

Головокружения в практике врача-интерниста.

Драпкина О.М., Чапаркина С.О.

Клиника пропедевтики внутренних болезней
ММА им. И.М.Сеченова (Директор клиники –академик РАМН Ивашкин
В.Т.)

Чувство равновесия — это одно из наиболее древних приобретений человека в процессе его развития. На биологической шкале эволюции оно возникло раньше зрения и слуха и, возможно, раньше вкусовой чувствительности и обоняния. Любое расстройство этой функции приводит к появлению у больного мрачного предчувствия, которое нередко доходит до состояния ужаса. Хотя под головокружением обычно понимают иллюзорное движение окружающей среды или самого больного, расстройства равновесия могут принимать самые разнообразные формы и к огорчению страдающих головокружением не всегда просто аналитическим методом распознать природу их недуга. Для клинициста такой пациент всегда создает трудноразрешимую проблему. Ввиду сложных и обширных связей в центральной нервной системе, вестибулярная система чувствительна ко многим патологическим процессам, каждый из которых может тем или иным образом нарушить чувство равновесия.

Периодическое ощущение головокружений относится едва ли не к самым частым жалобам больных соматического профиля, уступая лишь головной боли. Ощущение головокружения, как и головная боль, знакомо практически каждому человеку. Но если в отношении головной боли достигнут явный прогресс в создании унифицированных подходов к терминологии, классификации, патогенетическим трактовкам и лечению, то головокружение остается, к сожалению, плохо разработанной проблемой. Головокружение может быть симптомом многих патологических состояний. А сами пациенты одним словом "головокружение" обозначают самые

разные ощущения. Следовательно, первая задача врача - выяснить, какие реальные ощущения испытывает больной, называя их головокружением.

Еще в 1928 году А.М.Левин и Д.Д.Плетнев в «Основах клинической диагностики для врачей и студентов» писали: «Первые жалобы больного, его общий вид возбуждают в уме врача целый ряд подозрений, пока еще весьма смутных. Дальнейший рассказ больного, его воспоминания о прежде бывших заболеваниях, о ходе нынешнего заболевания укрепляют некоторые из этих подозрений и делают маловероятными все остальные. Постепенно из хаоса возможных предположений выделяется несколько таких, которые в данном случае сравнительно более вероятны, и врач, исследуя больного, по возможности всесторонне, главным образом, те органы, вокруг которых сосредотачиваются его подозрения, - обыкновенно скоро приходит к заключению относительно того, которые из возможных в данном случае предположений наиболее вероятно. Это последнее и есть диагноз».

Жалуясь на головокружение, пациент обычно имеет в виду один из трех типов [1] :

- "истинное" головокружение, к которому рекомендуют относить системное (вращательное, круговое) головокружение;
- липотимические состояния и обмороки различной природы;
- головокружения смешанного генеза (нарушения походки и неустойчивость);.

На современном этапе выделяют еще один, четвертый тип головокружений психогенного происхождения.[2]

Более распространенной в последние годы классификацией служит деление головокружений на две основные группы: I – системные (вестибулярные) и II – несистемные (все остальные, которые будут описаны ниже)

Определение типа головокружения базируется на тщательном анализе жалоб. Существует вопрос, который обязательно следует задать пациенту:

«Ощущаете ли Вы вращение собственного тела или окружающих предметов?». При таких утверждениях, как: «Мне казалось, что комната вращается вокруг меня», - можно с убежденностью судить о наличии системного (вестибулярного, истинного) головокружения. Важным является наличие таких сопутствующих симптомов, как тошнота и рвота. Такой тип головокружений усиливается при вставании, поворотах головы, ходьбе [1,3].

