду с диагностической беседой для получения более полных данных для решения вопросов, связанных с диагностикой особенностей психосоматического состояния больных с головокружением, необходимо применять стандартизированные психометрические шкалы и специализированные вестибулярные опросники, в частности VRBQ.

Из числа всех опрошенных 62% ранее обращались к врачам по поводу головокружения. Согласно предыдущим заключениям врачей причинами вестибулярных расстройств у этих пациентов являлись: вертебрально-базилярная недостаточность (31%); дисциркуляторная энцефалопатия (23%); остеохондроз шейного отдела позвоночника (20%); вегетативно-сосудистая дисфункция (16%); гипертензионно-гидроцефальный синдром (16%). Безусловно, постановка диагноза вертебрально-базилярной недостаточности требует подробного сбора анамнеза, обследования пациента и всестороннего осмысления полученных клинических и инструментально-лабораторных данных. В нашем исследовании лишь у 7% больных диагноз недостаточности мозгового кровообращения в вертебрально-базилярном бассейне был убедительно подтвержден анамнезом и жалобами пациентов, свидетельствующими о преходящем страдании мозга во время приступа головокружения, и проведенным обследованием, косвенно или прямо подтверждающим этот диагноз. В качестве дополнительных методов обследования следует рекомендовать ультразвуковую доплерографию и/или дуплексное сканирование сосудов шеи и мозга с проведением ротационных нагрузочных проб, рентгенографию краниовертебрального стыка, МРТ и МР-ангиографию, стабилOMETрию.

Выводы. Жалобы на головокружение встречаются при самых разнообразных заболеваниях. Истинную причину головокружения возможно установить, лишь тщательно собирая анамнез, анализируя жалобы, проводя вестибулярные пробы, используя методы вестибулометрии и нейровизуализации. Обследование больного с жалобами на головокружение подразумевает установление самого факта наличия головокружения и выяснение его топической и нозологической принадлежности. Необходимо отметить, что нередко пациенты могут вкладывать в понятие головокружения самый различный смысл, включая, например, нарушения четкости зрения, ощущение тошноты, головную боль и др. В этой ситуации задачей врача является проведение дифференциальной диагностики между головокружением и жалобами иного характера. Во время расспроса не следует подталкивать обследуемого к называнию конкретного термина, намного целесообразнее получить от него наиболее подробное описание имеющихся жалоб. Большое значение имеет неврологический осмотр, в частности, выявление и определение характера нистагма (его направление, симметричность, связь с положением головы и пр.), состояния черепных нервов и четкость выполнения координаторных проб. Многим больным требуется обследование вестибулолога или отоневролога с применением инструментальных методов диагностики состояния вестибулярного аппарата, слуха. Даже полноценное и разностороннее обследование в ряде случаев не позволяет установить диагноз, что требует динамического наблюдения за больным. В особенности сложна диагностика сочетанных форм головокружения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брандт Т., Дитерих М., Штрупп М. Головокружение: Пер. с англ. – М., «Практика», 2009. – 200 с.
2. Крюков А. И., Петухова Н. А. Ангиогенная кохлеовестибулопатия. – М., «Медицина», 2006. – 312 с.
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 Multisensory Syndromes. – London: Springer, 2000. – 503 p.