Состояние "дурноты" в виде ощущения общей слабости, тошноты, «потемнения в глазах», холодного пота, предчувствия неминуемого падения и потери сознания характерно для невестибулярного головокружения, объединяющего липотимические состояния и психогенный тип. Третий вариант головокружений подразумевает трудноописуемые ощущения, возникающие иногда во время перемещения взора, в процессе передвижения больного с дискоординацией движений, неустойчивостью тела, нарушениях походки разного типа и связан с постуральными, зрительно-вестибулярными, апракто-атактическими и другими подобными нарушениями[1,2].

Головокружение наблюдается у 30% людей старше 65 лет и у 50% – старше 80 лет [3]. Этот симптом существенно влияет на качество жизни пациента, может быть причиной падений и травм, приводить к нетрудоспособности и даже инвалидизации. Спектр причин, вызывающих головокружение, очень широк и представлен в Таблице 1. Хотя течение многих заболеваний доброкачественно, в круг диагностического включены и такие жизне-угрожающие состояния, как цереброваскулярная патология (ТИА, инсульт) и заболевания сердца (аритмии, пороки). В условиях такого разнообразия этиологических факторов целесообразен междисциплинарный подход к диагностике и реабилитации таких пациентов[4].



Таблица 1. Диагностический круг заболеваний при головокружении (ССЗ-сердечно-сосудистые заболевания, ГКС-гиперчувствительность каротидного синуса)

Таким образом, при выявлении жалоб, мы уже определились с наличием у больного системного или несистемного типа головокружения.

Системное (вестибулярное) головокружение.

Вестибулярное головокружение может возникать при вовлечении вестибулярной системы на любом уровне, начиная от внутреннего уха в пирамидке височной кости, вестибулярного нерва, мосто-мозжечкового угла, ствола головного мозга и заканчивая подкорковыми структурами и корой головного мозга (в височных и теменных долях).

Окончательный диагноз уровня вестибулярной дисфункции устанавливается на основании показателей вестибулярного паспорта и сопутствующей неврологической симптоматики. Анализ последней более доступен для практического врача и не менее важен, чем изучение нистагма при специальных вестибулярных нагрузках[1].

Любые процессы, поражающие вестибулярные проводники на периферическом уровне (от внутреннего уха и вестибулярного нерва до мосто-мозжечкового угла и ядер вестибулярного нерва в стволе головного мозга), как правило, сопровождаются не только вестибулярным симптомокомплексом, но и нарушением слуха, так как на этом уровне вестибулярный и слуховой нервы идут вместе, образуя 8-ю пару краниальных нервов. Таким образом, системный характер головокружения и снижение слуха без других неврологических знаков – характерный признак поражения периферических отделов вестибулярной системы. Кроме того, при процессах этой локализации головокружение часто носит характер острого приступа (Таблица 2).

Указанный комплекс пароксизмальных слуховых и вестибулярных расстройств носит название синдрома Меньера (не путать с болезнью Меньера)[1,2]. Синдром состоит из слуховых и вестибулярных компонентов. К слуховым компонентам относятся: шум, звон в ушах и ли понижение слуха на поражённой стороне. Вестибулярные компоненты включают:

- вестибулярное (системное) головокружение,
- спонтанный нистагм,
- вестибулярную атаксию,
- тошноту, рвоту, гипергидроз и другие вегетативные нарушения..

Для выявления вестибулярной атаксии используют пробу Ромберга.[5]. Обследуемого просят плотно сдвинуть стопы, голову слегка приподнять, руки поднять до горизонтального уровня, вначале стоять с открытыми глазами, а затем закрыть глаза. При одностороннем периферическом поражении пациент постоянно отклоняется в сторону поражения. В случаях

нарушения равновесия истерического характера, пациент начинает падать назад как оловянный солдатик, но всегда вовремя восстанавливает равновесие.

Таблица 2. Дифференциальная диагностика центральной и периферической вестибулопатии (по Д.Р.Штульману, О.С.Левину)

Клинические признаки	Центральная вестибулопатия	Периферическая вестибулопатия
Нистагм	Вертикальный, ротаторный, горизонтальный; Направлен в сторону взора; усиливается при взгляде в сторону поражения	Горизонтально-ротаторный; направлен в определенную сторону; усиливается при взгляде в противоположную сторону
Головокружение	Обычно легкое, но постоянное	Выраженное, часто преходящее
Тошнота, рвота	Нередко отсутствуют	Обычно присутствуют
Направление падения	Вариабельно	В сторону поражения
Фиксация взора, закрывание глаз	Не влияют на симптомы или усиливают их	Уменьшают нистагм и головокружение
Стволовые симптомы	Выявляются часто	Отсутствуют
Снижение слуха, шум в ушах	Отсутствуют	Выявляются часто

Для того чтобы заподозрить воспалительные заболевания периферического отдела вестибулярного анализатора, необходимо задать следующие вопросы: Не было ли недавно простуды? Не было ли травм и операций на ухе? Нет ли снижения слуха?

Вестибулярный нейронит (частота выявления 4,3%) - заболевание с неизвестным патогенезом, которое встречается, по-видимому, чаще, чем диагностируется. Заболевание часто начинается после острой респираторной инфекции, реже связано с метаболическими расстройствами. Развитие симптомов острое: системное головокружение, тошнота, рвота, которые могут продолжаться несколько дней. Прогноз благоприятный. Заболевание полностью регрессирует, хотя возможен "хвост" плохого самочувствия в виде общей слабости, лёгкой неустойчивости, субъективного ощущения "отсутствия равновесия", особенно при резких поворотах головы. Кроме нистагама других неврологических симптомов при этом синдроме не бывает[3,6].

Известны и другие, помимо вестибулярного нейронита, заболевания, при которых наблюдается головокружение без очаговых неврологических знаков: острый лабиринтит или лабиринтопатия (снижается слух), доброкачественное позиционное головокружение, мигрень, артериальная гипертензия, алкогольная интоксикация, височная эпилепсия, посткоммоционный синдром, болезнь движения.

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) выявляется с частотой 34,3%[2,7]; проявляется короткими (от нескольких секунд до нескольких минут) приступами головокружения, возникающими при перемене положения тела. В типичных случаях головокружение развивается в строго определённом положении головы, смена положения которой (больной поворачивается, например, на другой бок) приводит к прекращению головокружения. Прогноз благоприятный. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение обычно проходит самостоятельно в течение нескольких месяцев. Доброкачественное позиционное головокружение может возникать после черепно-мозговой травмы, среднего отита или стапедэктомии, а также при интоксикациях и вирусных инфекциях. Идиопатические случаи заболевания связаны с дегенеративным процессом с образованием отоконияльных отложений в

полукружном канале, в результате чего повышается чувствительность этого канала к гравитационным воздействиям при изменении положения головы. Однако диагноз этого синдрома всегда требует тщательного исключения других возможных причин головокружения.[1,5,9] Важный диагностический критерий – выявление нистагма. Нистагм – это произвольное ритмическое колебание глазных яблок. Нистагм можно наблюдать, если больной держит голову прямо при отведении глазных яблок в стороны. Нистагм может также быть спровоцирован изменением положения головы. При специальном исследовании у ЛОР-врача используются температурные тесты, когда наружный слуховой проход орошается водой, имеющей температуру на 7°C выше или ниже температуры крови. Температурные тесты могут провоцировать чувство вращательного движения и нистагм. Нистагм отмечается во время головокружения и является объективным критерием наличия истинного головокружения. Наконец, используют ротационное тестирование, при котором пациента вращают на специальном стуле вокруг вертикальной оси и регистрируют движения глазных яблок[2,3].

Болезнь Меньера выявляется с частотой 5,9%[2]. Болезнь Меньера является классическим примером острого рецидивирующего системного (вестибулярного) головокружения и считается самостоятельной нозологической формой. При этом поражается преимущественно внутреннее ухо. Возраст начала заболевания 20–50 лет. Головокружение приступообразное, продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов. Частота приступов от одного раза в год до нескольких раз в день. Течение волнообразное: периоды обострения сменяются ремиссией. Для приступа, помимо головокружения, характерно появление шума в ухе, тошноты и рвоты, бледности и повышенного потоотделения. Больные в момент приступа ищут определенного положения, избегая резких звуков, яркого света, мелькания предметов перед глазами. Обострению часто

предшествуют определенные признаки (аура – усиление шума, заложенности, расстройство равновесия и др.). Со временем у пациентов развивается прогрессирующая тугоухость. Патогенез болезни до сих пор не ясен, известен лишь патоморфологический субстрат болезни – эндолимфатический гидропс Периферическое головокружение при болезни Меньера всегда сопровождается спонтанным нистагмом – горизонтальным или горизонтально-ротаторным различной интенсивности. Характеристика нистагма зависит от положения глаз: нистагм усиливается при взоре в сторону быстрого компонента и ослабевает в сторону медленного компонента. Состояние глаз при этом нормальное, нарушений со стороны глазодвигательных нервов нет. Пациентов с болезнью Меньера направляют в специализированное учреждение для обследования у специалистов (сурдолог, отоневролог, невропатолог)[1,3,6].

Невринома VIII черепного нерва (частота выявления 0,4%)[2]. Начало заболевания постепенное. Головокружения редкие. Снижение слуха наступает быстро при развитии опухоли во внутреннем слуховом проходе, но чаще она локализуется в области мостомозжечкового угла, и тогда тугоухость развивается годами. Невринома VIII нерва в некоторых случаях может проявляться острым системным головокружением, что приводит к ошибочному диагнозу болезни Меньера, вестибулярного нейронита, лабиринтита и др. Для невриномы характерно сочетанное поражение лицевого, тройничного нервов, признаки поражения мозжечка, изменения на глазном дне. Необходимо раннее обследование с привлечением отоневролога, окулиста, невропатолога, однако наибольшую диагностическую ценность имеет проведение магнитно-резонансной или компьютерной томографии[3,6].

Поражение вестибулярного анализатора центрального уровня может быть обусловлено ишемией ствола мозга, рассеянным склерозом, опухолями задняя черепная ямка (ЗЧЯ), а также опухолями в других отделах. Патологические процессы, развиваясь в мозге, приводят к нарушению связей

вестибулярного аппарата с корой головного мозга (стволовые энцефалиты, выраженная внутричерепная гипертензия, вертебробазилярная недостаточность, при дегенеративном заболевании мозга). При центральном поражении вестибулярного аппарата вестибуловегетативные реакции в большинстве случаев слабо выражены. Понижение слуха не характерно (Таблица 2).

Вертебробазилярная недостаточность

Голокружения, возникающие вследствие вертебробазилярной недостаточности (ВБН) не относятся ни к системным (вестибулярным), ни к центральным головокружениям.

В течение длительного времени вертебробазилярная недостаточность являлась главной причиной головокружения, хотя на самом деле это состояние встречается достаточно редко (менее 1,0% всех консультаций по поводу головокружений) [2,11]. По другим данным ТИА у пациентов с жалобами, включающими и головокружения, выявляется в 3.2% случаев; у пациентов с единственно жалобой на головокружения - в 0.7% случаев [7]

Однако в отношении пожилых людей, имеющих дополнительные факторы риска, всегда существует настороженность в отношении нарушений мозгового кровообращения[1]. Головокружение начинается остро, продолжается несколько минут, сопровождается нарушением равновесия. Кардинальным признаком вертебробазилярной недостаточности являются дополнительные симптомы: нарушение зрения, двоение, дизартрия, падения, слабость и онемение в конечностях. Приступы головокружения нередко бывают первым симптомом вертебробазилярной недостаточности, но если эти эпизоды повторяются на протяжении многих месяцев и тем более лет, а другие симптомы не появляются, то диагноз вертебробазилярной недостаточности сомнителен. Такие признаки, как остеохондроз шейного отдела позвоночника, иногда изгиб одной или обеих позвоночных артерий, обнаруженный при ультразвуковом исследовании сосудов шеи, также не

являются достаточными основаниями для заключения о недостаточности вертебробазилярного кровообращения. В настоящее время доказано, что изолированное системное головокружение, не сопровождающееся очаговыми неврологическими симптомами, в подавляющем большинстве случаев является признаком поражения периферических отделов вестибулярной системы[3,6]. Эпизоды изолированного системного головокружения часто служат причиной гипердиагностики вертебробазилярной недостаточности. Такие больные нуждаются в тщательном обследовании для верификации предполагаемого сосудистого заболевания[1].

Следует также помнить, что побочным эффектом некоторых антигипертензивных, противоэпилептических и противоревматических средств может быть и головокружение (таблица 3). Какие лекарственные препараты Вы принимаете или принимали в последнее время? Употребляете ли Вы спиртное или наркотики? В случаях, когда головокружение связывается с приемом лекарственных препаратов или интоксикацией достаточно заменить препарат или откорректировать его дозу, устранить интоксикацию[12].

Таблица 3. Средства, вызывающие головокружения

**Средства, вызывающие
головокружения**

- ❖ Алкоголь
- ❖ Антибиотики (аминогликозиды, тетрациклины)
- ❖ Аспирин
- ❖ Антидепрессанты
- ❖ Диуретики в больших дозах
- ❖ Нитроглицерин
- ❖ Кокаин, марихуана
- ❖ Фенотиазины, бензодиазепины, барбитураты
- ❖ Хинин, хинидин
- ❖ Гипотензивные средства

Как вытекает из вышеизложенного, дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с симптомами системного (вестибулярного) головокружения, требует компетенции невролога. Однако знание приёмов клинической ориентации в жалобах и основных неврологических проявлениях может быть полезным врачу любой специальности. Правда, терапевт чаще сталкивается с головокружениями другого типа, когда они наблюдаются в картине липотимических состояний при ортостатических расстройствах кровообращения.

Несистемное головокружение в картине липотимического состояния.

Этот тип головокружения проявляется внезапно наступающей общей слабостью, ощущением дурноты, "потемнения в глазах", звоном в ушах, предчувствием неминуемого падения и потери сознания, что нередко и происходит на самом деле (обморок). В последнем случае, то есть когда головокружение предшествует потере сознания (обмороку), оно носит название липотимического (предобморочного) состояния. Липотимическое состояние не обязательно переходит в обморок (это зависит от скорости и степени падения артериального давления). Липотимические состояния могут часто повторяться, тогда основной жалобой больного будет головокружение. Анализ этих жалоб не оставляет сомнений в том, что они не имеют ничего общего с системным головокружением[1,6].

Для клинициста важно помнить, что липотимические состояния и обмороки бывают двух типов: нейрогенные и соматогенные. И хотя такая несколько упрощённая классификация не всегда применима к любому клиническому наблюдению, в целом она верно указывает на разное происхождение головокружений. Выделяют

- вазодепрессорный синкоп,
- гипервентиляционный синдром (в том числе и психогенного генеза),
- синдром гипервозбудимости каротидного синуса,

- кашлевой синкоп,
- никтурический синкоп,
- гипогликемический синкоп,
- ортостатические обмороки разного происхождения.

Самый частый тип липотимий и обмороков - вазодепрессорная синкопа, обычно провоцируемая теми или иными стрессовыми воздействиями (ожидание боли, вид крови, страх, духота и т.п.). До сих пор недооценивается, особенно терапевтами, гипервентиляционный обморок. При выраженной нейрогенной гипервентиляции закономерно возникает головокружение, которое не всегда заканчивается обмороком. Психогенная гипервентиляция может приводить к респираторному алкалозу с такими типичными симптомами, как головокружение, лёгкая головная боль, онемение и покалывание в конечностях и лице, зрительные нарушения, мышечные спазмы, сердцебиения, обморок. Выраженная гипервентиляция способна спровоцировать эпилептический припадок (при соответствующей предрасположенности). Важно знать, что такие больные нередко жалуются на стеснённость в груди, неспособность сделать глубокий вдох, чувство "нехватки воздуха". Может наблюдаться аэрофагия с последующими абдоминальными болями. На фоне диспноэ возможно появление дрожания, ознобоподобного гиперкинеза, тетанических судорог ("карпо-педальные спазмы") в конечностях[1,3].

Ортостатическая гипотензия и обмороки (5,9% всех пациентов с головокружениями)- другая важная причина несистемных головокружений[2]. Она может иметь как нейрогенное (в картине первичной периферической вегетативной недостаточности - ПВН), так и соматогенное происхождение (вторичная периферическая вегетативная недостаточность). Первый вариант ПВН представлен такими заболеваниями как идиопатическая ортостатическая гипотензия, синдром Шая-Дрейджера. Вторичная ПВН развивается на фоне соматических заболеваний[1,3].

Для клинициста важно помнить, что предрасполагают к головокружениям второго типа артериальная гипотония; астенические состояния после острых инфекционных и соматических заболеваний, а также при хронических процессах; состояния, связанные со снижением общего объема циркулирующей крови (острая потеря крови, анемия, гипопроотеинемия). У больных с предполагаемым дефицитом объема крови важное диагностическое значение имеет тахикардия в покое.

Наконец, описаны головокружения и синкопы при брадикардии вследствие усиления вагального рефлекса. В этом случае происходит остановка сердца и потеря сознания при отсутствии какого-либо заболевания сердца. Предполагают, что стимулы, способные вызвать такой необычный вегетативный ответ, могут исходить из разных органов, афферентная иннервация которых бывает вагальной, тригеминальной, глоссофарингеальной или спинальной. Головокружения и синкопы вследствие усиленного вагального рефлекса могут развиваться при давлении на глазное яблоко, эзофагальной дилатации, растянутой прямой кишке или растянутом влагалище. Общий фактор здесь, вероятно, - висцеральная боль[1].

Если ортостатические нарушения кровообращения протекают не только с головокружением, но сопровождаются потерей сознания то часто возникает необходимость проведения дифференциального диагноза с эпилепсией, что осуществляет невролог. Обмороки исключительно редки в горизонтальном положении и никогда не наступают во сне (в то же время они возможны при вставании с постели ночью), Ортостатическая гипотензия может быть легко выявлена на поворотном столе (пассивная смена положения тела). После нескольких минут горизонтального положения больного переводят вертикальное. При ПВН в течение короткого времени АД падает, а ЧСС повышается недостаточно или не повышается вообще, что приводит к головокружению и обмороку. Результаты диагностических

ортостатических проб всегда рекомендуется сопоставлять с другими клиническими данными.

Вообще постуральная гипотензия считается установленной, если при переходе больного из горизонтального положения в вертикальное систолическое АД падает не менее чем на 30 мм рт.ст. Для уточнения природы головокружения и обмороков необходимо кардиологическое обследование с целью исключения кардиальной патологии. Определенное диагностическое значение имеют проба Даньини – Ашнера (замедление пульса более чем на 10-12 ударов в мин), проба Вальсальвы. Эти пробы указывают на повышенную реактивность блуждающего нерва. Массаж каротидного синуса помогает выявить гиперчувствительность каротидного синуса: снижение уровня АД и даже провокация головокружения. Такие больные плохо переносят тугие воротнички, душные помещения.

Головокружение смешанной природы

Третий тип головокружения имеет смешанную природу, это состояние трудно оценить словесно, возникает оно при передвижении больного и проявляется в неустойчивости тела, нарушении походки, зрительными расстройствами. Характер головокружения неоднороден и не всегда четко определяется. Данный тип головокружения может возникать при патологических процессах в области шеи. Сюда относятся головокружения при врожденной костной патологии (синдром Арнольда – Киари), при шейном остеохондрозе и остеопорозе (например, в картине заднего шейного симпатического синдрома), гиперэкстензии, хлыстовой травме. Нарушения равновесия и походки (дисбазия), связанные с паретическими, атактическими, гиперкинетическими, акинетическими, апрактическими или постуральными расстройствами, иногда воспринимаются и описываются больными как состояния, напоминающие головокружения. Однако анализ

ощущений больного показывает в таких случаях, что головокружения в прямом смысле этого слова у пациента может и не быть, но есть снижение контроля над своим телом в процессе его ориентации в пространстве.

Головокружение может возникать у некоторых людей при неудачно подобранных линзах, а также может быть побочным эффектом некоторых фармакологических препаратов[1,6].

Психогенное головокружение

Жалобы на головокружение входят в “десятку” самых частых жалоб, предъявляемых пациентами с психогенными, а именно с невротическими расстройствами. Психогенное головокружение облигатно сопровождается выраженными страхом и тревогой, а также вегетативными нарушениями – сердечно-сосудистыми и дыхательными. Наиболее часто головокружение отмечается на фоне гипервентиляционного синдрома, учащенное и поверхностное дыхание приводит к метаболическим расстройствам, повышению нервно-мышечной возбудимости и др. При этом пациенты определяют свои ощущения как дурноту, легкость в голове, нередко симптомы головокружения сочетаются с шумом и звоном в ушах, повышенной чувствительностью к звуковым стимулам, неустойчивостью при ходьбе. Нередко психогенное головокружение возникает во время панической атаки. Ее симптомы в виде страха, одышки, сердцебиения, тошноты могут возникать одновременно с симптомами дурноты, “предобморочного состояния”, страха падения и нарушения равновесия. Интересным является тот факт, что психогенное головокружение нередко возникает у пациентов с врожденной неполноценностью вестибулярного аппарата, которая проявляется с детства в виде плохой переносимости транспорта, качелей, каруселей, высоты и т. д. В этих случаях существующая с детства вестибулопатия принимает участие в симптомообразовании при психогенном заболевании и тем самым играет важную роль в возникновении жалоб на головокружение[3,6].

Вестибулярная компенсация.

Феномен вестибулярной компенсации состоит в том, что головокружения, нистагм и другие симптомы могут с течением времени исчезнуть при сохранении причины этих расстройств. Признаки исчезают в результате компенсаторных механизмов. Вестибулярная компенсация зависит от сенсорных импульсов, поступающих от визуальных и проприоцептивных источников, а также от работающей части вестибулярного аппарата. Эти сенсорные импульсы, включая сложные нейрофизиологические и адаптационные механизмы, способствуют функциональному восстановлению. При лечении каждого пациента следует учитывать эти сложные и, нередко, хрупкие механизмы[2].

Улучшению вестибулярной компенсации способствует усиление визуальных, проприоцептивных и остаточных вестибулярных импульсов. Любые факторы, которые способны усилить эти импульсы, следует считать поощрительными, а те факторы, которые ослабляют их, должны быть исключены врачом[6].

Врач должен поощрять пациента к активной тактике лечения заболевания, при этом необходимо тесное сотрудничество с ним, нужно заставлять его мобилизоваться, активизироваться. Это особенно важно в ранней фазе восстановления после заболевания, когда пациент часто предпочитает лежать один в совершенно темном помещении[6].

Лечение.

Касаясь вопроса лечения головокружений, следует акцентировать внимание на том, что головокружение - это симптом и лечить необходимо прежде всего основное заболевание, следовательно во многих случаях возможен лишь симптоматический контроль за течением заболевания.

Такой подход значительно улучшает качество жизни пациента, страдающего головокружениями[1,6].

У некоторых больных головокружение протекает в легкой форме и в этих случаях первое, что нужно сделать, — это уменьшить их беспокойство по этому поводу путем обеспечения комфортных условий и спокойного состояния. В других случаях появление головокружения служит зловещим симптомом серьезной патологии. Последняя группа больных заслуживает особого внимания, поскольку даже при незначительных симптомах, применение соответствующих диагностических тестов позволяет выявить у них очень точную локализацию патологического очага, вызвавшего вестибулярные нарушения [6].

Описаны различные схемы лечения, детализированы механизмы действия препаратов. Условно механизмы действия препаратов, применяемых для лечения головокружения можно разделить на: лечение собственно головокружений (Бетасерк, танакан, циннаризин и др.); тошноты, рвоты (церукал, мотилиум, меклозин, прометазин и др.); выраженных вегетативных расстройств, возникающих при головокружении (диазепам, клоназепам и др.).

Большое внимание уделяется применению средств, действующих на уровне вестибулярных рецепторов или центральных вестибулярных структур. Передача импульса в центральном отделе вестибулярного анализатора обеспечивается преимущественно гистаминергическими нейронами. В последние годы для купирования головокружения, а также в целях профилактики приступов успешно применяется бетагистина гидрохлорид (Бетасерк). Бетасерк, имея структурное сходство с гистамином, стимулирует H1-рецепторы и блокирует H3-рецепторы, что приводит к нормализации передачи нервного импульса в центральном отделе вестибулярного анализатора.

Препарат снижает частоту приступов системного головокружения и уменьшает нарушение равновесия. Бетасерк не обладает седативным эффектом, потому не препятствует становлению вестибулярной компенсации, что особенно важно в хронических случаях головокружения.

Таким образом, головокружения - это мультидисциплинарная медицинская проблема, так как она может быть следствием самых различных процессов. Врач любой специальности может столкнуться с этой проблемой. Определение причины головокружения – порой очень сложная задача, а ведь от ее решения зависит успешность лечения. Лечебная тактика врача в первую очередь должна быть направлена на устранение причин головокружения. Второе, что должен предпринять врач, касается устранения симптомов и реабилитации больного.

1. Вейн А.М. Неврология для врачей общей практики. «Эйдос Медиа» М.2001, 453-473
2. М.Тупе Основные диагнозы при головокружении и расстройствах равновесия. «Медиа» М. 2002
3. А.Д.Соловьева, Головокружение Consilium medicum, Том 03/N 5/2005,стр.21-24
4. Nicki R Colledge, Robin M Barr-Hamilton et al, Evaluation of investigations to diagnose the cause of dizziness in elderly people: a community based controlled study BMJ 1996;313:788-792
5. Д.Р.Штульман, О.С.Левин Справочник практического врача по неврологии. «Советский спорт» М., 1999,158-167
6. М.Р.Дикс., Дж.Д.Худ Головокружение «Медицина» М.1989.
7. OSEPH M. F. URMAN M.D., BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL VERTIGO, NEJM, Volume 341 Number 21, 1590-1596, 1999
8. Sean I. Savitz, M.D., Louis R,Vertebrobasilar Disease NEJM, Volume 352 Number 25, 1590-1596, 2005

9. JOHN R. H ROBERT W. ACUTE VESTIBULAR SYNDROME NEJM, Volume 339 Number 10, 1590-1596, 1998, 681-685
10. J Kanagalingam, D Hajioff and S Bennett Vertigo BMJ 2005;330;523-527
11. Kevin A. Kerber, MD, Devin L. Stroke Among Patients With Dizziness, Vertigo, and Imbalance in the Emergency Department: A Population-Based Study Stroke. 2006 October ; 37(10): 2484–2487.
12. О.А.Мельников Периферический вестибулярный синдром как причина развития головокружения и расстройства равновесия. Лечащий врач 10: 66-68 2003